



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA

**OPERAÇÕES DE PAZ E STRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (SPT)
EM MILITARES PORTUGUESES**

Tese apresentada para a obtenção do Grau de Doutor em Psicologia

Orientador: Professor Doutor João Evangelista Hipólito

Orientando: António Correia

Dezembro de 2014

Lisboa

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais e em especial à Ana, minha mulher e ao Pedro, meu filho, porque foram pacientes no tempo que não tive para estar com eles.

À Instituição, Liga dos Combatentes, onde presto serviço, desde 2008, e aos seus Núcleos espalhados pelo país, pela sua grandiosidade no apoio solidário e permanente aos combatentes e suas famílias.

A todos os combatentes por Portugal, e espero, com este trabalho, ter contribuído para responder a um pedido efectuado, em 2009, por um antigo combatente da Guerra do Ultramar acompanhado no Centro de Apoio Médico, Psicológico e Social da Liga dos Combatentes, em Lisboa:

“Aquilo que vos peço é que façam com que esta sociedade não se esqueça de nós e que não cometam os mesmos erros com os das Operações de Paz...”

Agradecimentos

Ao longo do caminho percorrido existiram momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis, e pessoas incomparáveis. Um caminho longo, intenso, algumas vezes solitário. Foram várias pessoas, que por uma ou outra razão, tornaram este caminho menos difícil, compartilhado e com sentido. A todas estas pessoas incomparáveis, expresso o meu sincero agradecimento, apreço e estima.

Ao Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas, aos Chefes do Estado-Maior dos Ramos das Forças Armadas (Exército, Marinha e Força Aérea) e ao Comandante-Geral da GNR, pela autorização para a realização deste estudo.

Aos Comandantes das Forças Nacionais Destacadas, Coronel Fonseca Lopes, Tenente-Coronel Amaral Lopes, Tenente-Coronel Sepúlveda e Capitão Marco Cruz da GNR, agradeço pela forma como me receberam e se disponibilizaram, eles próprios, para partilhar a sua experiência e os militares que comandaram.

À Liga dos Combatentes e ao seu Presidente, General Chito Rodrigues, agradeço profundamente o ter-me convidado para trabalhar na Instituição e me ter dado a oportunidade para colaborar na criação do programa “Cuidados de Saúde e Apoio Social” para os combatentes, bem como o apoio e incentivo que me deram para a realização deste trabalho.

Aos meus camaradas e amigos Carlos Anunciação e Vasco Curado, que comigo convivem diariamente no apoio aos combatentes, pelo apoio que me deram nas nossas discussões sobre esta temática.

Aos meus colegas do doutoramento e companheiros de viagem nestes 4 anos, principalmente aos Sábados, em especial à Sofia, Jorge, Pedro e Margarida que já não está entre nós.

Ao meu estimado Orientador, Professor Doutor João Hipólito, pela sua disponibilidade e incentivo, agradeço a partilha do seu saber e da sua vasta experiência.

Por último, um agradecimento especial à Professora Doutora Maria de Lourdes Vasconcelos, que se revelou incansável para que o trabalho fosse pautado pelo rigor e pelo seu esforço e dedicação neste combate que travamos para chegarmos ao fim.

A todos um muito obrigado,

Resumo

Os militares participantes nas Operações de Paz Internacionais, no decorrer das suas missões, estão expostos a situações de risco e acontecimentos potencialmente traumáticos, pelo que vários estudos tem sido realizados com o objectivo de avaliar os militares regressados desses conflitos e as consequências na sua saúde mental, nomeadamente ao nível da Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT). As perturbações mentais em situações de guerra são relativamente esperadas, no entanto as Operações de Paz (OP), devido à natureza das suas actividades, também apresentam riscos para o desenvolvimento da PSPT.

A presente investigação pretendeu avaliar a prevalência de PSPT e patologia associada numa amostra de 501 militares (19 a 56 anos; $M=29,36$; $DP=8,47$) das Forças Armadas Portuguesas (Exército, Marinha e Força Aérea) e Guarda Nacional Republicana (GNR), participantes em missões no Kosovo, Afeganistão, Líbano e Timor durante o ano de 2011, e compreender a relação das variáveis psicossociais (auto-estima, *coping* e suporte social) com a PSPT.

Foram utilizados instrumentos de avaliação; do acontecimento traumático (PSPT Checklist - versão militar), ajustamento emocional (Symptom Checklist 90 - Revised), auto-estima (Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito e UAL), estratégias de *coping* (Escala Toulousiana de *Coping*) e suporte social (Multi-Dimensional Support Scale).

A literatura apresenta uma prevalência geral de PSPT nos militares das OP variando entre 1,3% a 45% (Osório e Maia, 2010). No presente estudo os resultados revelaram uma prevalência geral de sintomatologia de PSPT de 22,5%, sendo 3,6% com diagnóstico (provável) de PSPT e 18,9% com sintomas clinicamente significativos mas que não preenchem todos os critérios para o diagnóstico. Sendo o estudo de natureza longitudinal, permitiu identificar uma percentagem prévia de 8% de PSPT antes da missão, pelo que a prevalência de PSPT decorrente da missão e da exposição aos acontecimentos potencialmente traumáticos foi de 14,5% (3% com hipótese provável de diagnóstico de PSPT e 11,5% de sintomatologia clinicamente significativa).

O estudo identificou uma forte relação entre a PSPT e todas as dimensões psicopatológicas, bem como com as dimensões do *coping* (retraimento social e comportamental e focalização emocional) e relações moderadas com conversão comportamental, retraimento mental, denegação, aditividade e alexitimia, com influência no *coping* negativo (estratégias menos adaptativas), e com as dimensões negativas da auto-estima (negação e depreciação de si, tensões relacionais, perturbações anómicas, tensões emocionais e hostilidade consigo próprio), o que poderão ser possíveis preditores para o desenvolvimento da PSPT.

Os resultados da investigação sugerem a necessidade da criação de um Centro de Estudos e Investigação da PSPT e um modelo integrado de avaliação e acompanhamento dos militares envolvidos nas missões, ao nível do Centro de Operações Conjuntas do Ministério da Defesa Nacional. No âmbito da Psicologia da Saúde é relevante a implementação de programas preventivos e de intervenção precoce e acompanhamento dos militares nas várias fases da missão: antes, durante e após o regresso, aos militares referenciados e encaminhados para tratamento da PSPT, inserindo-os na *Rede Nacional de Apoio aos militares e ex-militares portadores de perturbação psicológica resultante da exposição a factores traumáticos de stresse durante a vida militar*.

Palavras-Chave: Operações de Paz, Perturbação de Stresse Pós-traumático, Militares, Variáveis Psicossociais.

Abstract

The military that participate in International Peace Operations are exposed, during their missions, in to risk situations and potentially traumatic events. Several studies have been conducted to evaluate the militaries, after their return from these missions, and the consequences in what it concerns their mental health, in particular the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). The mental problems, in war situations are relatively expected. However, due to the nature of their activities, the Peace Operations also represent risks for the development of PTSD.

This research aims to evaluate the prevalence of PTSD and its associated pathologies in 501 military (19 to 56 years; $M = 29.36$; $SD = 8.47$) of Portuguese Armed Forces (Army, Navy and Air Force) and GNR, that participated in missions in Kosovo, Afghanistan, Lebanon and East Timor during the year of 2011, and to understand the relation of psychosocial variables (self-esteem, coping and social support) with the PTSD. The instruments used to this study were: PCL-M (traumatic event evaluation), SCL-90-R (emotional adjustment), SERTHUAL (self-esteem), ETC (coping) and MDSS (social support).

The literature suggests a general prevalence of PTSD in military OP ranging from 1.3% to 45%. In this study, the results presented a general prevalence of PTSD of 22.5%, including 3.6% with diagnosis (probable) of PTSD and 18.9% with clinically significant symptoms (not all the criteria for diagnosis). Considering the fact that the study was longitudinal, it allowed to identify a percentage of 8% of PTSD before the mission. The prevalence of PTSD, that resulted from the mission and from the exposure to potentially traumatic events, was 14.5% (3% probable chance PTSD diagnostic and 11.5% symptoms clinically significant).

The study identified a strong relationship between PTSD and all psychopathological dimensions, as well as with the dimensions of coping (social withdrawal and behavioural and emotional focus). We identified also a moderate relations with behavioural conversion, mental withdrawal, denial, additivity and alexithymia, which influence the negative coping (less adaptive strategies), and with the negative dimensions of self-esteem (depreciation and denial of self, relational tensions, anomic disturbances, emotional tensions and hostility to himself), which may be predictors for the development of PTSD.

The results obtained with this research suggest the creation of a Centre for studies and research of PTSD. These results also suggest the creation of an integrated model to evaluate and monitor the military that were involved in the missions (at the level of the Ministry of

National Defence, independent of the Branch to which they belong). In what it concerns the psychology health is important to pursue preventive programs with early intervention and follow the military personnel in the various phases of the mission.

Keywords: Peace Operations, Post Traumatic Stress Disorder, Military, Psychosocial Variables.

ÍNDICE

Dedicatória	2
Agradecimentos	3
Resumo	4
Abstract	6
Índice	8
Lista de Tabelas	11
Lista de Figuras	13
Lista de Siglas	15
Lista de Anexos	17
 INTRODUÇÃO	 18
 PARTE I: CONTEXTUALIZAÇÃO DAS MISSÕES DE PAZ	
Capítulo 1. As Operações de Paz Internacionais	28
1.1. Conceitos e Fundamentos das Operações de Paz	29
1.2. Enquadramento das Operações de Paz	32
1.3. As Missões de Paz da ONU e da NATO.....	37
1.4. A Participação Portuguesa em Operações de Paz	43
1.5. As Forças Nacionais Destacadas e as Directivas de Aprontamento	45
1.5.1. Missão da GNR em Timor (UNMIT)	46
1.5.2. Missão do Exército no Líbano (UNIFIL).....	48
1.5.3. Missão do Exército no Kosovo (KFOR)	50
1.5.4. Missão das Forças Armadas e GNR no Afeganistão (ISAF)	52
1.6. Avaliação de Risco e Ameaças	55
 PARTE II: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
Capítulo 2. A Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT) e Variáveis Associadas.....	62
2.1. Trauma e a Evolução do Conceito de PSPT	62
2.2. Critérios de Diagnóstico	69
2.3. Evolução e Prevalência de PSPT	74
2.4. Comorbilidade e PSPT	83
2.5. Factores de Risco e Factores de Protecção	86

2.5.1. Factores de Risco	86
2.5.2. Factores de Protecção	92
2.6. Crescimento Pós-traumático	94
2.7. A Auto-estima	97
2.8. O <i>Coping</i>	101
2.9. O Suporte Social	106

PARTE III: MODELOS DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA PARA OS MILITARES DAS OPERAÇÕES DE PAZ: DA TEORIA À PRÁTICA

Capítulo 3. Modelos de Prevenção e Intervenção para os Militares	113
3.1. Enquadramento Nacional e Articulação de Respostas.....	113
3.2. Rede Nacional de Apoio (RNA) Médico, Psicológico e Social	115
3.3. Modelos de Aprontamento dos Ramos e da GNR	117
3.4. Intervenções Gerais e Abordagens Específicas da PSPT.....	121
3.4.1. Intervenção na Crise (IC)	123
3.4.2. Intervenção na Perturbação Aguda de Stresse (PAS)	124
3.4.3. Intervenção para Tratamento de PSPT	125
3.4.4. Outras Abordagens, Modelos e Perspectivas	128
3.5. Funcionalidade e Incapacidade	132

PARTE IV – METODOLOGIA

4.1. Apresentação e Definição do Problema	137
4.2. Delineamento do Estudo	139
4.3. Objectivos do Estudo e Hipóteses de Investigação	140
4.4. População e Amostra	142
4.4.1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes da Amostra Geral	142
4.4.2. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes da Subamostra Clínica	147
4.5. Instrumentos	151
4.5.1. Questionário Sociodemográfico	153
4.5.2. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Military Version (PCL-M)	153
4.5.3. Symptom Checklist 90 - Revised (SCL-90-R)	155
4.5.4. Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito e UAL (SERTHUAL)	158
4.5.5. Escala Toulousiana de Coping (ETC)	160
4.5.6. Multi-Dimensional Support Scale (MDSS)	163

4.6. Procedimentos	164
4.6.1. Procedimentos de Análise Estatística.....	165
PARTE V – RESULTADOS	
5. Apresentação dos Resultados	168
5.1. Identificar e Avaliar a Prevalência de PSPT na Pré-missão e Pós-missão	168
5.2. Comparar a PSPT entre a Pré-missão e a Pós-missão por Tipo de Missão	174
5.3. Analisar as Variáveis Sociodemográficas e Psicológicas Relacionadas com a PSPT	175
5.3.1. Avaliar a Relação entre a PSPT e as Variáveis Sociodemográficas	175
5.3.2. Avaliar a Relação entre a PSPT e a Psicopatologia	178
5.3.3. Avaliar a Relação entre a PSPT e a Auto-estima	182
5.3.4. Avaliar a Relação entre a PSPT e o <i>Coping</i>	186
5.3.5. Avaliar a Relação entre a PSPT e o Suporte Social	192
5.4. Analisar a Moderação e Mediação	194
5.5. Analisar as Variáveis Psicológicas Preditoras da PSPT	195
5.6. Analisar Outros Resultados Relevantes	196
5.6.1. Vivência dos Militares nas Missões	196
5.7. Síntese dos Resultados	201
PARTE VI – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO	
6. Introdução da Discussão	205
6.1. Prevalência de PSPT em Pré-missão e em Pós-Missão	205
6.2. Comparar a PSPT entre a Pré-missão e a Pós-missão por Tipo de Missão	208
6.3. Relação das Variáveis Sociodemográficas com a PSPT em Pós-missão.....	209
6.4. Relação entre a PSPT e a Psicopatologia	211
6.5. Relação entre a PSPT e a Auto-estima	213
6.6. Relação entre a PSPT e o <i>Coping</i>	216
6.7. Relação entre a PSPT e o Suporte Social	222
6.8. Variáveis Psicológicas Preditoras da PSPT	224
6.9. Outros Resultados Relevantes	226
6.10. Conclusões, Limitações e Implicações Práticas	229
Referências Bibliográficas	241
Anexos	258

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Síntese de avaliação das principais ameaças e riscos para as FND's	60
Tabela 2 – Instrumentos utilizados e seus objectivos	152
Tabela 3 – Pontos de corte sugeridos pelo National Center for PTSD (NCPTSD)	155
Tabela 4 – Dimensões positivas e negativas da SERTHUAL	159
Tabela 5 – Relação entre os campos e as estratégias de coping	161
Tabela 5 – Acontecimentos ou situações mais marcantes durante a vida militar	164
Tabela 6 – Pré-missão e pós-missão, com e sem PSPT	170
Tabela 7 – Critérios de diagnóstico para PSPT	170
Tabela 8 – Ponto de corte utilizado para PSPT	171
Tabela 9 – Evolução dos Sintomas de PSPT da pré-missão para a pós-missão	172
Tabela 10 – Comparação para PSPT entre a pré-missão e pós-missão	173
Tabela 11 – Comparação entre a pré-missão e pós-missão em militares que mantêm PSPT	174
Tabela 12 – Comparação entre estado civil e PSPT.....	176
Tabela 13 – Comparação entre escalões etários e PSPT	176
Tabela 14 – Comparação entre habilitações literárias e PSPT.....	176
Tabela 15 – Comparação entre a experiência nas missões e PSPT.....	176
Tabela 16 – Comparação entre as missões e PSPT	177
Tabela 17 – Comparação entre postos/categorias e PSPT	177
Tabela 18 – Comparação entre militares de carreira e contratados e PSPT	177
Tabela 19 – Comparação entre antiguidade e PSPT	178
Tabela 20 – Comparação entre especialidades e PSPT	178
Tabela 21 – Correlações entre a SCL-90-R e a PCL-M em pré-missão e pós-missão.....	179
Tabela 22 – Comparação entre pré-missão e pós-missão para SCL-90-R (com e sem PSPT)	180
Tabela 23 – Comparação para SCL-90-R em pré-missão (com e sem PSPT).....	180
Tabela 24 – Comparação para SCL-90-R em pós-missão (com e sem PSPT)	181
Tabela 25 – Correlações entre a SERTHUAL e a PCL-M em pré-missão e pós-missão ...	182
Tabela 26 – Comparação entre pré-missão e pós-missão para SERTHUAL (com e sem PSPT)	183
Tabela 27 – Comparação para SERTHUAL em pré-missão (com e sem PSPT).....	184
Tabela 28 – Comparação para SERTHUAL em pós-missão (com e sem PSPT)	185
Tabela 29 – Correlações entre a ETC e a PCL-M em pré-missão e pós-missão.....	187
Tabela 30 – Comparação entre pré-missão e pós-missão para ETC (com e sem PSPT)	189
Tabela 31 – Comparação para ETC em pré-missão (com e sem PSPT)	190

Tabela 32 – Comparação para ETC em pós-missão (com e sem PSPT).....	191
Tabela 33 – Correlações entre a MDSS e a PCL-M em pré-missão e pós-missão	193
Tabela 34 – Comparação em pré-missão e pós-missão para MDSS (com e sem PSPT)....	193
Tabela 35 – Comparação para MDSS em pré-missão (com e sem PSPT).....	194
Tabela 36 – Comparação para MDSS em pós-missão (com e sem PSPT)	194
Tabela 37 – Modelo de Regressão linear hierárquica	196
Tabela 38 – Acontecimento(s) ou situação(ões) mais marcantes durante a vida militar	199
Tabela 39 – Síntese de indicadores das variáveis psicológicas no desenvolvimento da PSPT	202

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Reacções aos acontecimentos potencialmente traumáticos e evolução da PSPT	74
Figura 2 – Desenho do estudo	139
Figura 3 – Total da amostra	142
Figura 4 – Amostra por tipo de missão	142
Figura 5 – Caracterização da amostra por género	143
Figura 6 – Distribuição da amostra por estado civil	143
Figura 7 – Distribuição da amostra por habilitações literárias	144
Figura 8 – Distribuição da amostra pelos Ramos e GNR	144
Figura 9 – Distribuição da amostra por postos/categorias	145
Figura 10 – Distribuição da amostra por especialidades	145
Figura 11 – Distribuição da amostra por situação na Instituição	146
Figura 12 – Distribuição da amostra por tempo de permanência na Instituição	146
Figura 13 – Distribuição da amostra por frequência do contacto com camaradas	147
Figura 14 – Distribuição da amostra por experiência nas missões	147
Figura 15 – Distribuição dos participantes por estado civil (subamostra clínica)	148
Figura 16 – Distribuição dos participantes por habilitações literárias (subamostra clínica)	148
Figura 17 – Distribuição dos participantes pelos Ramos e GNR (subamostra clínica)	149
Figura 18 – Distribuição dos participantes por situação na Instituição (subamostra clínica)	149
Figura 19 – Distribuição dos participantes por postos/categorias (subamostra clínica)	149
Figura 20 – Distribuição dos participantes por tempo na Instituição (subamostra clínica)	150
Figura 21 – Distribuição dos participantes por especialidade (subamostra clínica)	150
Figura 22 – Distribuição dos participantes por experiência nas missões (subamostra clínica)	150
Figura 23 – Distribuição dos participantes por frequência de contactos (subamostra clínica)	151
Figura 24 – Distribuição dos participantes por PSPT nas missões (subamostra clínica) ...	151
Figura 25 – Acontecimentos traumáticos em pré-missão e em pós-missão.....	169
Figura 26 – PSPT em pré-missão e pós-missão	170
Figura 27 – PSPT total e PSPT parcial	171
Figura 28 – Militares com PSPT e sem PSPT em pré-missão e pós-missão	171
Figura 29 – Missões onde os militares participaram e que deixaram de ter PSPT	172
Figura 30 – Missões onde os militares com PSPT participaram e desistiram em pós-missão	173
Figura 31 – PSPT em pré-missão e pós-missão por tipo de missão	174
Figura 32 – PSPT em missões da ONU e da NATO em pré-missão e pós-missão	175

Figura 33 - Comparação para SCL-90-R em pós-missão (com PSPT e sem PSPT)	181
Figura 34 - Comparação para SERTHUAL em pós-missão (com PSPT e sem PSPT)	186
Figura 35 - Comparação para ETC em pós-missão (com PSPT e sem PSPT).....	192
Figura 36 – Principais razões que motivaram os militares a ir para as missões	197
Figura 37 – O que sentiu ao servir o País	197
Figura 38 – Relativo à missão	198
Figura 39 – Forma da frequência de contactos com os camaradas	198
Figura 40 – Importância do suporte social	199
Figura 41 – Dificuldades de adaptação sentidas ao regressar das missões	200
Figura 42 – Situações difíceis com que os militares se confrontaram	200

LISTA DE SIGLAS

ANA – Afghan National Army
ANCOP – Afghan National Civil Order Police
ANSF – Afghan National Security Forces
ANP – Afghan National Police
APA – American Psychiatric Association
APsyA – American Psychological Association
ASEAN – Association of Southeast Asian Nations
CEDN – Conceito Estratégico de Defesa Nacional
CEMGFA – Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas
CNU – Carta das Nações Unidas
CPAE – Centro de Psicologia Aplicada do Exército
CPISFA – Centro de Psicologia da Força Aérea
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª Edição
CISM – Critical Incident Stresse Managment
CISMIL – Centro de Informações e Segurança Militar
CSDN – Conselho de Segurança da Defesa Nacional
CSNU – Conselho de Segurança das Nações Unidas
DPKO – Department of Peacekeeping Operations
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition Revised
EMGFA – Estado-Maior General das Forças Armadas
EOD – Engenheiros Explosivos Convencionais
EUA – Estados Unidos da América
FAA – Forças Armadas Portuguesas
FND – Forças Nacionais Destacadas
GNR – Guarda Nacional Republicana
HFAR – Hospital das Forças Armadas
IED's – Engenheiros Explosivos Improvisados
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
ISAF – International Security Assistance Force
KFOR – International Security Force in Kosovo
KPC – Kosovo Protection Corps

KPF – Kosovo Police Force
KoS – Kosovares Sérvios
KRF – Quick Reaction Force
KSF – Kosovo Security Forces
MAI – Ministério da Administração Interna
MDN – Ministério da Defesa Nacional
MIAP - Modelo de Intervenção e Acompanhamento Psicológico
NAC – North Atlantic Council
NATO – North Atlantic Treaty Organization
NU – Nações Unidas
OP – Operações de Paz
OMLT – Operational Mentoring and Liaison Team
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PAS – Perturbação Aguda de Stresse
PTSD/PSPT – Perturbação de Stresse Pós-Traumático
PNTL – Polícia Nacional de Timor-Leste
RAS – Respostas Agudas de Stresse
RNA – Rede Nacional de Apoio (aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação psicológica crónica resultante da exposição a fatores traumáticos de *stress* durante a vida militar)
ROE – Rules of Engagement
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SSM – Sistema de Saúde Militar
TO – Teatro de Operações
UNIFIL – United Nations Interim Force in Libanon
UNMIT – United Nation Mission in Timor-Leste
UNTAG – United Nations Transitional Authority Group (Namibia)
UNOTIL – United Nations Office in Timor

LISTA DE ANEXOS

Anexo B – Tabela de Caracterização Sociodemográfica da Amostra Geral	259
Anexo B – Tabela de Caracterização Sociodemográfica da SubAmostra Clínica	261
Anexo C – Protocolo de Recolha de Dados	263
Anexo D – Questionário de Dados Sociodemográficos	265
Anexo E – PSPT Checklist (PCL-M)	267
Anexo F – Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R)	268
Anexo G – Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito & UAL (SERTHUAL)	271
Anexo H – Escala Toulousiana de Coping (ETC)	273
Anexo I – Multi-Dimensional Support Scale (MDSS)	275
Anexo J – Modelo de Avaliação e Intervenção Psicológica para as Forças Nacionais Destacadas (MAIPFND)	278
Anexo K – Guião de Apoio aos Combatentes que Regressam das Operações de Paz.....	280
Anexo L – Guião de Apoio Psicossocial aos Militares em Missões de Paz e sua Família	283

Introdução

Em ambiente militar a saúde é: uma força multiplicadora de poder de combate, e a capacidade de cumprir missões militares/operacionais sem qualquer impedimento físico, psicológico ou social. O militar deve apresentar-se saudável e em boa forma física e psíquica, manter o estado de prontidão durante a operação e, após a finalização desta, regressar de forma harmoniosa à sua vida familiar.

in Allied Joint Medical Support Doctrine (AJP-4.10), 2011

Ao longo da nossa carreira militar e da nossa experiência profissional somos confrontados com situações de antigos e novos combatentes, que participaram na guerra do Ultramar e nas missões de paz, e que apresentam um conjunto de sintomas relacionados com a PSPT que nos interessa compreender e estudar. O tema é complexo mas aliciante.

É indiscutível que, nas últimas duas décadas, a situação estratégica e o ambiente internacional se alteraram profundamente, com o surgimento de novas, inesperadas e importantes condicionantes, com implicações ao nível da segurança e estabilidade mundial.

A emergência de novas potências, bem como a reorganização estratégica dos Estados Unidos da América (EUA), coloca novos desafios às Nações Unidas, como organização que garante a segurança e estabilidade internacional. Por outro lado, o novo conceito estratégico da Organização do Atlântico Norte (NATO), aprovado em 2010, traz novas exigências em termos de contribuição portuguesa como membro cooperante da segurança internacional.

Os compromissos da participação de Portugal nas Operações de Paz (OP) iniciam-se em 1958, quando pela primeira vez enviou um grupo de seis militares para integrar uma missão de paz da Organização das Nações Unidas (ONU) no Líbano. Mas foi a partir dos anos 90 que o empenhamento de Portugal nas missões de paz se torna mais significativo, tendo mobilizado já um número significativo de militares dos três ramos das Forças Armadas¹ e da GNR, estando presentes em vários Teatros de Operações (TO), espalhados um pouco por todo o mundo, no âmbito de missões de parceria com as Nações Unidas (NU), NATO e União Europeia (EU).

Considerando que a paz e segurança internacionais é o principal objectivo da ONU, é necessário que sejam criadas condições de legitimidade, credibilidade e operacionalidade para que as forças militares consigam ter sucesso nas missões.

Os riscos assumidos por Portugal ao enviar tropas para as OP não se limitam à eventualidade de podermos sofrer baixas, como infelizmente já aconteceu. Os riscos vão mais longe, pois colocam à prova uma estrutura de comando e controle que desde a guerra do Ultramar não era confrontada com situações reais. Projectam-se forças para TO muito

¹ Segundo informações do MDN-EMGFA de Setembro de 2012, são envolvidos anualmente cerca de 700 militares, e desde 1992 já participaram cerca de 50 mil militares portugueses em missões de paz internacionais.

sensíveis, que histórica, cultural e geograficamente, pouco ou nada têm a ver com a experiência militar em África (Angola, Guiné e Moçambique).

O envolvimento de Portugal nas OP representa um reconhecimento e visibilidade dos nossos parceiros na contribuição para a paz e segurança internacionais, pelo que as OP constituem hoje um instrumento fundamental na política externa dos Estados, quer seja resultante de compromissos multilaterais ou no âmbito de responsabilidades assumidas com organizações internacionais, como são as recentes missões de paz no Kosovo, Afeganistão, Líbano ou Timor, onde os militares asseguram funções essenciais desde tarefas de reconstrução e humanitárias, formação, treino e assessoria, manutenção da ordem e segurança, entre outras.

Estas operações são frequentemente associadas a uma baixa intensidade de agentes stressores, diferentes da situação de combate e guerras tradicionais, 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 TO, pelo que a exposição a estas situações, potencialmente traumáticas, pode resultar em problemas de ajustamento físico e psicológico (Litz, 1996).

Como consequência da participação nesta nova tipologia de guerras, nos últimos anos, têm-se efectuado vários estudos e investigações (Bliese, Wright, Adler, Thomas & Hoge, 2007; Booth-Kewley, Larson, Highfill-McRoy, Garland & Gaskin, 2010; Dirkzwager, Bramsen & Van der Ploeg, 2005; Greenberg, Iversen, Hull, Bland e Wessely, 2008; Hoge, Auchterlonie e Milliken, 2006; Mehlum e Weisaeth, 2002; Richardson, Frueh e Acierno, 2010), especialmente nos EUA, mas também em outros países participantes, sobre as consequências das experiências de guerra, ao nível da saúde mental dos militares envolvidos. Uma grande maioria desta investigação sustenta que o trauma psicológico e o stresse extremo, atingem um grande número de militares, especialmente aqueles que estiveram expostos a acontecimentos potencialmente traumáticos.

Os resultados, particularmente dos militares envolvidos nas guerras do Iraque e Afeganistão, apresentam uma larga incidência da Perturbação de Stresse Pós-traumático (PSPT), bem como associações significativas entre a exposição ao combate e o desenvolvimento da PSPT. Os estudos também se têm preocupado não apenas com os militares envolvidos em combate, mas também com outros militares que participam em missões de paz em zonas ou TO onde o conflito está presente, mas que estes estarão menos expostos a situações potencialmente traumáticas comparativamente aos militares envolvidos em situações de combate, mas ainda assim, podem ser confrontados com ameaças e experiências com vítimas das atrocidades e a destruição decorrente da guerra ou conflito.

Ferrajão (2010) refere que a participação em missões de paz internacionais constitui uma situação com impacto no funcionamento psicológico dos militares que nelas participam, e que um dos aspectos que poderá contribuir para o desenvolvimento de perturbação psicológica e de consequente psicopatologia está relacionado com a exposição, directa ou indirecta aos acontecimentos, situações ou experiências potencialmente traumáticas.

Litz (2007) reforça estes resultados referindo que estas guerras produzirão uma nova geração de veteranos com um elevado risco de desenvolverem problemas mentais crónicos como resultado da exposição a factores de stress à adversidade e às experiências de guerra.

Vaz Serra (2003) refere que, “as situações de guerra são um campo fértil, propício à ocorrência de acontecimentos traumáticos, que tendem a ser repetidos e a prolongarem-se no tempo. O trauma a que eventualmente um combatente pode estar submetido não diz apenas respeito ao risco de combate, igualmente envolve as acções cruentas que cometeu e observou ou a morte que constatou de companheiros seus de convívio diário” (p. 48). Acrescenta ainda, que a estes aspectos 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.

Também Osório e Maia (2010) afirmam 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.

A PSPT 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), a PSPT 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 directa com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva a morte, ferimento 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” (p. 463).

Os sintomas característicos da PSPT agrupam-se em três áreas: reexperiência do acontecimento traumático, evitamento persistente de estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral, e sintomas de excitabilidade aumentada.

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 actividades 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 de paz internacionais.

A literatura e a evidência clínica têm demonstrado que as pessoas expostas a experiências e acontecimentos adversos podem sofrer alterações nos seus mecanismos de funcionamento normais e em alguns casos dar origem à PSPT e a sintomatologia psicopatológica associada.

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 PSPT (Weisaeth, Aarhaug, Mehlum & Larsen, 1993; MacDonald, Chamberlain, Long & Mirfin, 1996; Litz, Orsillo, Friedman, Ehlich & Batres, 1997; Mehlum & Weisaeth, 2002).

Solomon (1987) considera que o trauma por si só nem sempre resulta em PSPT e pode desenvolver-se em sujeitos na ausência de condições predisponentes, 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.

Vários autores (Elhai, 2008; Kulka, et al., 1990; McNally, 2003; McHugh, 2007; Spitzer, 2007; Rosen, 2008) 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, perturbação do humor e da personalidade, entre outras perturbações.

Portanto, a comorbilidade de sintomas psicopatológicos com a PSPT é elevada. Friedman e Yehuda (1995) chegam mesmo a afirmar que se um indivíduo preenche os critérios diagnósticos para a PSPT 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 PSPT. 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.

Weathers, Litz e Keane (1995) afirmam que o tipo de clima, a configuração do terreno, as táticas utilizadas pelos comandantes, o tipo de armamento usado, a duração das missões, o ramo das Forças Armadas (Exército, Marinha ou Força Aérea), as especialidades (normal ou tropa especial, ou mais de carácter técnico) são também factores que condicionam a forma como cada militar experiencia a guerra.

Hotopf (2006) aponta factores 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 excepção de legítima defesa, podem contribuir para a diferença entre os grupos e as missões.

Também Maia (2007) refere outros factores que podem estar envolvidos no desenvolvimento da sintomatologia da PSPT: a natureza do evento traumático, a frequência e a intensidade das exposições, vulnerabilidades pessoais, a reacção 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, etc.. Portanto estão presentes factores biológicos, psicológicos e sociológicos e, provavelmente, uma componente genética.

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

De salientar que a exposição ao acontecimento potencialmente traumático não implica necessariamente o desenvolvimento da PSPT. Existem factores associados, não apenas a frequência e a intensidade do acontecimento, mas outros factores também importantes: uns que protegem e facilitam a adaptação e um ajustamento saudável e outros, de risco, que podem potenciar um mal-estar e o desenvolvimento da patologia.

Um dos factores mais importantes referenciado por vários autores (Folkman, 1991; Thoits, 1986, citado por Aldwin & Yancura, 2003) é o suporte social, referido como um mecanismo de *coping*, na medida em que o indivíduo procura apoio emocional, conselhos e ajuda concreta, desempenhando ainda um papel relevante na recuperação, pois a resposta dos familiares, amigos, camaradas, médicos, entre outros, ao acontecimento traumático, influencia a forma como as pessoas interpretam os acontecimentos e o modo como partilham as suas experiências e reacções. Todos estes factores desempenham um importante papel nas estratégias que as pessoas utilizam para lidar com os acontecimentos traumáticos.

O *coping* corresponde às estratégias que o indivíduo utiliza para lidar com as situações de *ameaça, dano e desafio*, e ultrapassar o conflito de forma a adaptar-se à nova situação. Ao utilizar as estratégias de *coping* a pessoa é confrontada com situações de desafio que envolvem benefícios e custos, pelo que as respostas às situações indutoras de stress dependem essencialmente das experiências passadas do indivíduo em situações idênticas e das suas próprias capacidades e recursos disponíveis (aptidões, suporte social, recursos pessoais e materiais, estratégias de resolução de problemas), ou seja, são influenciados pelas características de personalidade e também por factores situacionais (Pereira, 1992).

Folkman, Lazarus, Gruen e Delongis (1986) explicam que o *coping* tem principalmente duas funções: centrado na resolução do problema (estratégias mais adaptativas), e focado na redução e regulação dos estados emocionais (estratégias menos adaptativas). A maioria dos estudos sobre o *coping* em combatentes de guerra indicam que o *coping* emocional está associado a mais sintomas de PSPT, e que o lidar com o problema é associado a menos sintomas de PSPT e, portanto, mais adaptativo (Dirkzwager, Bramsen & Ploeg, 2003).

Gelder, Gath, Mayou e Cowen (1996) afirmam que as estratégias de *coping* podem ser adaptativas ou desadaptativas. As estratégias adaptativas, como por exemplo o *coping* activo orientado para a resolução de problemas, ou a procura de suporte social, são normalmente usadas para reduzir o impacto negativo ou desagradável e permitem uma melhor adaptação às situações. Vão desde o pedido de ajuda até ao planeamento para lidar melhor com o problema, contudo, nem sempre são adaptativas. O evitamento ou a negação podem ser úteis em algumas situações, mas apenas a curto prazo, com as pessoas a ter tendências a adoptar comportamentos de compensação (álcool, drogas, impulsividade), que a longo prazo podem destruir as relações e aumentar as dificuldades do indivíduo, ameaçando a sua saúde física e psicológica.

Com as guerras do Iraque, Balcãs e Afeganistão, os países participantes com forças multinacionais no terreno (EUA, Inglaterra, França, Alemanha, Noruega, Dinamarca, etc.) têm-se preocupado em avaliar os militares regressados dos conflitos. Numa revisão de literatura sobre a prevalência de PSPT em vários artigos internacionais publicados entre 2004 e 2010, verificou-se uma diversidade de resultados com a prevalência de PSPT a variar entre 1,3% a 45% (Osório & Maia, 2010). O tempo de avaliação dos militares variou de 30 dias após a chegada, até mais de 6 anos após o regresso das missões. Os instrumentos utilizados na avaliação dos sintomas de PSPT, bem como a dimensão das amostras, também são variados, o que pode justificar esta grande variância nos resultados.

Dentro dos estudos que utilizaram a PSPT Checklist (PCL-M), versão militar, a prevalência de PSPT variou entre 6,5% a 11% (Litz, Orsillo, Friedman, Ehlich & Batres, 1997; Asmundson, Stein & McCreary, 2002).

O United Nations Department of Peacekeeping Operations [DPKO] (2003) refere que após o regresso das missões, os militares, mormente aqueles que estiveram em áreas sensíveis ou “traumáticas”, podem apresentar sintomas de PSPT, nomeadamente: alterações de sono, agitação, ansiedade, experiência recorrente dos acontecimentos, irritabilidade, vazio emocional, sentimentos de culpa, agressividade, ódio, problemas de atenção e concentração, queixas psicossomáticas.

Em relação à participação dos militares portugueses nas OP, no âmbito da PSPT, são conhecidos poucos estudos realizados com os militares que regressam dos conflitos. As baixas mortais² são pouco significativas comparadas com as de outros países, e o impacto psicológico das missões ainda não foi suficientemente estudado e aprofundado. No entanto, um estudo exploratório da Universidade do Minho refere que mais de 10% dos militares portugueses em missão no Afeganistão entre 2005 e 2009 apresentam sintomas de PSPT, além de queixas físicas e outras doenças (Osório & Maia, 2010).

Apesar dos vários estudos efectuados a nível internacional, existem poucas investigações sobre a relação entre a PSPT e os sintomas de desajustamento emocional, a auto-estima, o *coping* e o apoio social, e são escassos os estudos longitudinais, pelo que as OP continuam a representar desafios aliciantes, quer na vertente de investigação e conhecimento da problemática, nos processos de selecção, treino e aprontamento para a missão, como também na intervenção junto dos militares referenciados. E neste sentido, Kessler (2000), refere que qualquer avaliação ao nível do impacto na saúde mental e psicossocial e posterior intervenção tem que começar por analisar a sua prevalência.

Por outro lado, estudos e investigações realizados com militares de outros países e as problemáticas identificadas por alguns estudos exploratórios do Centro de Psicologia Aplicada do Exército (CPAE) com militares portugueses, identificam alguns desafios pertinentes relacionados com a participação dos militares nas missões, que devem ser explorados e aprofundados, como por exemplo as motivações, a resiliência ou robustez psicológica, a liderança, a coesão de grupo, o treino, o sentimento de unidade, entre outros,

² Segundo informações do MDN, até Setembro de 2012, 30 militares morreram em Operações de Paz, sendo a maior parte em acidentes. Mais difícil é contabilizar os feridos e aqueles militares em que as feridas não são visíveis. As perturbações mentais decorrentes dos TO são feridas consideradas “invisíveis” e como tal mais difíceis de serem detetadas e avaliadas. National Council on Disability (2009). Invisible wounds: Serving service members and veterans with PTSD and TBI: <http://www.pacares.org/linkclick.aspx?fileticket=QkmFLWu7cDM=&tabid=67>

pelo que a dimensão do problema relacionado com a PSPT continua em aberto, justificando-se plenamente a escolha desta temática para o desenvolvimento da presente investigação.

Tendo em conta a pesquisa de literatura efectuada, e a ausência de estudos e investigação sobre a PSPT em militares portugueses, o presente estudo e a opção pelo tema em análise, levaram-nos essencialmente a um objectivo geral da investigação que consistiu em avaliar e analisar a prevalência da PSPT em militares portugueses participantes em OP Internacionais, considerando o tipo de missão e a sua relação com a psicopatologia e com as variáveis sociodemográficas e psicológicas, nomeadamente a auto-estima, o coping e o suporte social.

O objectivo geral e os objectivos específicos propostos, no presente estudo, implicaram a necessidade de uma fundamentação teórica e da compreensão do conceito da PSPT e variáveis associadas, no contexto das “novas” tipologias de guerras, denominadas missões ou OP, e em relação ao envolvimento e participação dos militares nessas missões. Desta forma, e para alcançar os objectivos da investigação, estruturamos o estudo conforme a seguinte metodologia:

A investigação foi delineada e organizada em dois momentos sequenciais. Um primeiro momento, de âmbito conceptual, e um segundo momento, estudo empírico, constituídos por três partes cada.

Na 1ª parte, ligada à contextualização das OP, é efectuada uma incursão pelos conceitos relacionados com esta nova tipologia de guerras da actualidade, e o enquadramento das missões da ONU e da NATO, como instrumentos reguladores da paz e segurança internacional. Nesta parte analisa-se também a participação portuguesa nas missões de paz ao longo das últimas duas décadas, as directivas de aprontamento para as missões da “International Security Force in Kosovo” (KFOR), no Kosovo, da “International Security Assistance Force” (ISAF), no Afeganistão, da “United Nations Interim Force in Libanon” (UNIFIL), no Líbano, e da “United Nation Mission in Timor-Leste” (UNMIT), em Timor, bem como a caracterização e avaliação das ameaças e riscos potenciais para os militares em cada um dos TO.

Numa 2ª parte, relativa ao enquadramento teórico, efectuamos uma revisão da literatura sobre o conceito de trauma e da PSPT, a sua evolução ao longo do tempo, quer ao nível da DSM-IV-R ou da CID-10. São analisados estudos e investigações relacionadas com a prevalência da PSPT, psicopatologia associada, e as variáveis psicossociais auto-estima, *coping* e suporte social, bem como o impacto dos acontecimentos potencialmente traumáticos para os militares participantes nas missões. São também analisados outros conceitos

relacionados, quer ao nível da vulnerabilidade e factores de risco, ou dos factores protectores que podem potenciar ou proteger os militares do desenvolvimento da PSPT.

A 3ª parte, pretendeu ligar a parte teórica dos modelos de prevenção e intervenção à psicologia aplicada, analisamos o enquadramento Nacional, as respostas Institucionais preconizadas e os modelos de avaliação, prevenção e intervenção existentes nos Ramos, ao nível da Rede Nacional de Apoio Médico, Psicológico e Social aos militares e ex-militares, tendo em conta as suas potencialidades, limitações ou disfuncionalidades, e algumas abordagens e modelos de intervenção, de acompanhamento e tratamento mais adequados para os casos com sintomatologia relacionada com a PSPT.

O estudo empírico foi desenvolvido também em três partes: uma 1ª parte, ligada às metodologias de estudo da investigação, apresentamos e descrevemos a investigação desenvolvida nos dois momentos de avaliação (pré-missão e pós-missão). É efectuada a apresentação e pertinência do problema, o delineamento do estudo, os objectivos e hipóteses, a caracterização da amostra estudada, que fez parte do presente estudo, em termos de variáveis sociodemográficas, terminando com a caracterização dos instrumentos de avaliação e do procedimento utilizado para a recolha dos dados e análises estatísticas efectuadas.

Na 2ª parte, são apresentados os resultados, com a análise da prevalência de PSPT nos militares das OP, a relação existente entre a PSPT e as variáveis sociodemográficas e psicológicas em estudo, e comparamos as diferenças entre os dois momentos de avaliação (pré-missão e pós-missão), em militares com e sem PSPT, procurando atingir os objectivos da investigação.

Finalmente, a última parte, relacionada com a discussão dos resultados, em que são apresentadas as principais conclusões, referindo também algumas limitações, aspectos positivos alcançados pela presente investigação e sugeridas algumas orientações futuras de investigação.

PARTE I
CONTEXTUALIZAÇÃO DAS MISSÕES DE PAZ

Capítulo 1: As Operações de Paz Internacionais

O novo Conceito Estratégico de Defesa Nacional (CEDN), ao definir a afirmação de Portugal como co-produtor de segurança internacional, refere: *“O vector militar é primordial no apoio à política externa e uma das missões prioritárias das Forças Armadas é contribuir como instrumento do Estado para a segurança internacional, designadamente pela sua intervenção em missões militares internacionais de paz, que asseguram o reconhecimento externo de Portugal como um Estado co-produtor de segurança internacional”* (CEDN, 2013, p. 1991)

1. Introdução

A maior parte das atuais guerras constituem-se em conflitos internos, normalmente regionais, em países pobres, onde a intervenção do Estado é frágil. Fundamentam-se em interesses económicos, ligadas a divergências religiosas, étnicas e nacionalismos e decorrem em cenários de crise, onde existe normalmente grande desordem e incerteza no meio de um sistema. Woodhouse (2000) afirma que estes conflitos regionais fazem parte de um processo multidimensional inerente à própria existência humana.

Os vários atores envolvidos neste cenário das “novas missões de paz” encontraram guerras de natureza diferente, tendo que procurar novas formas de as abordar. Surgiram, assim, as operações multidimensionais, introduzindo vertentes de apoio psicossocial com várias opções de intervenção, desde a imposição à consolidação, num conceito mais alargado denominado de “Operações de Paz”. Numa análise pouco aprofundada, o conceito de guerras no sentido clássico parece bastante diferente das atuais OP, mas na prática, as diferenças poderão não ser tão significativas.

Clausewitz (2003), um dos maiores estrategas da arte da guerra, citado por Gal e Mangelsdorff (1991), ao enquadrar o fenómeno na doutrina estratégica da guerra, refere-nos que o objectivo de ambos os contendores ao conduzir uma *“guerra convencional”* é conquistar e destruir o poder armado do inimigo, derrotar as Forças Armadas opositoras e todas as suas fontes de abastecimento (logística) e ganhar a opinião pública, e que cada um dos contendores deve quebrar a vontade do outro de combater, sendo este objectivo atingido ao infligir condições no opositor para que ele caia por terra e não aguente mais o stress. Esta situação inicia-se e verifica-se pelo colapso da liderança da unidade e coesão das tropas.

De acordo com esta reflexão, no sentido clássico de uma guerra, e ao analisarmos as características da nova tipologia de guerras ou OP, sobretudo ao nível das consequências na saúde mental dos militares envolvidos, será que são assim tão diferentes?

As missões internacionais apresentam-se com uma designação generalizada de OP e traduzem um conjunto de actividades levadas a cabo por forças multinacionais, sob a égide da

Organização das Nações Unidas [ONU], cujo objectivo é garantir, manter e restaurar a paz e segurança internacionais. As actividades relacionadas com as OP desenvolvem-se num quadro das resoluções do Conselho de Segurança das Nações Unidas (CSNU), de uma forma criteriosa e planeada e de acordo com objectivos específicos a alcançar. A sua conduta segue princípios fundamentais, tais como: respeito mútuo, imparcialidade, credibilidade, uso mínimo da força e legitimidade.

Neste primeiro capítulo iremos analisar as OP Internacionais, pois foi neste contexto que seleccionámos a nossa amostra para a realização do estudo empírico. Abordaremos os conceitos relacionados com as OP e o seu enquadramento na ONU enquanto organização que tutela a maioria das intervenções e também as missões da Organização do Tratado do Atlântico Norte [NATO], terminando com a caracterização das missões específicas e potenciais ameaças e riscos do TO onde os militares participaram.

1.1. Conceitos e Fundamentos das Operações de Paz

Os primeiros conceitos ligados às OP surgem em 1956, quando o então Secretário-Geral da ONU utilizou a designação “*Peacekeeping operations*” e definiu os princípios que orientariam as forças envolvidas nestas operações, que emergiram como uma técnica completamente nova de controlo de conflitos, baseados na cooperação e na contribuição voluntária dos Estados membros para os diferentes componentes da força de paz (Calmeiro & Magro, 2005). Estas primeiras OP eram acções que pressupunham ser executadas sem qualquer tipo de recurso à força, previstas no capítulo VII da Carta das Nações Unidas (CNU) e que só poderiam ser executadas com o prévio consentimento dos Estados interessados.

De acordo com dados do Relatório da Fundação Mário Soares [FMS] (2006), o termo Operações de Apoio à Paz (Peace Support Operations) (PSO) ou OP surge no início da década de noventa com a necessidade de identificar as novas operações de elevada complexidade e de múltiplas dimensões em que a ONU e as diversas organizações internacionais se viram envolvidas, especialmente aquelas que tinham lugar no interior dos estados. O conceito foi adoptado nos meios académicos e por todos os intervenientes na resolução de conflitos.

Vários conceitos terminológicos estão associados às OP, sendo utilizados com múltiplos significados, entre eles as missões de manutenção de paz, a consolidação de paz, a reconstrução de paz pós-conflito ou as operações de *peacekeeping*. Para a presente investigação direccionamos esta tipologia para duas formas de actuação: a manutenção da

paz, missões de “baixa intensidade” e mais ajustadas à ONU e a imposição da paz, missões “mais musculadas” e direccionadas para a NATO.

O Anuário Estatístico da Defesa Nacional (2002) refere um conceito abrangente para definir as actuais OP: “forma de resolução, prevenção e contenção de conflitos, através do uso do poder funcional, meios diplomáticos e militares dos Estados, a fim de prevenir o recurso à violência entre antagonistas intra e inter-estatais” (p.57). Este conceito poder ser aquele que mais se enquadra na presente investigação, pelo que iremos utilizar o termo operações ou missões de paz no domínio da ONU e da NATO por participarmos com Forças Nacionais Destacadas (FND) inseridas nestas duas organizações.

As OP ou missões de paz internacionais surgem com a criação da ONU, em 1945, como consequência das duas grandes guerras mundiais, e no sentido de prevenir novos conflitos para o futuro. Estabeleceram-se medidas colectivas, previstas na CNU para criar condições de estabilidade e bem-estar, necessárias às relações pacíficas e amistosas entre nações, tendo como objectivo principal manter a paz e a segurança internacionais, prevenir e afastar as ameaças e reprimir os actos de agressão, tentando por meios pacíficos ajustar e solucionar as controvérsias ou situações que possam gerar conflito.

A CNU refere, nos capítulos VI³ e VII⁴ respectivamente, as soluções pacíficas dos conflitos e as acções a desencadear perante as diversas ameaças à paz, rupturas de paz e actos de agressão, clarificando assim, o modo pacífico para o cumprimento das missões internacionais de apoio à paz.

A primeira OP da ONU teve início em 1948, na sequência da primeira guerra Israelo-Árabe, e foi uma missão de observação militar, cujo principal objectivo era monitorizar e supervisionar os acordos de paz entre Israel e os estados Árabes vizinhos. Anos depois, em 1956, após a crise do Suez, o então Secretário-Geral das Nações Unidas (SGNU), Dag Hammarskjold, teve a iniciativa de lançar a primeira operação de “peacekeeping”. Desde essa data as OP passaram a ocupar um lugar chave no papel das Nações Unidas a favor da prevenção, contenção e resolução de conflitos. O conceito e a prática desse tipo de missões sofreriam, ao longo do tempo, uma profunda transformação.

O fim da “guerra fria” permitiu uma evolução fundamental na utilização das OP, tendo em 1989, a ONU, realizado, através da United Nations Transitional Authority Group

³ **Solução pacífica dos diferendos**, onde estão previstas as ações a tomar, quer pelo CS da ONU, quer pelos estados membros envolvidos, no sentido da resolução pacífica de eventuais diferendos utilizando métodos pacíficos tais como a negociação, a mediação, a arbitragem, a via judicial, o recurso a organizações regionais e outros (ONU, 2003).

⁴ **Ação em caso de ameaça à paz**, ruptura da paz e acto de agressão, onde são abordadas as medidas destinadas a prevenir o agravamento de situações e para manter ou restabelecer a paz e segurança internacionais, envolvendo ou não o uso da força armada (ONU, 2003).

(UNTAG), descolonização da Namíbia, a primeira OP desta nova geração – multidimensional, que contou com a participação de Portugal e, cujo mandato era assegurar a realização de eleições livres e justas. Competia à componente militar monitorizar o cessar-fogo, o acantonamento das Forças Armadas das partes envolvidas, a progressiva redução da presença militar sul-africana no território da Namíbia e vigilância ao longo das fronteiras.

De acordo com dados do Instituto de Defesa Nacional [IDN] (1999), foi sobretudo no final dos anos 80 e princípios dos anos 90 que as OP das NU evoluíram de uma forma significativa para missões de grande dimensão, (e.g. a intervenção em Moçambique, em Angola, na Somália, no Ruanda, na ex-Jugoslávia, no Líbano e no Afeganistão).

Estes conflitos ou “novas guerras” assumem traços inteiramente novos quanto aos seus fins, métodos e forma como são financiados e nas suas dimensões bélicas, políticas, culturais e sociais, configurando um novo tipo de violência organizada e assimétrica, em que não existe uma confrontação directa entre as Forças Armadas dos Estados envolvidos. Como refere Martin Van Creved (2004, citado por FMS, 2006): “a guerra é antes travada contra organizações de um tipo novo, cujos membros são qualificados de bandidos, terroristas, guerrilheiros ou milicianos, que não representam nenhum Estado, não obedecem a nenhum Governo e se confundem a maior parte das vezes com as populações civis” (p. 28).

As práticas das guerras convencionais (fronteiras territoriais, estratégias e planos políticos e militares bem definidos) dão lugar às guerras assimétricas (imprevisibilidade, surpresa, incerteza, limpeza étnica e atentados terroristas). Neste cenário de “novas guerras” referido por Mary Kaldor (2001), torna-se difícil distinguir entre combatentes e não combatentes em que as populações tornam-se o principal alvo e as principais vítimas. Esta configuração e tipologia de guerras com ameaças à segurança e estabilidade internacional exige respostas concretas da ONU.

As atuais OP, embora não se enquadrem numa guerra ou conflito convencional, fazem parte de um novo tipo de guerras, “guerras assimétricas ou de guerrilha”, em que o inimigo/opositor/insurgente muitas vezes não tem rosto e confunde-se com a própria população, aumentando o risco e as ameaças para os militares e para as FND.

Rui Pena, Ministro da Defesa Nacional, em 2001, na XIX Conferência Internacional de Lisboa, referiu que a diversidade de missões que são desempenhadas pelas Forças Armadas e o emprego da componente militar como instrumento para a concretização da política externa dos Estados, tem levado à utilização dos meios militares em ambientes distintos, realizando actividades que, não se inserindo na concepção tradicional da guerra, ocorrem em ambientes muito próximos dos da guerra.

Apesar dos riscos e ameaças para os militares envolvidos, as OP constituem hoje um instrumento fundamental ao dispor da ONU para garantir a paz mundial e o desenvolvimento da política externa dos Estados, em ambientes de vinculação bilateral, multilateral ou resultantes das responsabilidades assumidas nas organizações internacionais. Também numa expressão da solidariedade internacional, as OP constituem um facto de prestígio e de credibilidade externa dos Estados e das Instituições que as suportam e integram. Neste contexto as OP constituem um instrumento fundamental para evitar os conflitos ou a guerra.

Em síntese: as OP são um dos instrumentos de que a ONU e outras Organizações regionais como a NATO dispõem para manter ou impor a paz e a segurança internacionais. O conceito geral de OP traduz-se num conjunto de actividades levadas a cabo por forças multinacionais, sob a égide da ONU e da NATO, cujo objectivo principal é garantir, manter e restaurar a paz e a segurança internacionais. Os fundamentos das OP são determinados pela ONU, concretizando-se em orientações operacionais e tácticas das quais se destacam o consentimento, imparcialidade, negociação e mediação, transparência, clareza do mandato, coordenação e ligação, limitações e restrições, legitimidade entre outros princípios de base de actuação. E na prossecução da política externa do Estado Português, as Forças Armadas e a Guarda Nacional Republicana (GNR) têm vindo a desempenhar um papel importante no contributo para a estabilidade e segurança internacional, através da projecção de forças constituídas em diferentes TO sob a égide das Nações Unidas ou da NATO.

1.2. Enquadramento das Operações de Paz

O final da Guerra Fria e o período que se seguiu contribuíram inequivocamente para as profundas mudanças operadas na ONU. A ausência de uma competição nuclear entre os dois blocos (NATO e Pacto de Varsóvia) alterou a nossa percepção e o paradigma da segurança global em que os conflitos no interior dos estados dão lugar a atores não-estatais.

Em consequência do novo contexto internacional, e uma vez que a ONU não dispõe de Forças Armadas próprias, passa a partilhar as OP com organizações regionais, e desta forma, a garantir apoio para as suas acções, conforme se encontra previsto no capítulo VII da CNU. Neste sentido, as OP, ditas de *segunda e terceira geração*, vieram inaugurar uma nova era, sofrem também uma evolução, tornando-se mais complexas e multifuncionais ou multidisciplinares, pois, para além das funções tradicionais, passam a incorporar tarefas militares e de carácter mais abrangente, civil e humanitário.

As OP da ONU fazem parte dum processo de constituição de mecanismos de *governança*, ao nível global, principalmente através dos conceitos difundidos em 1992, com a publicação de referência para a doutrina das OP da ONU - “Agenda para a Paz”, lançada pelo então Secretário-Geral, Boutros-Ghali. Neste documento foram definidos conceitos fundamentais para os diferentes tipos de actuação das OP para a resolução de conflitos. A partir desta data, a ONU compromete-se pela primeira vez, formalmente num domínio conceptual, no que viria a denominar-se por OP.

A “Agenda para a Paz” resulta dos desafios colocados à ONU pelo novo contexto internacional resultante do final da Guerra-Fria, da queda do Muro de Berlim, em 1989, e do desmoronamento do Império Soviético (ex. URSS). Estes acontecimentos podem ser vistos como referência para o aparecimento de uma nova conjectura que fez emergir novas ameaças à paz e segurança internacional e também uma nova tipologia de OP que impõem novas formas de actuação, particularmente aos militares envolvidos nestas missões.

A “Agenda para a Paz” revela os novos domínios de intervenção da ONU no âmbito da manutenção da paz e segurança internacionais, e define a intervenção da ONU em quatro áreas: a diplomacia preventiva, o *peacemaking*, a manutenção de paz (*peacekeeping*), e a consolidação da paz pós-conflito (*peacebuilding*). A ONU passou a intervir num conceito mais abrangente, incluindo outras actividades, intervindo não apenas para gerir a violência, mas também para impedir que ela deflagrasse ou se reacendesse, ou seja, alargando a sua intervenção ao antes e depois do conflito deflagrar (Branco, 2004, citado por FMS, 2006).

Estes conceitos foram actualizados, em 1995, no “Suplemento da Agenda para a Paz”, em consequência da análise aos fracassos de algumas missões (Angola, Somália e particularmente o genocídio no Ruanda,) e das lições aprendidas pela ONU ao participar nestas primeiras missões de paz dos anos noventa, o que permitiu reformular conceitos que necessitavam de adaptação após terem sido testados. Em 1999, Monteiro e Guimarães referem que esta reformulação e adaptação espelham um processo de autocritica relativamente ao envolvimento da ONU em missões de paz sem uma devida preparação prévia.

Mais tarde, através do “Relatório Brahimi”, em 2001, cerca de oito anos depois e muitas experiências traumáticas, a ONU faz o “balanço” das actividades relacionadas com as OP e a segurança internacional. O quadro obtido, no entanto, é desalentador, em comparação com as esperanças e expectativas suscitadas em 1992. A própria credibilidade da ONU foi colocada em causa pelo menos em duas situações importantes: Ruanda e Bósnia (com destaque para o funesto episódio de Srebrenica). Essas tragédias e acontecimentos traumáticos suscitaram extensa actividade de autocritica. Era necessário, pois, “reformular a reforma

proposta” para as OP da ONU. Paz e Segurança são os referenciais para julgar a *performance* da ONU e, nesse requisito, o desempenho foi bastante frágil, entre 1992-2000.

O surgimento de novos problemas resultantes de conflitos étnicos, religiosos e económicos, levou à implementação de novas formas de actuação, com um maior envolvimento civil, preocupações de segurança nas missões militares e na coordenação das acções humanitárias.

O “Relatório de Brahimi” passa a ser uma referência ao identificar as insuficiências da ONU nas OP, ao indicar recomendações explícitas para o Secretário-Geral das Nações Unidas, Conselho de Segurança (CS) e Estados Membros, nomeadamente a necessidade de se introduzir nas OP uma nova concepção de legítima defesa. A partir de 2003, este novo conceito passou a fazer parte integrante da actuação das OP, cujos mandatos passaram a ser legitimados pelo capítulo VII da CNU, ultrapassando os limites da prévia anuência dos Estados, imperativo das OP ao abrigo do capítulo VI.

Portanto, verificamos que em determinadas circunstâncias em que se impõe o uso da força, depois de terem falhado os meios diplomáticos e pacíficos para atingir tal finalidade, o CS, ao abrigo do capítulo VII da CNU e do art.º 42º, pode utilizar o uso da força para restabelecerem a manutenção da paz e segurança internacionais, ficam os Estados-membros, ao abrigo do art.º 43º, vinculados a ceder as forças necessárias, não apenas as unidades militares, mas também as facilidades indispensáveis à sua concretização.

Também em 2003 o DPKO da ONU, reconhece que o seu empenhamento foi “tímido” em fornecer dados concretos para “melhores práticas” das OP e nesse sentido cria o *Handbook on United Nations Multidimensional Peacekeeping Operations*, em que passa a referir-se às OP como sendo multidimensionais, designando colectivamente todo e qualquer envolvimento militar, independentemente do tipo de operação. Aquele documento descreve exaustivamente as possíveis tarefas dos militares nos diferentes tipos de missões de paz, pelo que o conceito considerado no presente estudo para OP, refere-se sempre a qualquer missão de paz internacional que envolva a componente militar.

O enquadramento das OP não está claramente definido na CNU, o que tem levantado alguma discussão em relação à sua legitimidade. Tradicionalmente, o conceito de missões de paz enquadra-se no capítulo VI da CNU, sendo alargado ao capítulo VII da Carta para passar a envolver directamente outras organizações regionais de segurança como a NATO. Assim, a CNU, refere no capítulo VI “resolução pacífica dos conflitos”, e no capítulo VII “resoluções relativas a acções em defesa da paz, quebras ou ruptura de acordos de paz, e actos de agressão”, sendo este o enquadramento legal para as missões de paz internacionais.

Para Bruno Simma (2002, citado por FMS, 2006), o poder das NU para implementar as OP, apesar de não estar previsto na Carta, foi reconhecido pelo Tribunal Internacional de Justiça (TIJ) e não foi questionado por nenhum Estado, membro ou não, ou por outras organizações. O reconhecimento do TIJ confirmou a legalidade das OP como instrumento legal de que as NU dispõem para resolver os conflitos armados.

Assim, uma OP é, por princípio, constituída por um mandato que determina o seu período de vigência, bem como as funções e poderes que lhe são atribuídas, e é normalmente aprovado através de uma resolução do CS. O mandato define, em termos gerais, a aplicação do uso da força e em que condições. Em regra, operações aprovadas no âmbito do capítulo VI (resolução pacífica de disputas) não podem usar a força senão em legítima defesa, no entanto as operações autorizadas ao abrigo do capítulo VII (acção de ameaças à paz, quebras de paz e actos de agressão) podem usá-la em circunstâncias mais alargadas. Mesmo quando aprovadas no âmbito do capítulo VII, estas operações mantêm as suas características essenciais de neutralidade, imparcialidade e consentimento do estado anfitrião.

Dada a complexidade de muitas das operações estabelecidas nos últimos anos e o contexto de segurança instável em que estas, muitas vezes, operam, tem-se verificado um alargamento do conceito de uso da força em legítima defesa e, ao tempo, uma maior tendência para aprovar as operações sob o capítulo VII da Carta, para que estas possam responder a desenvolvimentos no terreno e usar a força em caso de necessidade (Findlay 2002, citado por FMS, 2006). As intervenções no Afeganistão e no Iraque estariam enquadradas entre o capítulo VI e VII. Por princípio, as OP cujo mandato preveja o emprego de forças militares devem ser sempre sancionadas pelo CSNU.

O facto da “Agenda para a Paz” e do Suplemento serem referências conceptuais incontornáveis sempre que se fala de conceitos relacionados com as OP, não invalidou que as organizações regionais, como a NATO, revissem e adaptassem alguns dos conceitos propostos, sobretudo quando se trata do uso da força, e os adaptassem às suas necessidades. Numa primeira fase, através dos meios pacíficos previstos no capítulo VI da CNU, ou seja, a projecção de forças da ONU num determinado território com o consentimento das partes envolvidas. Esta fase envolve normalmente forças militares e/ou policiais e também civis, e numa segunda fase, a consolidação da paz, acções destinadas a apoiar a construção de estruturas e reforçar a paz e evitar o reacender das hostilidades.

A ONU continua a ser a única organização global dotada da legitimidade necessária para levar a bom termo intervenções no âmbito das várias actividades das OP. E é com base nos artigos dos capítulos VI e VII que o Conselho de Segurança determina ou aconselha as

acções a desenvolver pelos Estados em conflito ou pela Comunidade Internacional em geral, para a resolução de conflitos que sejam avaliados como constituindo ameaça à paz e segurança internacionais. É neste contexto que os militares portugueses têm participado em OP, demonstrando a sua actuação decisiva para a estabilização e solução de conflitos.

Um dos instrumentos orientadores da actuação das forças militares são as Regras de Empenhamento (ROE) que determinam quando e em que condições as tropas de uma OP podem ou não usar a força. O mandato de uma operação determina, em geral, se a força pode ou não ser usada. No entanto, não é claro sobre as condições e medida precisa do seu uso, mesmo no caso de uso da força apenas em legítima defesa. O próprio conceito de legítima defesa tem sofrido adaptações sendo a sua aplicação complexa (McCoubrey & White, 1993, citado por FMS, 2006).

As ROE são normas e regulamentos que os militares têm que seguir com rigidez, limitando o uso da força a situações letais de “último recurso”. Neste sentido, a sua aplicação pode tornar-se numa condicionante criando um acréscimo de stresse nos militares na medida em que existem acontecimentos que colocam a sua vida em perigo, por não poderem responder a actos de agressões ou ameaças provocadas pelos insurgentes, sob risco da população civil se virar contra os militares (Franke, 2003; Litz, 2007).

Segundo o Relatório da FMS (2006), as ROE são elaboradas na ONU, antes das tropas se deslocarem para o terreno e após consulta com os Países contribuintes com forças. A divulgação da informação respeitante às ROE é feita no terreno e é da responsabilidade do comandante da força. Apesar de existir um modelo de listagem de ROE, estas variam em função do mandato de cada missão específica e respectiva autorização para o uso da força, bem como o seu enquadramento político e de segurança.

A aplicação das ROE é da responsabilidade do comando operacional da força e pode constituir uma fonte de problemas entre o comandante e os diferentes contingentes, pois podem ter diferentes interpretações do próprio conceito, conteúdo ou estatuto das ROE. Na prática, quando existem dúvidas sobre a interpretação de uma determinada regra ou sobre a forma e que regra a aplicar em determinada situação, a tendência natural do militar é recorrer às regras nacionais a que está habituado, implicando o risco de haver militares de uma mesma força da ONU que seguem orientações diferentes quando reagem a situações críticas envolvendo o uso de armas de fogo.

O empenhamento das Forças Armadas nas OP internacionais é realçado na 4ª revisão Constitucional, especificamente na concretização dos compromissos assumidos a nível internacional no âmbito das organizações de que Portugal faz parte. O enquadramento das

missões internacionais das Forças Armadas é definido pelo Conselho Superior da Defesa Nacional, tendo por base a revisão do Conceito Estratégico de Defesa Nacional (CEDN) de 2003⁵ e o Conceito Estratégico Militar, sendo da responsabilidade do Governo e do Presidente da República deliberar sobre o emprego de forças no exterior. Este Conceito vem realçar a importância da participação de Portugal no quadro das intervenções multinacionais.

Dentro das missões específicas das Forças Armadas (FA), enquadram-se aquelas que têm por objectivo os compromissos assumidos no âmbito das Organizações Internacionais da qual Portugal faz parte, (e.g. ONU e NATO), em que a finalidade é preservar a paz e segurança internacionais. Neste sentido, foi necessário, em 1997, introduzir uma revisão ao art.º 275 da Constituição, que incumbe às Forças Armadas, nos termos da lei, “satisfazer os compromissos internacionais do Estado Português no âmbito militar e participar em missões humanitárias e de paz assumidas pelas organizações internacionais de que Portugal faz parte”. Esta alteração constitucional foi um instrumento para a legitimação de intervenções das FA, numa variedade de missões e nas mais diversas regiões do globo.

Em síntese: são essenciais os princípios do consentimento, no que se refere ao respeito pela soberania dos Estados onde se desenrola a operação, o emprego da força militar apenas em situações de autodefesa, o uso mínimo da força, e um comportamento da força imparcial. No entanto, o General Avelar de Sousa (2013), com larga experiência na participação em missões de paz da ONU e NATO, refere três características importantes e fundamentais para o sucesso das missões: imparcialidade, firmeza, e sensibilidade humana.

1.3. As Missões de Paz da ONU e da NATO

A ONU é a principal organização representante da comunidade internacional, tendo à sua responsabilidade as questões relacionadas com a paz e segurança internacionais. Desde a sua criação em 1945 até à actualidade, a ONU desencadeou mais de uma centena de missões de paz, dedicadas à manutenção da paz internacional e a grande maioria ocorreu após a queda do muro de Berlim, com o vazio de poder gerado pelo final do sistema bipolar.

A NATO foi criada em 1949, da qual Portugal faz parte desde o seu início. Estabeleceu como área de influência a Europa Ocidental e a América do Norte, contraponto ao expansionismo soviético no Leste Europeu. A organização sofreu várias transformações ao longo dos tempos, quase sempre dirigidas para a sua adaptação a novas realidades. Com a queda do muro de Berlim em finais da década de 80 e a implosão da URSS, no início dos

⁵ A Resolução do Conselho de Ministros nº 19/2013, de 05 de Abril aprova o novo CEDN.

anos 90, foi necessário rever o novo conceito estratégico e ajustar a estrutura de cooperação a novos desafios e novas missões. A lógica bipolar dos dois blocos desapareceu e o fim da guerra fria foi anunciado.

As modernas operações militares sob a égide da ONU são normalmente multidimensionais, actuando a diversos níveis, designadamente militar, mas também policial, com o apoio, muitas vezes precedente, de organizações internacionais humanitárias e/ou não governamentais; não menos importante, são acompanhadas do “*staff*” necessário ao restabelecimento das estruturas políticas e administrativas locais, em acções cada vez mais próximas do “*peacebuilding*”. Tendem, cada vez mais, a designar objectivos políticos bem determinados e delimitados, e devem ser, sem excepções, executadas a coberto de um mandato legal do CSNU.

São três os princípios basilares de actuação das OP da ONU ou da NATO, embora destes decorram inúmeros outros, subsidiários dos primeiros: em primeiro lugar, é necessário o *consentimento das partes*; sem uma prévia apreciação de todos os factores em presença (políticos, económicos, sociais, etc.), exigindo uma eficaz estrutura de informações sobre o que está efectivamente em causa, e porquê, não haverá uma boa negociação, e sem esta não haverá um acordo com um mínimo de estabilidade.

Em segundo lugar, a força da ONU e, em particular, a força militar (os “capacetes azuis”) deve ser tão multinacional quanto possível, integrando principalmente nações sem interesses significativos na área de actuação e rigorosamente *imparcial*, não devendo nunca ser sinónimo de neutral, regulando-se exclusivamente pelo cumprimento do mandato, obtido por negociação prévia entre a ONU e as partes. Não basta actuar de uma forma imparcial, é necessário que tal venha a ser claramente percebido e compreendido nas situações mais complexas com que a força de paz se depara. A perda, percebida ou real, da imparcialidade, pode ter sérias consequências no grau de confiança relativamente à força de paz, podendo colocar em causa o próprio processo de paz e o sucesso da missão.

Finalmente, a *aplicação ou contenção do uso da força* que deve ser tão comedida quanto possível, baseada na proporcionalidade, de uma forma eficaz e célere quando sejam necessárias acções de legítima defesa, ou se verifiquem violações aos acordos estabelecidos, principalmente se estes colidirem com os direitos humanos. A decisão do uso da força, seja em que circunstância for, transforma-se numa das acções mais difíceis de tomar pelos comandantes das FND, por potencialmente fazer perigar a linha divisória do consentimento e poder conduzir a situações em que se tenha de evoluir para a imposição da paz.

Apesar das regras que legitimam o uso da força, parece existir uma incapacidade

interpretativa colectiva. De acordo com Kofi Annan (2004), o Relatório do Painel de Alto Nível sobre ameaças, desafios e mudanças, contribuiu de forma crucial para a tentativa de definição de critérios comuns acerca da justificação do uso da força. Para além dos critérios legais, é necessário respeitar os critérios de legitimidade: ameaça grave, objectivo adequado, último recurso, proporcionalidade e balanço das consequências.

Obtidos estes princípios, pode-se afirmar que estão criadas as condições para a constituição de uma força de intervenção que deve assentar num mandato, apenas do CSNU, tão imutável quanto possível, apoiado pelas grandes potências, com um comando e controlo centralizado e de fácil acesso à componente política; crucial para o sucesso de qualquer empreendimento de grande envergadura é, também, a existência de um orçamento específico e previamente regulado. Obviamente, os princípios e factores citados não constituem condições “*sine qua non*” para a existência de missões de âmbito da ONU e da NATO, porém a sua aplicabilidade potencia enormemente o sucesso das operações.

Após a extinção da ameaça soviética, a NATO redefiniu objectivos, expandiu a sua área de influência e encontrou novos desafios. O conceito estratégico, definido em 1999, em Washington, e operacionalizado em Praga em 2002, transforma a NATO numa organização de defesa regional e de segurança colectiva contemplando, entre outras ameaças, o combate à ameaça terrorista e à proliferação de armas de destruição maciça, e assenta na flexibilidade das suas forças (força específica e determinada para uma tarefa específica), e na capacidade de projecção dessa força, de um modo rápido e dentro de todas as tipologias de missões.

O perigo de um conflito ao nível planetário diminuiu, surgindo novos factores de turbulência que podem colocar em causa a segurança dos estados membros da NATO. Passa-se de um nível de preocupação global para o regional e local com o aparecimento de novos atores na cena Internacional. A instabilidade e a complexidade multiplicam-se, surgem novos riscos multidireccionais, multifacetados e imprevisíveis, já não relacionados com uma ameaça bem definida, mas decorrentes de tensões políticas, económicas e sociais, do renascimento de tendências nacionalistas, rivalidades étnicas, religiosas, culturais e civilizacionais, de disputas de territórios, da proliferação de tecnologias e armas de destruição maciça, e de um conjunto de factores transnacionais como o terrorismo internacional e o crime organizado. Este contexto internacional, muito mais complexo e instável em que “a verdadeira ameaça é o desconhecido”, iria colocar à NATO grandes desafios.

Perante os novos desafios, novas necessidades de segurança, novos ventos de mudança se perspectivaram, pelo que a NATO teve que responder com um processo de evolução e adaptação às novas realidades, passando a adoptar novos conceitos (o conceito estratégico de

1991 e de Forças Conjuntas Combinadas⁶) e posturas e a desempenhar novas missões ao nível da segurança e estabilidade internacional e dos seus membros em particular. Neste sentido é redefinido o papel essencial das forças militares para as novas missões, preconiza-se uma redução na dimensão das forças, o aumento da sua flexibilidade, mobilidade e adaptabilidade a diferentes situações de contingência e a utilização de forças multinacionais mais capazes de responder eficazmente a situações de crise, de conflito e operações de manutenção de paz.

Em 1992, numa nova era de cooperação internacional de segurança, a NATO passou a apoiar as actividades relacionadas com as OP. Nesse mesmo ano, em conjugação com a União Europeia (EU), a NATO participa no embargo de armas às ex-Jugoslávia e das sanções à Sérvia, na sequência das resoluções da ONU (MDN, 1999).

Um novo relacionamento se iniciava em 1994 com a cooperação e convite de novos parceiros na iniciativa da “Parceria para a Paz”, estimulando o relacionamento em áreas relacionadas com as OP, de gestão de crises e humanitárias, exercícios militares conjuntos, entre outras, permitindo aprofundar e melhorar capacidades e formas de actuação, a interoperacionalidade e a adequação das diferentes doutrinas, tornando mais eficaz a capacidade de actuação das forças militares.

Estes conceitos e aspectos conceptuais foram validados com a participação da NATO no apoio à Força da ONU, na implementação dos Acordos de Paz para a Bósnia-Herzegovina, a partir de 1995, com a projecção da Força Multinacional de Implementação (IFOR), e em 1996, com a Força de Estabilização (SFOR) e o empenhamento continuado para a estabilidade e segurança na instável e conflituosa região dos Balcãs. Estas missões constituíram a primeira operação de grande envergadura da história da NATO, envolvendo forças conjuntas multinacionais, e confirmando a importância da NATO nas missões de paz que se seguiram, quer estejam ou não previstas no art.º 5º do tratado (como foram as missões atrás referidas), mas que, legitimadas pela Comunidade Internacional (CI) visam preservar a paz e a segurança internacional.

A doutrina e procedimentos da NATO estão em consonância com o documento “Agenda para a Paz” e com o suplemento da Agenda para a Paz de 1995, alargando o conceito de operações designando-as por “operações de paz multifuncionais”. Esta nova designação surge na sequência das “lições aprendidas” na actuação da ex-Jugoslávia demonstrando que as OP evoluíram desde o seu conceito tradicional para outras de grande

⁶ Combined Joint Task Force (CJTF) – instrumento que confere flexibilidade necessária para enfrentar riscos e incertezas no novo ambiente estratégico. Faculta a rápida projecção de forças conjuntas e multinacionais.

complexidade, em que por vezes o consentimento das partes deixou de existir e decorrendo em ambiente de situação de crise sob forte tensão.

Este novo conceito pretende realçar que estas operações abrangem as tradicionais OP e outras novas tarefas, designadamente: controlo e verificação da aceitação de acordos de cessar-fogo; assistência no cumprimento dos acordos relativos à resolução de conflitos; presença preventiva de forças militares, garantia do respeito pelas “zonas de exclusão”, operações de desmobilização, acantonamento e desarmamento, recolha, guarda e destruição de armamento; assistência humanitária às populações, incluindo o acompanhamento e assistência a refugiados; protecção dos direitos humanos, etc. Algumas destas operações podem decorrer em ambiente hostil, por vezes dentro de um estado onde facções ou forças irregulares, não controladas pelo Governo, poderão continuar a operar.

As novas missões da NATO passam a ser todas aquelas que, não cabendo no âmbito do artigo 5º e da defesa colectiva, servem a causa da segurança e estabilidade internacional, e neste âmbito o novo conceito estratégico da NATO alarga-se a outras ameaças como são o combate ao terrorismo internacional, ao narcotráfico e à criminalidade organizada, à violência étnica e aos conflitos regionais (Ramalho, 1999). Mesmo que estas missões e acções, de acordo com o capítulo VI da Carta das NU, possam exigir o uso da força nos termos do capítulo VII, na prática a utilização do uso da força é um último recurso e sempre objecto de mandato específico do CSNU.

A guerra dos Balcãs, na ex-Jugoslávia, despoletou no seio da NATO uma intensa reflexão sobre várias questões conceptuais e sobretudo relacionadas com o emprego da força militar nas OP. A doutrina da NATO surge de intensos debates decorrentes das lições aprendidas⁷, assentes num Conceito Estratégico da NATO, de 1999, fundamental para o novo papel da Aliança e outros documentos de base de actuação relacionados (Crisis Response Operations e o Peace Support Operations) (Calmeiro e Magro, 2005).

Assim, o conceito de OP na NATO também sofreu evolução, passando a considerar o seu envolvimento militar em dois tipos de operações: as Operações de Defesa Colectiva e as Operações de Respostas a Crises, nas quais se enquadram as Operações de Apoio à Paz, que segundo o conceito de Operações de Paz da NATO, são operações que de um modo imparcial fazem uso dos meios diplomáticos, civis e militares, normalmente de acordo com os princípios da Carta da ONU, para restaurar ou manter a paz (FMS, 2006). Estas operações

⁷ A preocupação da NATO com a incorporação das lições aprendidas na sua doutrina cria um órgão com essa missão, o Join Allied Lessons Learned Centre (JALLC) que se encontra sediado em Portugal (Lisboa).

podem incluir acções de prevenção de conflitos, manutenção da paz, imposição e consolidação da paz, peacemaking, operações humanitárias, evacuação de civis, entre outras.

Nesta configuração existem conceitos semelhantes adoptados pela ONU ou pela NATO, especialmente se tivermos em conta o previsto no suplemento da Agenda para a Paz. As principais diferenças entre as missões da ONU e da NATO assentam na forma de actuação, requerendo as missões da NATO um maior envolvimento dos meios militares, tendencialmente de curto prazo e orientado para a obtenção de resultados imediatos e portanto uma actuação mais “musculada”, sendo a principal tarefa dos militares a criação de um ambiente favorável, para que as organizações civis possam reconstruir as infra-estruturas necessárias para ajudar a uma paz auto-sustentável, ou, eventualmente, a criação de condições para ajuda humanitária de emergência (Pinto, 2006).

Em 1999, o então Ministro da Defesa Nacional, A. Vitorino, afirma que a questão dos Balcãs iniciada na Bósnia-Herzegovina foi determinante, e o conflito do Kosovo veio confirmar o reconhecimento da NATO como organização regional de prevenção de segurança, mas também no contributo para a segurança e estabilidade a nível internacional. Neste sentido, o novo conceito estratégico da NATO, aprovado em 2010, em Lisboa, vem reforçar a parceria estratégica com a União Europeia, e o reconhecimento de Portugal como co-produtor de segurança internacional, através da sua participação nas missões de paz, prioritariamente no quadro da NATO.

Em síntese: as transformações no ambiente internacional e a natureza das guerras exigiram da ONU novas formas de resolução de conflitos, culminando nas missões de paz, consideradas operações multidimensionais, através de coligações ou parceria com organizações regionais como a NATO. Sejam missões da ONU ou da NATO, algumas das atuais OP enquadram-se em novos conceitos e tipologia de guerras, como por exemplo o conflito dos Balcãs e a guerra ou conflito do Iraque e do Afeganistão. As guerras deste tipo envolvem combates dispersos, de baixa intensidade, sem frentes de batalha, contra um “inimigo” muitas vezes sem rosto e difícil de identificar e distinguir os combatentes da população civil. Como tal, estas operações envolvem elevados riscos para os militares, exigindo níveis elevados de alerta e atenção redobrada para minimizar o número de baixas. Embora as OP sejam consideradas de baixa intensidade e não sejam consideradas guerras, no sentido clássico de Clausewitz (2003), continuam a causar baixas (mortes e feridos) e a deixarem marcas psicológicas com consequências significativas para a saúde mental dos militares.

1.4. A Participação Portuguesa em Operações de Paz

“(…) Estou orgulhoso em reconhecer que a participação dos militares portugueses em operações de manutenção da paz reforça o prestígio de Portugal.”

Jorge Sampaio (Presidente da República Portuguesa, 1996-2006)
Alto representante das Nações Unidas para a Aliança das Civilizações

Nos últimos 30 anos, as Forças Armadas Portuguesas e a GNR estiveram presentes nos cinco continentes, em vários TO, sob a égide da ONU e da NATO, em diversas missões internacionais (forças mais significativas na Bósnia, Afeganistão, Kosovo, Líbano, Timor e Mar Adriático), envolvendo mais de cinquenta mil militares. Uma parte destes militares são do quadro permanente e de carreira, e uma outra parte bastante significativa são contratados e deixam as fileiras. Alguns destes militares, principalmente do quadro permanente, já participaram em várias missões.

É de referir que Portugal, nos últimos anos, tem sido um dos principais contribuintes para as missões de paz da ONU, assumindo, desta forma, os compromissos internacionais que decorrem, naturalmente, do sistema de alianças em que está inserido. A participação portuguesa nas “Missões Humanitárias de Paz”, seja para manter a paz ou para impor a paz, têm sido reconhecidas como excelentes, internamente pelo Estado Português e externamente pelas Organizações Internacionais, nomeadamente pela ONU e NATO. É caso para dizer: *Ditosa Pátria que tais filhos têm.*

A participação dos militares portugueses nas missões de paz internacionais inicia-se em 1958 com 6 militares portugueses participando na “*United Nations Observation Group in Libanon*” (UNOGIL). Cerca de 31 anos depois, em 1989, Portugal volta a participar na Namíbia, com um grupo de 25 militares na supervisão do processo eleitoral em apoio da missão da ONU designada por “*United Nations Transition Assistance Group*” (UNTAG).

Contudo foi na última década do século XX que Portugal aprofundou o seu compromisso de solidariedade com a paz e a segurança internacional no âmbito da ONU e da NATO, participando na resolução de conflitos em várias regiões do cenário internacional, em missões integradas em forças multinacionais, desde Angola, Moçambique, Bósnia-Herzegovina, Kosovo, Iraque, Afeganistão, Timor e Líbano, assegurando funções essenciais na prevenção e resolução de conflitos, acções de reconstrução e consolidação da paz pós-conflito, desmobilização e desarmamento de forças, controlo de multidões, supervisão de processos eleitorais, ajuda humanitária, apoio logístico e sanitário, assessoria e monitorização no apoio à formação e treino de forças militares e policiais.

De referir a primeira missão de grande envergadura em que Portugal participou (depois da Guerra do Ultramar), em 1996, nos Balcãs, no âmbito da NATO, envolvendo 36 Países, onde o General Avelar de Sousa comandou o 1º Contingente português, constituído por cerca de 900 militares, sendo a maior parte paraquedistas e incluindo pela primeira vez Mulheres militares. O General Avelar de Sousa (2013) refere que encontraram um contexto adverso, com vários riscos, mas a maior dificuldade foi a logística e o clima (25º negativos sem condições mínimas ao nível das infra-estruturas, inexistentes condições de habitação, fardamento inadequado, entre outras limitações).

Esta e outras experiências ao longo dos anos foram determinantes para se corrigirem deficiências e criar melhores condições logísticas, de operacionalidade e também ao nível da preparação e treino. O General afirma que não há preparações especiais para as missões de paz, e que a preparação normal é suficiente. E acrescenta que o factor voluntariado e o suplemento financeiro são factores de motivação importantes, mas não são determinantes.

Durante as últimas duas décadas, Portugal posicionou-se como um contribuinte significativo para as missões de paz, quer no âmbito da ONU, quer no quadro da NATO.

O então MDN, Dr. A. Lopes (1995), na abertura solene do Curso de Defesa Nacional, referia que a evolução do Sistema Internacional, o papel das Nações Unidas e o seu protagonismo na gestão da conflitualidade, têm-se traduzido num empenhamento mais activo dos Estados membros e de organizações regionais como a NATO, no desenvolvimento de operações humanitárias e de apoio à paz e à segurança internacionais. E acrescenta que no âmbito da ONU ou da NATO, Portugal irá provavelmente continuar a contribuir nas missões de Paz internacionais, já que tal significa contribuir para a afirmação de Portugal no Mundo e para a defesa de interesses nacionais no plano externo.

A continuação previsível de focos de instabilidade um pouco por todo o mundo vai continuar a exigir uma participação activa dos países contribuintes com OP e especificamente para com a componente militar. Sejam as missões de vigilância de cessar-fogo no Líbano, o apoio a países frágeis e incapazes de garantir a lei e a ordem nos seus territórios, e a estabilização de regiões onde os conflitos recentes deixaram feridas mal curadas, como são os casos de Timor, Kosovo ou Afeganistão.

As Forças Nacionais Destacadas (FND) em missões da ONU, em Timor ou no Líbano, ou em missões da NATO, no Kosovo ou Afeganistão, encontram contextos de actuação diferenciados consoante o tipo de missão a desempenhar e as ameaças e riscos do TO⁸, pelo

⁸ Portugal tem registado 30 mortes de militares e a maior parte em acidentes. Em relação aos feridos, física e psicologicamente, não há dados conhecidos.

que são determinantes a preparação, o enquadramento e acompanhamento para uma adaptação adequada dos militares nas várias fases da missão (antes, durante e pós-missão).

1.5. As Forças Nacionais Destacadas (FND) e as Directivas de Aprontamento

Neste subcapítulo iremos caracterizar as missões específicas no contexto deste estudo, nomeadamente a UNMIT, a UNIFIL, a KFOR e a ISAF, terminando com uma caracterização de ameaças e riscos para as FND em cada um dos TO.

Portugal, em 2011, no quadro da ONU e da NATO, mantinha forças destacadas, em número significativo (cerca de 700 militares), no Kosovo, Afeganistão, Bósnia-Herzegovina, Líbano, e ainda a GNR em Timor. Após a decisão política, é da responsabilidade do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas (CEMGFA) e do Comandante-Geral da GNR o emprego operacional das forças e dos meios da componente operacional e cabe aos Ramos das Forças Armadas (Exército, Marinha e Força Aérea) e GNR a sua preparação, normalmente definidos nas Directivas de Aprontamento, de acordo com os requisitos operacionais exigidos, pela ONU e pela NATO, para o cumprimento das missões.

Existem requisitos prévios seguidos, na generalidade, pelos Ramos e GNR no levantamento e preparação da FND: o mandato da força e os objectivos políticos e estratégicos, as ROE, que permitem efectuar uma primeira avaliação geral das ameaças e potenciais riscos e a avaliação detalhada do TO. Estes e outros dados de planeamento são essenciais para a definição do tipo de forças a constituir. Segue-se o documento orientador da missão, a directiva operacional para o empenhamento dos militares, nomeadamente: objectivo, missão, estrutura, pessoal, logística, comunicações e informações, tarefas a executar, comando e controlo.

Uma das fases mais importante é o aprontamento para a missão. É nesta fase que os militares que compõem a força se juntam e se criam laços de camaradagem, espírito de corpo e proficiências profissionais ao nível técnico e tático, que vão ser extremamente úteis na chegada ao TO e durante a missão. O aprontamento da força para efeitos de planeamento tem a duração média de cinco a seis meses, embora durante este período de tempo os militares não estejam todos concentrados num mesmo local. Apenas numa fase final é possível ter a FND toda junta num mesmo local, em média entre 4 a 6 semanas antes do embarque.

Em síntese: as FND passam por várias fases, desde o levantamento e aprontamento até à projecção para o TO e o cumprimento integral da missão, com uma duração normal de seis

meses. Os militares destacados para as missões normalmente são voluntários ou excepcionalmente nomeados, existindo uma avaliação médica e psicológica prévia.

1.5.1. Missão da GNR (United Nation Mission in Timor-Leste - UNMIT).

Na sequência de um pedido das Nações Unidas, a GNR já havia projectado para Timor-Leste, no início do ano 2000, e pela primeira vez para fora do território nacional, uma unidade de polícia auto-suficiente, situação esta que, fruto da ausência de legislação específica, viria a desencadear um procedimento legislativo, que culminou na adopção de um quadro legal de empenhamento similar ao do estatuto atribuído aos militares das Forças Armadas no cumprimento de missões de natureza idêntica.

O contributo da GNR para esta primeira missão da ONU, que terminou depois da independência do país, foi reconhecido e considerado pela generalidade dos intervenientes e atores internacionais, como um caso de sucesso, granjeando prestígio para a instituição e para Portugal. Durante a sua permanência no território de Timor-Leste foram muitas as situações complexas que os militares da GNR foram chamados a resolver, normalmente relacionadas com o restabelecimento da ordem pública e que ultrapassavam as capacidades da componente internacional de polícia civil da missão da ONU.

O facto dos militares que integraram a força pertencerem ao mesmo país, de ser particularmente especializada, disciplinada e organizada, contrastava com o modelo tradicional de força de polícia da ONU, constituída por elementos oriundos de várias nacionalidades, com diferentes experiências profissionais, procedimentos e referenciais legais completamente dispares uns dos outros.

Sendo o restabelecimento da lei e da ordem uma das medidas imediatas a implementar numa situação de pós-conflito, tornou-se indispensável dispor de pequenas unidades altamente treinadas no controlo de tumultos e restabelecimento da ordem, como foi a Companhia de Intervenção Rápida da GNR em Timor-Leste. A capacidade de adaptação a ambientes hostis, a organização, treino, disciplina e espírito de sacrifício, a par do conceito operacional de actuação, destacaram a força da GNR entre as restantes forças congéneres.

A missão em Timor-Leste constituiu-se como um enorme desafio para Portugal e sobretudo para a GNR, evidenciando no terreno as suas principais características, inerentes à sua condição militar, a elevada capacidade para actuar em cenários de baixa e média intensidade, sob comando militar ou civil, a forte unidade de comando e a flexibilidade de

organização, bem como a demonstração de uma elevada competência profissional, que em rigor são a grande mais-valia deste tipo de forças constituídas.

Na primavera de 2006, passados 4 anos após a saída da GNR, a jovem democracia de Timor-Leste, pouco consolidada, foi confrontada com uma crise nas suas Forças Armadas e Forças de Segurança, que culminou com confrontos violentos nas ruas de Díli. A instabilidade política e social decorrente destes acontecimentos desencadeou conflitos generalizados entre vários grupos armados, resultando destruição de grande parte das suas infra-estruturas, sobretudo na cidade de Díli, originando também um elevado número de refugiados. Na sequência dos incidentes e pela falta de meios para repor a normalidade da lei e da ordem pública, as autoridades de Timor solicitaram ajuda da comunidade internacional, tendo o Estado Português correspondido de imediato ao pedido, enviando de novo uma força da GNR.

O Ministério de Administração Interna (MAI), em Maio de 2006, dando cumprimento à Resolução de Conselho de Ministros 68/2006, autoriza o Comandante da GNR a aprontar, sustentar e empregar um efectivo para a manutenção da ordem pública em Timor e para a formação e treino da Unidade de Intervenção Rápida da Polícia Nacional de Timor-Leste (PNTL).

A missão da United Nations Office in Timor (UNOTIL) constituída por um grupo de militares das Forças Armadas com funções de aconselhamento foi então substituída por uma força de militares da GNR, sob a designação de Subagrupamento Bravo, constituída essencialmente por uma componente policial de escalão de companhia (cerca de 130 militares), com a missão de repor a normalidade, integrando-se na UNMIT da qual faziam parte outros países (Austrália, Nova Zelândia e Malásia).

Os militares que constituíam a força da GNR foram integrados na missão da ONU, a UNMIT, inicialmente, ao abrigo do Acordo Bilateral, entre o Estado Português e o Estado de Timor-Leste. A missão inicia-se num contexto de quase guerra civil, com tumultos e pilhagens a acontecer por todo o território, o que exigiu uma intervenção militar e actuação musculada por parte das forças de segurança, para ser possível restabelecer a tranquilidade e ordem pública. Foram várias as operações policiais cumpridas pela GNR em Timor-Leste, merecendo o reconhecimento da elevada competência e eficácia revelada pelos militares no desempenho das complexas missões que lhe foram atribuídas.

Para além da manutenção e o restabelecimento da ordem pública e a formação e treino da PNTL, os militares da GNR foram envolvidos em missões e tarefas de policiamento, segurança física e protecção de instalações e pontos sensíveis, captura de indivíduos perigosos, fogo posto a habitações, ofensas à integridade física, posse de armas proibidas,

tentativas de homicídio, vandalismo, apedrejamento de pessoas, operações anti insurreição, operações de busca e salvamento, de investigação criminal e apoio humanitário, em conjunto com o INEM, em campos de deslocados e em aldeias com pessoas carenciadas.

A missão da GNR, objecto do presente estudo, decorreu de Junho a Novembro de 2011.

1.5.2. Missão do Exército (United Nations Interim Force in Libanon - UNIFIL).

Inicialmente a missão do Exército no Líbano (UNIFIL) foi criada pelo Conselho de Segurança em 1978 para confirmar a retirada israelita do Líbano, restaurar a paz e segurança e apoiar o Governo Libanês na restauração efectiva da autoridade na zona. Na sequência da crise de Julho e Agosto de 2006, o CSNU reforçou a força destacada e estendeu o mandato original a várias outras acções com a missão de monitorizar a cessação das hostilidades, acompanhar e apoiar as forças armadas libanesas no esforço de ocupação do sul do território, e ajudar no sentido de garantir o acesso da ajuda humanitária às populações civis e no regresso voluntário e seguro das populações deslocadas devido ao conflito.

Adicionalmente, e de acordo com a resolução 1701 do Conselho de Segurança, autoriza a UNIFIL a tomar as acções necessárias nas áreas de jurisdição das suas forças e de acordo com as suas capacidades, assegurando que nessa área de operações não sejam permitidas actividades hostis de qualquer tipo, sendo que para tal poderá usar a força nos termos do seu mandato.

Considerando que a escalada das hostilidades no Líbano e em Israel, provocou centenas de mortos e feridos, danos avultados em infra-estruturas civis e milhares de deslocados, levaram o CSNU a aprovar a resolução 1701 que apela ao fim das hostilidades. Nesta sequência, o Governo Português, após deliberação do Conselho Superior de Defesa Nacional determina a participação na UNIFIL.

Segundo o *site* do Exército Português, consultado em 21 de Junho de 2011 e a Directiva Operacional do CEMGFA (2006), o Governo Israelita e o Governo Libanês ratificaram a resolução 1701 de Agosto de 2006 do CSNU, aprovada por unanimidade. O texto daquela resolução previa um reforço da força da ONU presente no Líbano, a UNIFIL, que actuaria em conjunto com o Exército Libanês para o controlo da cessação de todos os actos hostis e, em paralelo, supervisionar a retirada das Forças de Defesa Israelitas (IDF). O mandato da força da ONU foi organizado ao abrigo do capítulo VI da CNU (resolução pacífica de conflitos).

Segundo o mandato, a UNIFIL foi autorizada a “tomar todas as medidas necessárias”, podendo recorrer ao uso da força para respeitar o mandato, ou seja, o restabelecimento no Sul do Líbano de uma zona tampão, de onde o Hezbollah e o Exército Israelita foram excluídos. As forças da ONU tinham ainda como missão apoiar o Exército Libanês na resolução da crise e no seu deslocamento para o Sul do país.

A missão da UNIFIL foi planeada em 5 fases. A fase 1, destinava-se ao reforço das capacidades militares existentes, mantendo especial atenção na segurança da área da retaguarda e das linhas de comunicações. A fase 2, destinava-se a facilitar a retirada das IDF das áreas ocupadas no Sul do Líbano, sendo as mesmas regiões ocupadas pelo Exército Libanês apoiado pela força de interposição. A fase 3, previa o controlo efectivo da área a sul do Líbano pelo Exército Libanês. A fase 4, orientou-se para a verificação e monitorização do cumprimento, pelas partes, do mandato das NU. E na fase 5, a transferência de responsabilidade operacional para o Exército e as autoridades Libanesas no Sul do Líbano.

No final de 2011 as três primeiras fases estavam concluídas e a 4ª fase estava a decorrer. O Mandato da ONU prevê que no final da 5ª fase termine a missão da UNIFIL, pois o Governo Libanês deverá estar apto a manter a segurança das suas fronteiras e pontos de entrada, de forma a prevenir a recorrência das hostilidades, criando as condições para uma paz duradoura.

De acordo com a Directiva Operacional do CEMGFA – Empenhamento Nacional, desde finais de 2006, a UNIFIL é constituída por uma Unidade de Engenharia de 141 militares, o seu aquartelamento esteve situado na localidade de Shama e encontrava-se sob o comando do comandante da força, de quem recebia as tarefas para cumprir a missão.

A UNIFIL teve como missões: executar construções horizontais e verticais em proveito das suas Unidades e apoio às populações locais, nomeadamente trabalhos de remodelação nas infra-estruturas do local de aquartelamento e no alargamento do novo Quartel-General da UNIFIL com a continuação da construção de plataformas, sistema de esgotos e iluminação, reparação e manutenção de itinerários, recuperação e reabilitação de edifícios públicos, abastecimento e purificação de água, fornecimento e distribuição de energia eléctrica e apoio a Organizações Internacionais de acordo com as suas capacidades.

As principais carências das populações, identificadas pelos militares no TO, estão relacionadas com as infra-estruturas (água, esgotos, estradas de acesso), apoio médico e sanitário (grande parte da população não tem acesso a cuidados de saúde), estruturas de apoio ao desenvolvimento (escolas, centros médicos, centros de ocupação).

A missão decorreu de Agosto de 2011 a Fevereiro de 2012 sem incidentes relevantes.

1.5.3. Missão do Exército (International Security Force in Kosovo - KFOR).

De acordo com a Directiva Operacional nº 10/CEMGFA/11 – Empenhamento Nacional da KFOR e Relatório de Fim de Missão (2011), em Fevereiro de 1999 iniciaram-se as conversações de Rambouillet (reunindo representantes dos Estados Unidos, Reino Unido, Alemanha, França, Itália e Rússia, do Governo de Belgrado e da comunidade albanesa do Kosovo, com a finalidade de definir o estatuto da província), que resultaram num fracasso, ao qual se seguiu, em finais de Março, uma fase de cerca de dois meses e meio de uma campanha aérea sobre o território jugoslavo, destinada a forçar o governo de Belgrado a aceitar o plano de paz proposto. Quatro meses depois, em Junho, alcançou-se finalmente o acordo de paz que determinou o fim da campanha aérea e a retirada das tropas sérvias.

O clima de instabilidade que se viveu na região dos Balcãs no final dos anos oitenta e início dos anos noventa, também se estendeu ao Kosovo. Em 1998, o movimento independentista do Exército de Libertação do Kosovo (UÇK) pretende atingir, através do potencial bélico, o objectivo estratégico da independência daquele território e a sua associação à Albânia. As tropas sérvias passaram à ofensiva com o objectivo de reprimir definitivamente o movimento independentista, conduzindo o Kosovo a uma situação de desastre humanitário. Na sequência destes acontecimentos é aprovada, em Junho de 1999, a Resolução 1244, do CSNU que, entre outras medidas, autoriza o envio para o Kosovo de uma força militar de segurança internacional da NATO, designada por Kosovo Force (KFOR), com a responsabilidade de estabelecer e manter a segurança no Kosovo. Foram assim criadas as condições para a NATO, agora mandatada pela ONU, intervir militarmente no Kosovo.

Foi a partir desta data que os militares portugueses iniciaram a sua missão no Kosovo, tendo sido atribuída a missão geral de estabelecer uma presença permanente em toda a “Área de Responsabilidade” (AOR)⁹. As missões específicas centravam-se no cumprimento do acordo de desmilitarização, missões de vigilância em zonas fronteiriças e participação em dispositivos *anti-sniper* (franco-atirador) em diversas localidades do Kosovo. Esta missão enquadrava-se numa operação de imposição de paz. Também foram desenvolvidas missões de engenharia e apoio sanitário em prol das populações.

Entre 2001 e 2004 esta missão foi suspensa (prioridade para Timor-Leste), sendo retomada em 2005 com a força a ter outras atribuições, competindo-lhe cumprir a missão de

⁹ “Area of Responsibility” (AOR) – Área geográfica, no interior da qual o comandante possui autoridade para planear, conduzir e coordenar operações e ainda, desenvolver e manter infraestruturas, conforme directivas.

Reserva Tática do Comandante da KFOR¹⁰, sendo sediada a partir de Pristina. A missão foi sendo ajustada, mantendo actualmente o conceito base de actuação. Em 2011 a KFOR tinha aproximadamente 16000 efectivos e a sua presença continuava a constituir um elemento fundamental para a manutenção da segurança e estabilidade no Kosovo, à medida que o processo de definição do futuro estatuto se desenvolvia.

Segundo a Directiva Operacional e o Relatório de Fim de Missão (2011), a Directiva do North Atlantic Council (NAC), aprovada em Janeiro de 2008, mandou a KFOR para apoiar o levantamento das Kosovo Security Forces (KSF) e, simultaneamente, a dissolução do Kosovo Protection Corps (KPC). Desactivado o KPC em Janeiro de 2009, as KSF foram formalmente activadas desde essa data, pelo que o apoio da NATO passou a ter enfoque no treino especializado, aconselhamento e mentoring das KSF.

De acordo com a Directiva Operacional (2011), Portugal assumiu durante um ano, de Setembro de 2010 a Setembro de 2011, o cargo de 2º Comandante da KFOR, mantendo a sua participação com um Batalhão (cerca de 290 militares), que constituiu o 1º escalão da Reserva Tática do Comandante da KFOR de um total de cerca de 6000 militares.

A FND no Kosovo integrou a Reserva Tática da KFOR, estando pronta para ser empregue em qualquer ponto do TO do Kosovo para contribuir para a estabilidade regional, com prioridade para a AOR da força multinacional na região norte. Neste âmbito, cumpriu missões de reforço ou substituição de outras unidades, em consequência dos incidentes originados pelo embargo das autoridades kosovares à importação de produtos sérvios e que levaram ao corte de estradas em alguns municípios na zona de Mitrovica.

O objectivo principal da NATO é manter a sua coesão e das nações contribuintes e a sua vontade para manter um ambiente confiante e seguro para toda a população do Kosovo, assim como ajudar na transição da presente estrutura militar para uma estrutura civil. A missão genérica da KFOR era de estabelecer uma presença permanente em toda a área de responsabilidade a fim de verificar e se necessário impor o acordo para a retirada das suas forças do Kosovo e o acordo de desmilitarização. Também cumpriu missões de vigilância em zonas fronteiriças e áreas sensíveis e participou em dispositivos anti sniper em diversas localidades, patrulhamento e acompanhamento de individualidades.

Na reunião de Ministros da Defesa da NATO em Junho de 2009, foi decidido que estavam reunidas as condições necessárias para a passagem gradual da KFOR para a *Fase de*

¹⁰ “Tactical Reserve” – Em termos de conceito geral de emprego da força, esta tem como objetivos a demonstração da intenção de uma resposta rápida no TO do Kosovo, alta visibilidade e demonstração da força e de ser claramente identificada a forte capacidade de intervenção rápida no interior do Kosovo.

Dissuasão, sendo que a transição para o NAC tem vindo a ser feita de forma progressiva. Nesta fase a KFOR vem assumindo uma postura operacional marcada por uma presença dissuasora, capaz de contribuir para a manutenção da ordem e da segurança. Nesta sequência, Portugal anunciou em finais de 2010 a redução do seu actual efectivo passando a contribuir com uma Companhia de Manobra e Elementos de Apoio, num total de cerca de 150 militares. Assim esta redução teve lugar na presente missão que ocorreu em Março e terminou em Setembro de 2011.

A FND ficou sedeadada no complexo de “Camp Slim Lines”, perto da cidade de Pristina e as principais dificuldades encontradas e referidas pelo comandante da força foram: barreira linguística, dificuldades iniciais de interacção com os hábitos e costumes locais, operar com equipamentos em condições climáticas adversas, e ameaça não claramente identificada.

1.5.4. Missão das Forças Armadas e GNR no Afeganistão (International Security Assistance Force – ISAF).

Após os atentados de 11 de Setembro de 2001 às torres gémeas em Nova Iorque, os EUA em coligação com a Grã-Bretanha, apoiando-se nas Resoluções 1368 e 1373, de Setembro de 2001 da ONU e nas forças que combatiam o regime taliban a partir do Norte do País, iniciaram a operação “*Enduring Freedom*”¹¹ para destruir as bases dos extremistas do Afeganistão. Esta operação culminou com a queda do regime taliban e a desorganização de santuários da *al-qaeda*.

Na sequência do acordo da Conferência de Bona de Dezembro de 2001, ficou estabelecido a criação de uma Autoridade Interina que preparasse uma Autoridade de Transição responsável pela gestão do País e preparar o processo eleitoral. Neste sentido o CSNU autorizou o envio de um contingente de militares para a capital, Kabul, no âmbito da Resolução 1386, de Dezembro de 2001, com a designação de ISAF, constituída por uma coligação, mandatada não só pela resolução referida, mas também por outras que se lhe seguiram (1413, 1444, 1510, 1563, 1623, 1659 e 1707).

A missão da ISAF consistiu em apoiar a manutenção da segurança em Kabul e áreas circundantes, com vista a permitir à administração interina afegã o estabelecimento de um governo representativo, multiétnico e estável no Afeganistão.

¹¹ Nome de código da Operação conduzida pela coligação liderada pelos EUA no Afeganistão, a partir de 07 de Outubro de 2001, como resposta militar aos ataques terroristas de 11 de Setembro de 2001. Os objetivos militares iniciais incluíram a destruição de campos de treino para terroristas e infra-estruturas do Afeganistão, a captura dos líderes da *al-qaeda*, e o fim das atividades terroristas no Afeganistão.

Portugal iniciou a sua participação na missão nesse mesmo ano com um destacamento sanitário conjunto integrando 3 militares. Em 2002, Portugal aumentou a sua participação através dum Destacamento Sanitário constituído por militares das Forças Armadas que integraram o Regimento Sanitário Britânico. A missão desta força foi de prestar apoio sanitário aos militares da ISAF a partir dos Centros de Saúde em Kabul ao nível dos cuidados de saúde (primeiros-socorros, triagem, reanimação e estabilização), mas também com meios adicionais de capacidade de trauma.

Desde meados de 2003, a ISAF passa a ser apoiada e liderada pela NATO e a ONU através da resolução 1510, que aprovou o alargamento do mandato da ISAF a todo o território afegão. A partir de 2005 e em conformidade com os compromissos internacionais assumidos, Portugal reforçou a sua participação exercendo responsabilidades ao nível do comando do aeroporto de Kabul e na missão de “*Quick Reaction Force*” (QRF)¹² reforçando a segurança na área do aeroporto. Para além da missão de manutenção da segurança ao aeroporto de Kabul e áreas circundantes, com o alargamento das missões da ISAF a outras regiões, os militares portugueses foram-se integrando em componentes militares alargando a sua actuação a outras missões, integrando equipas de ligação e reconstrução e mais recentemente em outras acções de apoio à instrução e monitorização nos Centros de Formação, o que aumentou o risco e as ameaças para a ISAF e também para os militares portugueses (EMGFA, 2011).

Em consonância com a reorientação de prioridades da NATO, o CSDN de Julho 2010 deu parecer favorável à reformulação da participação de Portugal no TO do Afeganistão, substituindo a capacidade interventiva e reforçando a capacidade preventiva e formativa. Assim, a participação portuguesa foi alterada em Outubro de 2010, passando o Contingente Nacional a constituir uma única FND, com comando próprio, integrando equipas de formadores/instrutores, equipas operacionais de monitorização e ligação, apoio e informações, num total de cerca de 190 militares, a maior parte Oficiais e Sargentos.

De acordo com a Directiva Operacional nº 001/CEMGFA/2011 – Contingente Nacional e Relatório de Fim de Missão (2011), a FND, constituiu-se numa força multidisciplinar com militares dos vários ramos das Forças Armadas, integrando militares da GNR, cuja missão foi essencialmente ligada à formação, treino e assessoria das “*Afghan National Security Forces*” (ANSF) e “*Afghan National Police*” (ANP), de acordo com os requisitos de treino e formação da missão da NATO.

¹² A Directiva 72/CEME/2005, atribui à força capacidades para conduzir tarefas e acções de ajuda humanitária, presença e segurança das populações, demonstração de força e acções de imposição de paz. As características deste tipo de operações, em especial a situação de confrontação civil tem-se mantido constante neste TO, pelo que sustentam a necessidade destas forças manterem capacidade para garantir o cumprimento das missões em situações de hostilidade.

Os militares ficaram instalados em Camp Warehouse, Aeroporto Internacional de Kabul e Wardak, nas novas instalações da escola de polícia afegã, sendo as actividades, essencialmente ligadas a tarefas de mentoria, desenvolvidas em grupos e equipas distribuídas por três áreas: Operational Mentoring and Liaison Team (OMLT); Grupo de instrutores/formadores; e Unidade de apoio, com as seguintes actividades:

- As OMLT destinaram-se a formar, treinar e assessorar Unidades do “*Afghan National Army*” (ANA), servindo como elo de ligação, orientação, comando e controlo entre a ISAF e o ANA, no apoio ao planeamento e emprego operacional, e na sustentabilidade administrativa-logística, assegurando o desenvolvimento e afirmação da ANA.

- O maior grupo de formadores (cerca de 50 militares, dos três ramos das Forças Armadas) teve como objectivo criar condições para a implementação da fase de Transição¹³, nos Centros de Formação destinados à preparação, treino e qualificação das ANSF onde se incluem, o ANA e a ANP, nomeadamente: “*Kabul Military Training Center*” (KMTC), para formação no âmbito da instrução militar básica; “*Combat Service Support School*” (CSS School), no âmbito da instrução militar do apoio de serviços de combate e da logística, ao nível táctico; e “*Kabul Air Corps Training Center*” (KACTC), para a formação da instrução militar complementar e das especialidades de apoio às operações da aviação do Exército.

- Uma Unidade de Apoio que tinha por missão garantir a gestão e controlo dos materiais, equipamentos e munições à disposição das forças no TO do Afeganistão, garantir o funcionamento, sustentação e protecção da própria força, e apoiar outros militares nacionais em missão neste TO, estacionados em Camp Warehouse, ou no aeroporto de Kaia.

No quadro dos compromissos assumidos por Portugal, o CSDN, em Dezembro de 2010, deu parecer favorável a uma proposta do Governo relativa às novas contribuições, no âmbito da NATO, de equipas de formadores das Forças Armadas e da GNR, para a formação e treino de Forças Armadas e Polícia do Afeganistão. Nesta conformidade, em 2011, foi reforçada a sua participação com instrutores para os Centros de Formação do ANA e ANP, em Wardak. No Afeganistão, pela primeira vez, sob a égide da NATO e de novo no âmbito da Força de Gendarmerie Europeia, a GNR participa pela primeira vez na missão da ISAF, no treino e reorganização da polícia Afegã.

Com este reforço, no treino e na formação das forças afegãs, Portugal contribui para o processo de passagem para a Fase de Transição, em que são transferidas as responsabilidades de segurança do país para as entidades afegãs.

¹³ A 4ª das 5 fases previstas no Plano de Operações da ISAF, a saber: Projecção; Expansão Geográfica; Estabilização (fase em curso); Transição; e finalmente, a Retração.

Vários analistas internacionais e comandantes militares, referem que tem sido difícil assegurar o crescimento e a manutenção das ANSF, para atingir os níveis desejados, não apenas devido ao elevado índice de deserções, mas também porque os baixos salários praticados nas ANSF condicionam o objectivo a longo prazo. Mais preocupante do que o ritmo de crescimento dos efectivos é a qualidade dos mesmos. Um relatório do Centro de Informações e Segurança Militar (CISMIL, 2011), cita um relatório independente do *Special-General for Afghanistan Reconstruction* referindo que ao fim de 5 anos de programas de treino, e depois de gastos 27 biliões de USD, apenas 23% dos efectivos da ANA e 12% dos efectivos da ANP são capazes de desempenhar eficazmente as suas tarefas sem a supervisão dos mentores internacionais.

Apesar dos ganhos alcançados até finais de 2011, continua a ser válida a avaliação que os resultados conseguidos são efémeros em relação às previsões de alcançar o Estado Final estabelecido como objectivo para a missão da NATO: ANSF capazes de garantirem de forma sustentada a segurança do País sem o apoio da ISAF.

O processo de transição iniciou-se de acordo com o Plano aprovado na Cimeira da NATO de Lisboa, em Setembro de 2011, e a Declaração Final quanto ao Afeganistão revelou que os parceiros estão disponíveis para continuar a apoiar o empenhamento militar da NATO no Afeganistão, assumindo o compromisso de suportar o processo de transição até 2014. No entanto, alguns países já refeririam que, após esta data, a presença internacional no Afeganistão continuará, embora desejavelmente não estruturada em forças de combate.

1.6. Avaliação de Risco/Ameaças¹⁴

O Ministro da Defesa Nacional, Dr. A. Vitorino, na abertura solene do Curso de Defesa Nacional (1999), afirmou que as ameaças por mais diluídas que se configurem, são “ameaças sem rosto”, cuja caracterização exige uma redobrada atenção e um espírito de alerta. Quando se fala de segurança e defesa, falamos sobre realidades e ameaças que nos fazem recordar quando em criança tínhamos medo de estar no escuro. O escuro não mete medo por ser escuro, mete medo porque dá liberdade à nossa imaginação, na configuração das ameaças e riscos que podem estar por detrás dessa escuridão e da natureza difusa e diluída das ameaças que os militares se confrontam. Trata-se de ameaças de natureza transnacional, que passam pelo crime organizado, pelos fundamentalismos e nacionalismos agressivos, que

¹⁴ Esta informação baseia-se em relatórios de situação e avaliação das ameaças e riscos para as FND do EMGFA/Centro de Operações Conjuntas/Centro de Informações e Segurança Militar, que mantém uma atualização e avaliação permanente das ameaças e riscos do TO, e relatórios de fim de missão dos comandantes das FND (2011).

passam pela existência de poderosas “máfias” ligadas ao tráfico de drogas, de armamento, materiais nucleares, que constituem um poderoso instrumento de ameaça à nossa segurança colectiva.

Apesar das lições aprendidas em mais de duas décadas na experiência da participação em OP, das melhorias significativas na preparação e treino e acompanhamento dos militares, os riscos e ameaças potenciais para as FND são reais e diferentes para cada TO, com as missões da ONU, de nível de ameaça e risco tendencialmente baixo (Líbano e Timor), e as missões da NATO envolvendo maior risco e ameaça com possibilidades reais de confronto com forças hostis (Kosovo e Afeganistão).

A análise da avaliação das ameaças e riscos para as FND é permanentemente efectuada pelo Centro de Informações e Segurança Militar (CISMIL) do Estado Maior General das Forças Armadas (EMGFA), pela que a análise sintética que se segue advém dessa pesquisa efectuada antes e durante a permanência das FND nos TO.

Em relação a Timor-Leste e à missão da UNMIT, identificam-se alguns interesses de agentes locais e de atores internacionais, a falta de coesão nas Forças Armadas e de Segurança, o isolamento das localidades, as disputas de direitos de propriedade, o desemprego e a escassez de alimentos poderão ser factores conducentes a uma possível ocorrência de tumultos cuja probabilidade será incrementada pelo fim do mandato da UNMIT. Assim, a Manutenção da Ordem Pública (MOP) tem sido conseguida sem incidentes de relevo, exceptuando os confrontos entre Grupos de Artes Marciais (GAM) que assumem por vezes dimensões difíceis de controlar levando a cabo acções de destruição significativas, alterando o nível de ameaça, tendencialmente baixa e pouco provável.

Relativamente ao Líbano e à missão da UNIFIL, a situação militar e de segurança manteve-se estável, com as LAF a garantirem a segurança em todo o território, apoiadas pela UNIFIL na sua zona de actuação. Continuavam, no entanto a considerar-se muito prováveis tentativas e/ou acções de agitação pública e de desobediência civil, com o objectivo de procurar romper a coesão das LAF, das Forças de Segurança Interna (ISF) libanesas, ou ainda, para desacreditar a UNIFIL, existindo a possibilidade genérica de realização de atentados terroristas por movimentos salafistas ligados à “Jihad Global”, quer contra a UNIFIL (aquartelamentos, pessoal, colunas de viaturas e meios aéreos), quer contra interesses ocidentais no Líbano. Embora a ameaça terrorista de grupos simpatizantes ou afiliados à *al-Qaeda* contra a UNIFIL não fosse iminente, ela existia, pois havia uma ameaça eventual da UNIFIL sofrer danos colaterais resultantes da reacção ao lançamento de rockets a partir do sul do Líbano contra território israelita.

A ameaça mais provável poderia surgir da presença de elementos extremistas, supostamente ligados à *al-qaeda* e *Hezbollah*, nos campos de refugiados palestinos situados no interior ou nas proximidades da área de operações da UNIFIL, supostamente com a intenção de executarem actos terroristas contra a força militar das NU, sob a forma de Engenheiros Explosivos (IED's) nas suas diferentes variantes, ou disparos de rockets.

Durante a actual missão da UNIFIL ocorreram poucos incidentes, no entanto é de destacar um incidente através de uma violenta explosão no Sul do Líbano, atingindo uma coluna militar da ONU, ferindo seis militares franceses. No entanto o estado geral de alerta era de nível baixo a moderado e o risco para a integridade física foi sempre de nível baixo, no entanto, o risco avaliado para o lançamento de rockets extremistas, minas e ameaça de engenhos explosivos, contra colunas militares, era médio.

Em relação ao Kosovo e à missão da KFOR, os grupos armados ilegais representavam ainda um dos maiores riscos para a segurança e uma ameaça a considerar. O relatório de fim de missão do Comandante da FND (2011), refere que o nível da ameaça para a missão da KFOR foi baixo, no entanto a situação geral manteve-se tensa e algo frágil, em especial no norte, em Mitrovica, onde continuavam a verificar-se confrontos entre grupos de Kosovares Albaneses (KoA) e KoS e incidentes contra a propriedade, com recurso a explosões de cocktails molotov e granadas de mão, mas também nos restantes enclaves KoS, com alguns incidentes a ocorrerem durante a missão.

As tensões em Pristina persistiram, com a existência de possíveis acções de grupos extremistas armados que podiam conduzir a uma deterioração da situação de segurança, existindo ainda o risco de uma possível infiltração de elementos do crime organizado na estrutura das KSF. A possível intensificação de manifestações populares nas áreas de maioria étnica KoS poderia levar a um aumento significativo da actividade das forças de manutenção da ordem e, consequentemente, à possibilidade de emprego da KFOR e da FND portuguesa em missões de controlo de tumultos.

Durante a missão da KFOR, ocorreram incidentes violentos ao longo da fronteira do Kosovo com a Sérvia, com um ataque com engenhos explosivos contra um posto de controlo, revelando um aumento de tensões na região. O incidente mais grave ocorreu a norte de Pristina, junto ao posto fronteiriço, quando os militares da KFOR tentaram desbloquear um corte na estrada com manifestantes sérvios a tentarem impedir. Dos confrontos, cerca de 20 militares da força da NATO ficaram feridos, recebendo tratamento hospitalar, incluindo militares portugueses. Durante os confrontos foram disparados tiros de aviso para dispersar o ajuntamento de populares que se opuseram à operação militar.

No que concerne à missão no Afeganistão, apesar dos esforços desenvolvidos, pelas várias forças de segurança Afegãs e pela ISAF, o ambiente de conflitualidade que se verificava, em 2011, não só não diminuiu, como aumentou para valores nunca antes atingidos, sobretudo no Leste e no Sul do Afeganistão. A autoridade do governo continuava muito confinada a Kabul, pois a Capital é percebida pelos grupos insurgentes como um objectivo estratégico por excelência, principalmente por ser ponto de confluência dos “média” internacionais e, assim, ser o “palco” preferencial para a transmissão de mensagens à Comunidade Internacional (CI), criando instabilidade através de ataques diversos.

Os principais grupos de insurgência activos dispõem de variadas estruturas de apoio na área de Kabul. Em 2011 as ANSF e a ISAF desmantelaram vários planos para execução de ataques complexos na capital. O sucesso deve-se essencialmente à melhoria da capacidade das ANSF, na província de Kabul e à melhor coordenação entre ANSF e ISAF.

O principal objectivo da insurgência é a manutenção da instabilidade social, ruptura da capacidade para garantir a segurança e administrar o país a partir da capital e, mais genericamente, dificultar o sucesso dos programas que a CI vem desenvolvendo. Destaca-se neste contexto o recurso privilegiado às acções de tipo suicida, através da utilização de viaturas e pessoas com engenhos explosivos, e tiros de armas ligeiras de curto e médio alcance, são as tipologias mais frequentes da violência praticada pelos insurgentes, constituindo o *modus operandi*, por excelência, dos ataques na região de Kabul. Portanto, a capital Afegã é um palco privilegiado para actuação da propaganda insurgente, susceptível de promover sinergias para a cooperação entre os vários grupos e facções.

A actividade dos insurgentes, em 2011, foi superior à registada em 2010, aumentando o número de ataques contra as forças da ISAF e as ANSF, o que fez subir significativamente as baixas mortais de militares da ISAF, em relação ao ano anterior. Uma percentagem importante da população afegã continua a considerar que a ISAF é responsável pela maioria das mortes de civis, pelo que as forças militares internacionais são alvos legítimos.

Os militares da FND estiveram sedeados em Kabul, Camp Warehouse e Wardak onde desenvolveram as suas actividades dentro de instalações com um certo grau de protecção. Existiu uma ameaça geral, latente, contra qualquer membro da CI, de raptos e atentados e contra os militares que estavam diariamente expostos às actividades terroristas, através de ataques suicidas e ameaças à sua integridade física, especialmente durante o deslocamento de colunas militares entre aquartelamentos e locais onde desenvolvem as suas actividades. Por outro lado, a falta de coesão e a permeabilidade à infiltração de elementos da insurgência nas fileiras das ANSF, aliada a indicadores de corrupção e de lealdades suspeitas, em particular

nas estruturas de comando, colocaram preocupações acrescidas aos militares pela exposição em que se encontraram nas várias funções que desempenharam.

O risco foi considerado médio quando as actividades se desenvolveram nos Centros de Formação e alto por altura dos movimentos em viatura que foram necessários efectuar. O maior risco envolveu a equipa da GNR em Wardak, a cerca de 80 Km de Kabul, no Centro de Formação Nacional da Policia Afegã (o mais importante Centro de Formação para policias afegãos). Entre Abril e Junho de 2011, estiveram diariamente debaixo de fogo de rockets e granadas de morteiro que atingiram o aquartelamento e o Centro de formação, matando vários instrutores e tornando a situação crítica para o Comandante e os 15 militares da GNR.

Os ataques mais prováveis estavam relacionados com armas de fogo indirecto (rockets e morteiros), contra instalações do Governo Afegão, CI e ISAF, contra aeronaves a baixa altitude ou em procedimentos de descolagem ou aterragem junto ao aeroporto de Kaia, em Kabul, com o recurso a ataques suicidas e à colocação de engenhos explosivos de diferentes tipologias, e à mais recente tipologia de ataques “*green on blue*”¹⁵. A ameaça de ataques através de bombistas suicidas, engenhos explosivos, rockets, sejam na sua forma mais elementar ou em ataques de complexidade variável ou combinados, foi avaliada como média e elevada, tanto para a cidade de Kabul como para os restantes distritos da região da Capital. A ameaça na região de Kabul e em Wardak registou grande instabilidade entre Maio e Setembro de 2011, obrigando a frequentes alterações do estado de segurança.

Durante a missão da ISAF, decorreram vários incidentes dos quais se destacam um incidente logo nas primeiras semanas após a chegada ao TO, com um atentado bombista suicida a fazer explodir um carro armadilhado próximo de uma coluna militar da NATO, em Kabul, resultando várias mortes entre os quais 9 militares americanos. Também uma outra explosão atingiu um carro blindado, confirmando-se a morte de 6 militares britânicos. Outros atentados ocorreram, porém sem a mesma gravidade para as forças da NATO.

Em síntese: em Timor, a probabilidade de risco foi considerada baixa com incidentes esporádicos com os GAM. No Líbano, a probabilidade de risco foi baixa, ocorrendo esporadicamente alguns incidentes contra viaturas que efectuavam patrulhamento no Sul do Líbano. No Kosovo, a probabilidade de risco foi baixa a média e as ameaças estavam relacionadas com os confrontos com a população nas proximidades dos postos de controlo e no bloqueamento de estradas. No Afeganistão a avaliação geral de risco foi média e a ameaça

¹⁵ “*green on blue*” - novo método de atuação em que membros do Exército Afegão em plena ação de formação dispararam contra os formadores, militares da NATO. Durante o ano de 2009, surge nos Centros de Treino das Forças Afegãs este novo tipo de ameaça, com cerca de 10 mortes para as forças da ISAF. Estes ataques aumentaram em 2010 para 20 mortes, em 2011 para 36, e em meados de 2012 já havia 55 mortes.

com probabilidade de média e alta, principalmente na região de Kabul e capital, devido à concentração de alvos importantes (principais organizações internacionais) e com potencial impacto junto dos “*média*”, estando relacionadas com ataques suicidas em viatura recorrendo a engenhos explosivos, com armas de fogo de curto e médio alcance e mais recentemente com ataques “*green on blue*” nos Centros de Formação (ver Tabela 1).

Tabela 1

Síntese de Avaliação das Principais Ameaças e Riscos para as FND's

<i>Ameaças/riscos</i>	<i>UNIFIL</i>			<i>UNMIT</i>			<i>KFOR</i>			<i>ISAF</i>		
	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Alta	Baixa	Média	Alta
Engenhos explosivos (IED's)												
Ataques suicidas												
Ataques com armas de fogo												
Ataques “ <i>green on blue</i> ”												
Grupos armados ligados ao crime												
“ <i>Block roads</i> ”												
Grupos Artes Marciais (GAM)												

Nota. UNIFIL=Líbano; UNMIT=Timor; KFOR=Kosovo; ISAF=Afganistão. Principais ameaças e riscos do TO para as FND, de acordo com o nível de probabilidade: baixo, médio e alto (EMGFA-CISMIL, 2011).

Ao longo desta primeira parte da investigação abordámos os principais conceitos relacionados com as Operações de Paz Internacionais e o seu enquadramento legitimado pela ONU e pela NATO. Seguidamente analisámos a participação portuguesa nas missões de paz, desde a década de noventa, e caracterizámos o tipo de missões em que os militares objecto do estudo estiveram envolvidos, quer no âmbito da ONU (UNMIT e UNIFIL) ou da NATO (KFOR e ISAF) e a avaliação das ameaças e riscos para as FND, que são diferentes e estão relacionadas com a complexidade de cada um dos TO.

Os militares são colocados diariamente perante situações novas e desconhecidas, com elevados níveis de incerteza, situações que provocam um impacto psicológico significativo em cada um e sobretudo no grupo, com consequências nas actividades e na missão. Como refere Filjak (1998), este impacto resulta de não haver um inimigo claro, predominando um ambiente de conflitualidade elevado, com facções fanáticas e radicais, o que exige dos militares a capacidade de suportar várias adversidades e riscos inerentes à especificidade de cada TO.

Seguidamente iremos analisar e aprofundar o estudo da PSPT e conceitos interligados, comorbidade associada e algumas variáveis relacionadas, nomeadamente a auto-estima, o coping e o suporte social, bem como alguns resultados de estudos relevantes nestas áreas.

PARTE II
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 2: A Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT) e Variáveis Associadas

2. Introdução

As perturbações psicológicas e por conseguinte os problemas de saúde mental dos seres humanos e em particular dos militares participantes em OP internacionais não podem ser compreendidas sem ter em consideração o conjunto de experiências vividas. Sabe-se que a exposição repetida a experiências de stresse ou a vivência de experiências ou acontecimentos traumáticos podem pôr em causa o equilíbrio físico ou psicológico das pessoas envolvidas.

Ainda que a palavra “trauma” evoque principalmente a exposição a situações especialmente violentas e graves, para além de experiências únicas e isoladas, a exposição repetida e cumulativa a experiências adversas está associada a risco elevado de perturbação física e psicológica.

O desenvolvimento da perturbação está dependente de muitos e variados factores, sendo determinantes, a exposição ao acontecimento, as vulnerabilidades individuais, psicopatologia prévia, factores de risco, factores protectores, a resiliência e as variáveis psicossociais, como a auto-estima, as estratégias de *coping* e o suporte social, que podem funcionar como mediadores e amortecedores da perturbação.

Neste capítulo iremos efectuar uma abordagem do conceito de trauma (do ponto de vista psicológico) e evolução do conceito da PSPT, sendo descritos os principais sintomas da perturbação, mas também as características e consequências da exposição ao acontecimento traumático, quer a curto, quer a longo prazo, com alguns estudos e investigações realizados em militares expostos a situações potencialmente traumáticas, bem como a evidência da elevada comorbilidade da PSPT com outras patologias de desajustamento emocional.

Referimos também alguns factores de risco e factores protectores e variáveis psicossociais significativamente relacionados com a PSPT, como a auto-estima, as estratégias de *coping* e o apoio social, terminando este capítulo com uma abordagem da psicologia positiva e a relação com o crescimento pós-traumático.

2.1. Trauma e Evolução do Conceito de PSPT

Para compreendermos a PSPT temos que recorrer ao conceito de trauma. Jaycox e Foa (1998); McNally, Bryant e Ehlers (2003); e Resick (2000) definem trauma como sendo uma resposta normal, de indivíduos normais, face a situações anormais.

O termo trauma provém do étimo grego que significa “ferida, choque contra o sistema”, diminuindo o equilíbrio da pessoa, deixando-a em sofrimento, ou seja, quando uma pessoa experimenta de forma coerciva um evento inesperado ocorre um trauma psicológico ou emocional (Everstine & Everstine, 1993).

Waites (1993) refere-se ao conceito de trauma como uma ferida infligida contra a mente ou o corpo que exige uma reparação estrutural, acrescentando que os eventos traumáticos são incidentes que aniquilam os mecanismos habituais de adaptação e colocam em perigo ou ameaçam o indivíduo. O trauma pode ainda ser definido como “qualquer experiência dolorosa que causa dano grave e duradouro ao próprio ou à personalidade” (Chaplin, 1981, p. 601), ou “resultado de um acontecimento doloroso, físico ou mental, causando imediatamente dano ao corpo ou choque à mente” (Corsini, 1999, p. 1019).

Em síntese, nestas definições observa-se que o trauma é uma ferida emocional e uma experiência dolorosa que produz um dano e alterações estruturais, psicológicas e emocionais, com consequências nos mecanismos habituais de adaptação de cada pessoa.

A Associação Americana de Psiquiatria (APA), através do DSM-IV (2002), define trauma como “ (...) a experiência pessoal directa com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva a morte, ferimento 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” (p. 463).

Peres, Mercante, Naselo (2005), afirmam que o trauma psíquico se caracteriza por um afluxo de excitações que se tornam excessivas em relação à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e de elaborar tais excitações. E acrescenta que a forma como as pessoas processam perceptualmente o evento potencialmente traumático, após a sua ocorrência, é um factor determinante para que o trauma seja ou não configurado.

Guerreiro, Brito, Batista e Galvão (2007, p.350), definem um evento traumático como: “uma situação que envolve experiências de morte, perigo de morte, lesão significativa ou risco para a integridade do próprio ou dos outros em que a resposta do indivíduo envolveu medo intenso, horror ou sensação de impotência”. E acrescentam que o trauma psicológico se refere ao impacto crítico e extremo de um stressor no funcionamento psicológico ou biológico de uma pessoa.

Nestas definições foi ainda incluída a resposta da pessoa ao acontecimento, assumindo que uma experiência só deverá ser considerada traumática quando a resposta do sujeito envolver um medo intenso, sentimento de incapacidade de ter ajuda ou horror. Ou seja, o

trauma psicológico é definido como um evento que resulta de uma experiência única podendo esta subjectividade ser dolorosa, chocante, perturbadora, e muitas vezes ter consequências físicas e psicológicas.

Em contexto militar, destacamos os primeiros estudos na área do trauma efectuados por Foy, Resnik, Sippelle e Carroll (1987) e Keane, Caddell Taylor (1988) com combatentes da guerra do Vietname que procuram estudar a prevalência e factores de risco no desenvolvimento da PSPT. Os autores encontraram a ocorrência de uma associação positiva entre o grau da exposição e a gravidade dos sintomas, e os factores de maior risco a estarem relacionados com o envolvimento em mortes de civis e a exposição a cenários de atrocidades.

Quando uma pessoa é confrontada com um acontecimento potencialmente traumático, responde de uma forma condicionada pelas suas aprendizagens, personalidade, contexto e características da própria situação. Estes factos conferem a este fenómeno a subjectividade que se torna única de pessoa para pessoa. Aquilo que pode ser traumático para uma pessoa, pode não ser para outra e mesmo sendo traumático para ambas, irão reagir de forma diferente, constatando-se que existem outras variáveis individuais e de grupo ou contexto, especialmente questões de vulnerabilidades e factores de risco, e de resiliência e factores protectores que podem ser determinantes para o desenvolvimento da PSPT.

Segundo MacFarlane e Girolamo (1996), um acontecimento potencialmente traumático é caracterizado pelo seu aparecimento repentino/inesperado, causando um impacto extremo e provocado por uma causa externa. A exposição ao acontecimento, seja de longa ou curta duração, mas intenso, normalmente, envolve incerteza e desespero, alterando a sensação de segurança, como acontece em situações de combate. Alguns autores (Van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996) referem o conceito de trauma complexo, para descreverem aqueles eventos traumáticos cuja exposição é múltipla, crónica e prolongada.

Para além dos acontecimentos vividos na primeira pessoa, podem constituir experiências traumáticas a observação de ferimentos graves ou morte não natural de outras pessoas em situações como assaltos, acidentes, desastres ou guerra; ou ainda ser confrontado inesperadamente com um cadáver ou uma parte de um corpo. Incluem-se situações das quais se pode ter conhecimento através de outra pessoa, nomeadamente sobre acontecimentos pessoais violentos, acidentes ou ferimentos graves que aconteceram a pessoas de família ou amigos íntimos, morte súbita e inesperada de familiares ou amigos próximos, ou ainda ter conhecimento de uma doença ameaçadora da vida de um filho (DSM-IV, 2002).

Os estudos mostram que a maioria das pessoas já experimentou pelo menos um acontecimento traumático ao longo da sua vida. Albuquerque et al. (2003); Kessler et al.

(1995) e Norris (1992) encontram uma elevada taxa de exposição, verificando que 60% a 75% de pessoas se confrontam ao longo da vida com experiências que pelas suas características se podem definir como traumáticas, sendo que 29,3% assistiram a morte violenta de familiares ou amigos, 22,2% testemunharam acidente grave ou morte e 7,4% foram expostos a situações de guerra.

A investigação tem-se preocupado sobre o impacto dos acontecimentos traumáticos na saúde das pessoas, particularmente os acidentes de viação, desastres naturais, ataques terroristas, violação e diversas situações de guerra, em profissões específicas e mais expostas (bombeiros, polícias, emergência médica, militares) pela exposição repetida a esses acontecimentos. Quer do ponto de vista da saúde física, quer psicológica, o bem-estar das pessoas que se confrontam com situações potencialmente traumáticas pode ser posto em causa, ameaçando o equilíbrio físico ou psicológico de qualquer ser humano, ou seja, o trauma ocorre com frequência quando as defesas psicológicas naturais são ultrapassadas.

Segundo vários autores (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003; Vaz Serra, 2003), a ocorrência de uma situação traumática traduz-se numa situação fora do comum, dramática, aterradora, desagradável, e profundamente perturbadora para a integridade do ser humano, constituindo uma experiência muito stressante, que afecta o funcionamento psicológico, fisiológico, interpessoal e económico dos sujeitos e suas famílias. No entanto, em determinadas circunstâncias, a situação, ainda que violenta, pode ser ultrapassada sem consequências significativas, não chegando sequer, a ser experienciada como traumática.

As experiências ou acontecimentos potencialmente traumáticos incluem situações de diversa natureza, que vão desde desastres naturais (sismos, inundações, desabamentos, tornados) e acidentes tecnológicos (explosões, desastres industriais), que normalmente afectam um grupo ou comunidade, até experiências pessoais, como acidentes de viação, assaltos, raptos, violência física e sexual, doença grave ou morte, ser confrontado com a morte ou doença grave de familiar ou amigo, etc., ou situações de guerra e combate.

De acordo com Vaz Serra (2003), os diversos tipos de acontecimentos traumáticos podem ter origens diversas, no entanto distinguem-se dos restantes acontecimentos pela sua gravidade e ameaça que representam para a vida ou segurança da pessoa, de natureza excepcional ameaçadora e catastrófica; o acontecimento pode ser perturbador não só para a vítima como igualmente para qualquer indivíduo que testemunhe a ocorrência; a pessoa sente que não tem aptidões nem recursos pessoais e/ou sociais que lhe permitam lidar com as exigências criadas pela situação e desenvolve a percepção de não ter controlo sobre a ocorrência; altera a experiência emocional, cognitiva e o comportamento de qualquer pessoa;

leva a questionar os pressupostos básicos que organizam a experiência e a condição humana, o relacionamento com os outros e com o mundo em geral.

Ao nível do impacto psicológico associado aos acontecimentos traumáticos, a investigação tem demonstrado que alguns eventos como a guerra (existe intenção humana) geram mais problemas psicológicos a longo prazo quando comparados com situações traumáticas que atingem comunidades inteiras como as catástrofes naturais (não existe intenção humana), que provocam menos problemas crónicos (Riggs & Foa, 2004).

Para além das experiências pessoais, algumas profissões, como os militares envolvidos em missões de paz internacionais, implicam exposição repetida a situações de ameaça e risco potencialmente traumáticas. Ainda que os militares das Forças Armadas e da GNR sejam voluntários, seleccionados e preparados especificamente para estas situações, podem sofrer também as consequências dos efeitos adversos destas experiências.

As reacções psicológicas a um acontecimento traumático têm sido reconhecidas desde finais do século XIX, mas foi especialmente com as guerras que o conceito de PSPT mais evoluiu, pois historicamente, o trauma etiológico masculino está mais relacionado com as experiências de combate.

Em 1871, Jacob Mendes Da Costa, um médico de origem açoriana, num artigo publicado no "American Journal of Medical Sciences", intitulado "*Irritable heart syndrom*", refere que os soldados que regressavam da linha da frente de combate da Guerra Civil Americana apresentavam distúrbios de ansiedade em consequência de factores de stresse muito intensos durante os combates. Os sintomas observados incluíam distúrbios do funcionamento cardíaco ao nível do sistema nervoso autónomo (palpitações, tremores, respiração dispneia, fadiga), descritos numa síndrome semelhante à PSPT "*síndrome de coração irritável*" (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003).

Mais tarde, durante a Primeira Guerra Mundial (I GM), outros médicos vieram a encontrar sintomas idênticos em veteranos de guerra (neurose cardíaca, coração irritável, fobia cardíaca, coração de soldado), uma síndrome que designaram por "*schell shock*", "*choque de abrigo*", ou síndrome da "*astenia neurocirculatória*", colocando a hipótese de ser devido a traumas cerebrais e a um conjunto de reacções psicológicas que eram atribuídas aos efeitos do rebentamento de bombas (explosões), (Sadock, 2003 & Vaz Serra, 2003).

A Segunda Guerra Mundial (II GM) veio trazer novos dados sobre as reacções aos acontecimentos de guerra. Van der Kolk, Weisaeth e van der Hart (1996), referem a contribuição de Abram Kardiner, quando em 1941 apresenta a publicação sobre "As Neuroses Traumáticas de Guerra", sendo uma referência para o desenvolvimento do conceito de PSPT,

pois identifica, pela primeira vez, que os pacientes que participaram na guerra sofriam de neuroses traumáticas, ou seja, desenvolviam sintomas de uma permanente hipervigilância e sensibilidade quando enfrentavam ameaças ambientais.

Também na II GM, em veteranos dos EUA e do Reino Unido, foram descritos vários sintomas semelhantes à PSPT (ansiedade, isolamento, perturbações de sono, agressividade, respostas exageradas, comportamentos de adição), tendo tido várias designações: “*fadiga de combate*”, “*neurose de guerra*”, ou “*reação de stresse ao combate*” (Nutt, Davidson, Zohar, 2000; Vaz Serra, 2003 & Sadock, 2003).

Em 1952, surge o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I), American Psychiatric Association (APA), onde constava a categoria de “*reação ao stresse excessivo*”, como resposta a um trauma grave. Na DSM-II, em 1968, o termo foi excluído, permanecendo a designação de “*reações de ajustamento ou de adaptação*” (Vaz Serra, 2003). Ou seja, um quadro de perturbação situacional e transitório.

Outras guerras se seguiram como a Guerra da Coreia, mas foi sobretudo a Guerra do Vietname, onde se estima que tenham sido mobilizados mais de três milhões de combatentes, dos quais entre 300.000 a 700.000 ficaram afectados pela PSPT, e pela dimensão das suas consequências, veio a contribuir decisivamente para aumentar a sensibilidade da sociedade e do mundo científico para as questões relacionadas com a PSPT.

Em 1974, nos Estados Unidos da América (EUA), um Grupo de Trabalho de Veteranos do Vietname, apoiado, entre outras organizações americanas, pelo Conselho Nacional das Igrejas, força o comité de nomenclatura para a criação da DSM III da APA a reconhecer, em 1978, a Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT), à época, um diagnóstico por “consenso” e não por “validade empírica” (Nutt, Davidson & Zohar, 2000).

Assim, em 1980, surge pela primeira vez, na DSM-III, a categoria de diagnóstico “Post-Traumatic Stress Disorder”, classificada como uma perturbação de ansiedade, e definindo-se que a principal característica era o desenvolvimento de sintomas típicos, na maioria das pessoas, após terem sido expostas a uma situação considerada psicologicamente traumática. A PSPT passou a representar uma “resposta normal a um trauma catastrófico”.

Em 1987, na revisão da DSM-III-R, foi acrescentado que as situações traumáticas vão para além da experiência normal humana, como o luto, doença crónica, perdas financeiras ou conflito conjugal. No entanto os estudos epidemiológicos posteriores não confirmaram esta linha de pensamento, pois observaram uma prevalência baixa de PSPT entre as pessoas expostas a estes eventos (Yehuda & Flory, 2007).

A DSM-IV, em 1994, acrescenta um critério (subjectivo) à definição anterior que a situação traumática evoca “medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror” e numa revisão da DSM-IV-R, em 2002, contempla outras situações traumáticas como “observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça à integridade física de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca da morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo” (DSM-IV-TR, 2002).

Também em 1992, a Organização Mundial de Saúde [OMS], através da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, Décima Edição (CID-10), passou a incluir e reconhecer a PSPT como doença psiquiátrica.

Segundo a CID-10 (WHO, 1993), factores predisponentes, tais como traços de personalidade (e.g., compulsivos, asténicos) ou história prévia de doença neurótica, podem baixar o limiar para o desenvolvimento da síndrome ou agravar o seu curso, mas não são necessários nem suficientes para explicar a sua ocorrência.

A PSPT é uma das poucas perturbações psiquiátricas em que se estabelece um critério etiológico, ou seja uma relação linear (nexo de causalidade) entre a exposição à experiência ou acontecimento traumático e o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, ao nível da PSPT, que inclui alterações em três áreas ou categorias: reexperienciação do acontecimento, evitamento dos estímulos relacionados com o acontecimento e embotamento afectivo, e sintomas de activação (APA, 2002).

Considerando o grande progresso nos estudos sobre o trauma psicológico, a validade dos critérios diagnósticos da PSPT tem sido cada vez mais discutida, especialmente no que se refere ao conceito do que é realmente trauma (Brewin, Lanius, Novac, Schnyder & Galea, 2009; Weathers & Keane, 2007).

Este avanço da pesquisa científica e experiência da prática clínica levou à quinta revisão da DSM (DSM-V), publicada em Maio de 2013, que inclui alterações aos critérios de diagnóstico de PSPT. Às três dimensões para o diagnóstico de PSPT (intrusão, evitamento e hiperexcitabilidade) juntou-se uma outra área de sintomas de humor negativo e cognições. O critério A2, muito criticado pela sua subjectividade (a resposta da pessoa envolvendo medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror) foi retirado.

Estas alterações implicam a revisão de novos instrumentos de avaliação da PSPT, tendo em conta as 4 áreas agora previstas na DSM-V. Por outro lado encontra-se em revisão a CID-10 que irá configurar a nova CID-11 nos próximos anos (Miller, Wolf, Kilpatrick, Resnick & Marx, 2012). A DSM-V não pode ser utilizada no presente estudo, em virtude dos dados terem sido recolhidos em 2011.

2.2. Critérios de Diagnóstico

A definição original de PSPT para além da exposição ao acontecimento traumático, para se efectuar o diagnóstico, requeria apenas um sintoma de reexperienciação, dois sintomas de embotamento emocional e um sintoma de uma lista de sintomas inespecíficos, sem critérios de duração, e restringia os acontecimentos traumáticos a abuso sexual, assaltos, desastres naturais e guerras (Schestatsky, Shansis, Ceitin, Abreu & Hauck, 2003).

Na DSM-III-R (1987) foram introduzidas algumas alterações: a situação traumática foi definida como um acontecimento fora do âmbito da experiência humana normal e os três grupos de critérios tornaram-se mais claros (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003). Na revisão apresentada pela DSM-IV (1994), novas alterações foram efectuadas, nomeadamente o carácter raro da experiência foi excluído, e passou a ser incluído que para além da exposição ao acontecimento traumático a resposta da pessoa devia envolver medo, impotência ou horror.

Segundo Schestatsky et al. (2003), a maior modificação na DSM-IV está relacionada com a definição de trauma. Enquanto a DSM-III-R enfatiza que o trauma é uma experiência fora da normalidade, um grande número de evidências sugeria que os desencadeantes típicos da PSPT eram eventos relativamente comuns na vida das pessoas. Nesta edição passaram também a figurar nos acontecimentos traumáticos as “situações em que a pessoa toma conhecimento da morte violenta de um familiar ou inesperada de alguém, ou da ameaça de morte vivida por um familiar ou amigo íntimo” (Vaz Serra, 2003, p. 72).

Surge também pela primeira vez os critérios para a designação de Perturbação Aguda de Stresse (PAS) para as manifestações clínicas, que ocorrem em muitos indivíduos logo após um acontecimento traumático, com duração inferior a um mês, mas que alguns autores referem que os sintomas podem manter-se até 3 meses (Schestatsky et al., 2003).

Segundo a DSM-IV-TR (2002), a PSPT é uma doença psiquiátrica, que se caracteriza pelo desenvolvimento de um conjunto de sintomas específicos após a ocorrência de um acontecimento traumático, envolvendo a participação directa ou indirecta da pessoa. As características essenciais da PSPT são o desenvolvimento de sintomas característicos a seguir à exposição a um acontecimento traumático extremo, implicando uma “(...) experiência pessoal directa com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva a morte, ferimento 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” (p. 463).

Considerámos até agora a experiência mas, segundo a DSM, a reacção da pessoa é parte integrante da definição de trauma, ou seja, só quando a pessoa reage com medo intenso, sentimento de incapacidade de ter ajuda ou horror, se poderá falar de trauma. Isto significa que a avaliação imediata e a percepção que os indivíduos têm das suas experiências são importantes, pelo que uma mesma experiência ou situação (por exemplo um acidente) pode ser uma experiência traumática para uma das pessoas envolvidas, mas não para outra, uma vez que uma pode perceber a sua vida como estando em perigo, enquanto a outra não, tornando este critério de tal forma subjectivo, que levou a ser retirado da DSM-V.

Ainda que actualmente se assista a algum questionamento sobre a pertinência de a reacção da pessoa fazer parte dos critérios de definição de experiência traumática, os estudos revelam que os indivíduos expostos a situações traumáticas que relatam horror e medo intenso têm uma probabilidade aumentada de exibir perturbação psicológica posterior, nomeadamente a PSPT (Adler, Wright, Bliese, Eckford & Hoge, 2008; Kilpatrick, Resnick & Acierno, 2009).

A questão mais pertinente é: como avaliar se a pessoa manifestou estes sentimentos de horror, medo intenso e falta de ajuda, no momento imediatamente a seguir ao acontecimento (Critério A2, excluído da DSM-V), ou seja, a resposta ao Incidente Crítico (IC).

A nossa experiência com o trabalho desenvolvido com antigos combatentes da guerra do Ultramar, na avaliação de peritagem e relatório médico e psicológico para a elaboração do Relatório Médico (Modelo 2) para os ex-militares portugueses portadores de perturbação de pós-stresse traumático, para o reconhecimento do dano causado, e na intervenção e acompanhamento clínico, cerca de 40 anos depois da experiência com o acontecimento traumático, revela-nos a dificuldade de compreender não apenas o nexo de causalidade, mas os sentimentos subjectivos revelados no momento da reacção ao acontecimento. Os combatentes que estavam isolados sem apoio directo possivelmente sentiram o impacto mais forte em relação ao medo e ao desamparo na falta de ajuda. E mesmo neste caso em que se sentiram isolados e sem apoio imediato, aqueles que tiveram sucesso na reacção ao acontecimento, não poderão ter ficado mais resilientes? Estas reflexões decorrem das observações de comportamentos e reacções do presente, depois de toda uma vida “normal” de 30 ou 40 anos, depois da guerra.

A supressão do critério A2 da DSM-V parece reflectir a dificuldade de, numa perícia médico-legal, apurar os sentimentos experimentados no momento do evento, quando já passaram tantos anos (como é o caso dos combatentes da Guerra do Ultramar). Por outro lado é razoável admitir que uma pessoa desenvolva sintomas de PSPT sem mentalizar de modo consciente os sentimentos de medo intenso, falta de ajuda ou de horror.

Observa-se que os combatentes avaliados raramente exprimem esses sentimentos de um modo espontâneo. Quando indagados directamente, admitem com maior prevalência o sentimento de horror, seguido do desamparo e por último referem o medo. Exprimem com frequência a raiva, como forma de mobilização para a acção. Esta relativa ausência de sentimentos claramente expressos reforça a impressão clínica (que se infere) de que a reacção que provavelmente ocorreu foi de embotamento e/ou dissociação. E neste sentido parece-nos adequado a supressão do critério A2 da DSM-V, bem como a inclusão de uma nova categoria de sintomas dissociativos.

A DSM-IV-TR (2002) apresenta como acontecimentos traumáticos directos: combates em guerra, assaltos pessoais violentos (ataque sexual, ataque físico, roubo, estrangulamento), ser raptado, ser feito refém, ataque terrorista, tortura, ser prisioneiro de guerra num campo de concentração, desastres naturais ou provocados pelo homem, acidentes graves de automóvel ou diagnóstico de doença ameaçadora. Entre os acontecimentos indirectos, encontram-se tanto aqueles que são observados pela pessoa, como presenciar ferimento grave ou morte não natural de outra pessoa devido a um assalto violento, acidente, guerra, desastre, como os acontecimentos vivenciados por outros que a pessoa toma conhecimento, tais como acontecimentos pessoais violentos, acidentes ou ferimentos graves que aconteceram a membros da família ou amigos íntimos, morte inesperada de um ente querido.

É comum, após a vivência de um acontecimento traumático, ocorrerem sintomas típicos relacionados com medo e ansiedade, reexperiência do trauma, hiperestimulação, comportamentos de evitamento, anestesia emocional, sentimentos de culpabilidade e vergonha, depressão, alterações da imagem de si próprio e do mundo, relações interpessoais comprometidas, abuso de álcool ou outras substâncias (Riggs & Foa, 2004).

Face a esta tipologia específica de sintomas, foram criados dois tipos de categorias que englobam os sintomas manifestados após a reacção ao acontecimento traumático: a PAS, que se inicia poucas horas após o acontecimento traumático e cuja duração pode chegar aos 30 ou até 90 dias, e a PSPT, após este período, que consiste numa perturbação mais grave e persistente e tendencialmente crónica. Em antigos combatentes da guerra do Ultramar e de outras guerras, tem-se verificado que a PSPT (início tardio) pode surgir passados mais de 30 ou 40 anos após a vivência do acontecimento, o que torna difícil, ao fim de tantos anos, estabelecer a sua etiologia e o nexo de causalidade.

De acordo com a DSM-IV-TR (2002), o diagnóstico de PSPT envolve necessariamente a exposição a uma experiência ou acontecimento traumático, sendo fundamental para o diagnóstico (critério A1); a resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de falta de

ajuda ou horror (Critério A2 – retirado da DSM-V); seguido de três principais categorias de sintomas que devem ser observados de uma forma persistente e clinicamente significativa com prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas da vida da pessoa:

1) Reexperienciação do acontecimento traumático sob a forma de: imagens e pensamentos intrusivos, sonhos perturbadores recorrentes, ilusões, *flashbacks* dissociativos, sensação de estar a reviver a experiência, ou mal-estar e sofrimento psicológico, reactividade fisiológica durante a exposição a situações semelhantes ao acontecimento traumático (Critério B); 2) Embotamento afectivo e evitamento dos estímulos associados ao trauma: sensação subjectiva de se sentir desligado, afastado e estranho em relação aos outros, ausência de reacção emocional, diminuição da consciência em relação ao ambiente circundante desrealização, despersonalização, amnésia dissociativa, evitar pensamentos, sentimentos, conversas, lugares, pessoas que lembram o acontecimento, diminuição de interesse em actividades significativas (Critério C); 3) Activação aumentada/neurovegetativa sob a forma de perturbação do sono, irritabilidade, dificuldades de concentração, hipervigilância, reacção de alarme exagerada, agitação motora (Critério D).

Em algumas pessoas podem ocorrer sentimentos de culpa, alucinações auditivas, ideação paranóide, queixas somáticas, e alteração nas características de personalidade.

Para que o diagnóstico seja efectuado, a duração dos sintomas deve persistir, por um período superior a um mês, com pelo menos um ou mais sintomas de reexperienciação, três ou mais sintomas de evitamento e dois ou mais sintomas de activação (Critério E).

A perturbação deve causar mal-estar ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante (Critério F).

A sintomatologia de PSPT é classificada segundo períodos temporais, assim:

a) Se a duração dos sintomas for inferior a três meses, considera-se que é uma Perturbação Aguda de Stresse (PAS); b) Se os sintomas persistirem por mais de três meses, a PSPT considera-se crónica; c) Se o início dos sintomas surge seis meses após o acontecimento traumático, então considera-se que a PSPT é crónica com início tardio.

A PAS normalmente ocorre entre os dois dias e as quatro semanas após o acontecimento traumático, mas pode prolongar-se até aos 3 meses. Esta perturbação caracteriza-se pela presença de sintomas dissociativos, reexperienciação, evitamento, ansiedade e activação, bem como um mal-estar que perturba significativamente o funcionamento adaptativo (APA, 2002).

Alguns autores (Vaz Serra, 2003) referem que no período das 72 horas após a exposição ao acontecimento ocorrem Reacções ou Respostas de Adaptação ao Stresse (RAS).

Quando comparamos os dois manuais para a classificação diagnóstica de PSPT (DSM-IV e CID-10) apresentam-se algumas diferenças nos critérios para a definição de PSPT:

As principais diferenças dizem respeito à definição de evento traumático. A CID-10 refere no critério A que a situação traumática surge como uma resposta tardia e/ou protraída à exposição de um evento ou situação stressante (de curta ou longa duração) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, que causa angústia invasiva em quase todas as pessoas. Enquanto na DSM-IV, no critério A, a definição é mais abrangente, incluindo qualquer evento, experiência ou testemunho de um acontecimento que envolva a morte, ferimento ou ameaça à sua própria integridade física ou de outras pessoas. Na DSM-IV, os acontecimentos traumáticos são definidos não apenas em função das características objectivas da experiência vivida, mas também em função da resposta subjectiva de intenso medo, impotência ou horror perante o acontecimento, não contemplada na CID-10.

Para além de algumas diferenças encontradas na DSM-IV e CID-10, a PSPT, na sua generalidade, tem características semelhantes em ambos os manuais e sobretudo na sua especificidade, em que o diagnóstico está ligado à sua etiologia (exposição a um stressor traumático) e, se os sintomas estiverem presentes sem essa causa, então o diagnóstico poderá estar mais dificultado ou comprometido independentemente do tipo de manual a seguir.

Embora cientificamente se tenha vulgarizado, na área da Saúde Mental, a referência à classificação de critérios de diagnósticos da DSM-IV-R (actualmente DSM-V) da APA, em termos restritos médico-legais e psiquiátricos forenses, a legislação em vigor na União Europeia e em Portugal, obriga ao uso da CID-10 (OMS, 1997).

Para além da entrada em vigor, em 2013, da DSM-V, decorre também uma revisão da CID-10, sendo desejável que a CID-11 possa ajustar estas alterações e configurar-se num único documento da OMS a ser seguido para o diagnóstico total ou parcial da PSPT.

Alguns investigadores (Blanchard & Hickling, 1997) já há mais de uma década que vêm sugerindo a importância da PSPT parcial (não faz parte dos diagnósticos da DSM ou CID), tendo em conta que os indivíduos que não apresentam todos os sintomas necessários para os critérios de diagnóstico total de PSPT, também estão afectados de forma significativa e podem comprometer o seu funcionamento diário. Também Peres (2005) refere que 30% da população mundial apresenta PSPT parcial.

Ainda que uma pessoa possa não manifestar sintomas compatíveis com o diagnóstico total de PSPT, devem ser avaliadas outras áreas potencialmente afectadas pelo trauma. Por exemplo, Fonagy et al. (1996) verificaram igualmente uma elevadíssima presença de história

de trauma nas pessoas com diagnóstico de perturbação *borderline*, o que levou estes autores a concluir que a ligação entre a história de trauma e o diagnóstico era um facto inegável.

Por outro lado, atendendo à elevada comorbilidade, os sintomas relacionados com a PSPT também podem estar relacionados com outras patologias de desajustamento emocional, colocando dificuldades para o diagnóstico, o que pode levar a colocar-se uma hipótese de diagnóstico, atendendo à dinâmica e complexidade que a PSPT apresenta.

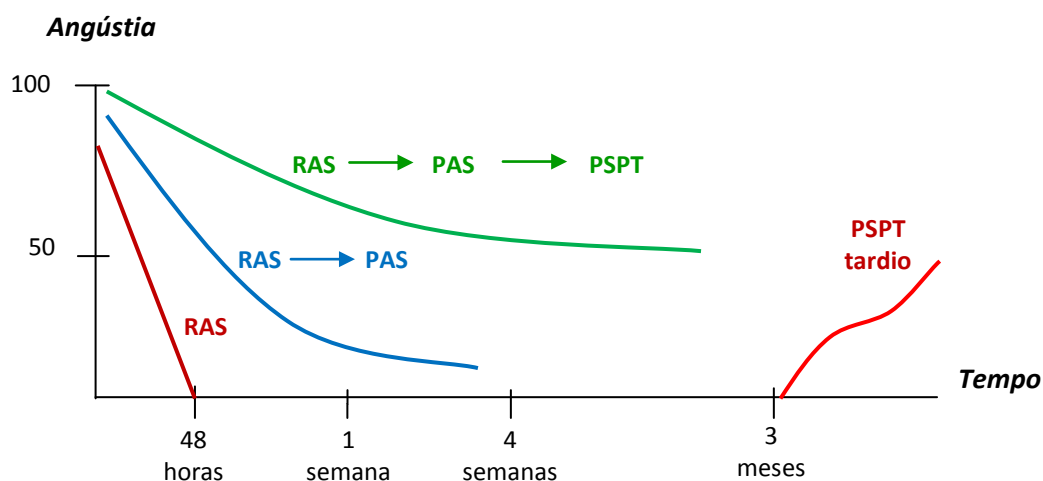
2.3. Evolução e Prevalência de PSPT

No que se refere à sua evolução, a sintomatologia pode ocorrer em qualquer idade, incluindo a infância, verificando-se que os sintomas, geralmente, iniciam-se nos três primeiros meses a seguir à ocorrência do acontecimento, havendo no entanto a possibilidade dos sintomas se manifestarem passado alguns meses ou mesmo anos (DSM-IV-TR, 2002).

A maior parte das pessoas e dos militares, não desenvolve PSPT e os que apresentam PSPT não preenchem todos os critérios para o diagnóstico. A perturbação quando se torna crónica pode afectar a vida inteira da pessoa, mas o início retardado da PSPT permanece controverso, principalmente na ausência de sintomas prévios. Ballenger et al. (2000) referem que cerca de 2/3 das pessoas expostas a acontecimentos traumáticos têm uma resposta aguda normal ao stress, mas não desenvolvem quaisquer sequelas.

De acordo com a Figura 1, os sintomas surgem de imediato, logo após a exposição ao acontecimento potencialmente traumático e durante as 48 a 72 horas manifestam-se Reacções Agudas ao Stress (RAS) e respostas de adaptação com sucesso para a maior parte das pessoas. Algumas pessoas não conseguem mobilizar respostas de adaptação de uma forma eficaz, sendo que alguns sintomas se tornam agudos (PSA) permanecendo durante o período de um a três meses. Ao fim de três meses alguns sintomas anteriores mantêm-se e outros surgem tornando a perturbação (PSPT) tendencialmente crónica (Shalev, 2000).

Figura 1. Reacções aos Acontecimentos Potencialmente Traumáticos e Evolução da PSPT.



A maior parte das reacções dos militares em combate são de “confronto”. No que respeita às Reacções Agudas de Stresse (RAS) em combate, na II GM, os americanos referem dados que vão dos 10% a 48% das forças combatentes envolvidas. Em 1973, no Estado de Israel, na guerra do Yom Kippur, existem Unidades onde a RAS atingiu 70% do efectivo (Gal & Mangelsdorff, 1991).

Segundo Nutt, Davidson e Zohar (2000) e Sadock e Sadock (2003) só uma minoria das pessoas vítimas de trauma desenvolvem a PSPT. A maior parte dos casos evoluem favoravelmente para a recuperação, total ou parcial, em algumas semanas ou meses. A duração média da doença para os que são tratados é de 3 anos, para voltar a fazer uma vida normal. Cerca de 30% precisam de tratamento e recuperam completamente, 40% continua a manifestar sintomas leves, 20% continuam a ter sintomas moderados e 10% não melhora ou agrava o seu estado, evoluindo para a cronicidade.

Outros autores (Sadock e Sadock, 2003 & Vaz Serra, 2003) afirmam que em aproximadamente metade dos casos há uma remissão espontânea nos três primeiros meses ou até um ano após o trauma, mas se a doença persiste de forma contínua sem tratamento durante mais de 6 anos, o prognóstico de recuperação é muito reservado. Em muitos casos os sintomas podem durar mais de doze meses ou até por quase toda a vida. Contudo, em certos casos, a evolução caracteriza-se pelo recrudescimento e diminuição dos sintomas.

Vários são os aspectos que podem influenciar e mediar a evolução dos sintomas e da PSPT. A investigação mostra que pode haver uma remissão total ou parcial dos sintomas, com ou sem apoio psicológico, ao fim de algum tempo. Kulka e colaboradores (1990, citados por Blanchard & Hickling, 1997) verificaram que 20 anos após a exposição a situações de guerra a PSPT havia remitido em 50%. Estudos revistos pelos autores mostram que a evolução pode ser no sentido da remissão ou cronicidade dos sintomas de PSPT.

Existem sinais de bom e mau prognóstico. Segundo Sadock e Sadock (2003), os sinais de bom prognóstico são: começo rápido, duração curta dos sintomas (menor do que 6 meses), um funcionamento pré-mórbido adequado, apoio social efectivo, ausência de outras doenças psiquiátricas e inexistência de abuso de drogas ilícitas. Os factores de mau prognóstico são a presença de comportamentos prévios desajustados, acontecimentos penosos durante o período de desenvolvimento (p. e. abuso físico ou sexual na infância), ocorrência de afecções prévias psiquiátricas nos familiares e no próprio indivíduo, traumas atribuídos à acção humana, processos litigiosos que perpetuam o desgaste da situação, alterações do comportamento que levam o indivíduo a perder o emprego, em ruptura com a família, falta de apoio social, comportamento violento ou agressivo.

Para além dos factores de bom e mau prognóstico na evolução da PSPT existem factores que predispõem à cronicidade e relacionam-se com o tipo de trauma (condições de combate em teatro de guerra), comorbilidade, especificamente a fobia social, somatização e evitamento, reactividade acentuada perante os estímulos que simbolizam o trauma inicial, dificuldades de relacionamento interpessoal, história familiar de comportamento anti-social, bebidas alcoólicas em excesso, sentimentos de culpabilidade e humilhação.

Van der Kolk (2000) refere que a sintomatologia de PSPT mais dominante está relacionada com o evitamento e hiperactivação fisiológica e que pode existir um período de meses e até anos sem manifestação de sintomas, sendo que muitas vezes a reactivação dos sintomas pode ocorrer em resposta às recordações do stressor original, a stressores de vida ou a novos acontecimentos traumáticos, pelo que poderão existir factores predisponentes, de manutenção ou desencadeantes para o desenvolvimento e surgimento tardio da PSPT.

Estudos com antigos combatentes de guerra tem encontrado sintomas que indicam a presença de PSPT muitas décadas após as vivências das experiências traumáticas. Hamilton e Workman (1998) encontraram sintomas em combatentes 75 anos após os conflitos da I e II GM, com um aumento da frequência dos sintomas no final da vida. Spiro, Schnurr e Aldwin (1994) constataam que 45 anos após o regresso dos combatentes da II GM e da Guerra da Coreia, mais de 54% e 19% dos veteranos, relataram uma experiência de combate. A prevalência de PSPT permaneceu em 12%, mesmo 45 anos após o regresso. Também Vaz Serra (2003) e Sales (2006) referem que este período pode ir até 30 anos após a ocorrência.

Realmente as guerras representam a mais antiga forma de violência provocada pelo homem em termos de magnitude dos seus efeitos, pelo que a participação dos combatentes em vários tipos de guerras, incluindo as OP, e a exposição a acontecimentos e o envolvimento em acções de combate, estão directamente relacionadas com a probabilidade de desenvolver PSPT. Este problema tem sido bastante estudado, especificamente nas últimas décadas após os conflitos, guerras ou OP nos Balcãs, Iraque e Afeganistão, contribuindo decisivamente para o avanço da investigação e conhecimento da PSPT.

Como vem sendo referido, ainda que as pessoas se confrontem ao longo da vida com experiências que pelas suas características se podem definir como traumáticas, o número de pessoas que desenvolve sintomas de PSPT após a exposição a uma situação ameaçadora é relativamente baixo. Os dados mostram que apesar da taxa de exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos ser significativa, a maioria das pessoas que sofre o trauma não desenvolve a doença de PSPT, ou seja, não é possível estabelecer uma relação directa com fidelidade entre o acontecimento ou situação stressante e a PSPT. Vários autores (Aldwin,

1999; Bowman, 1999; Mikulincer & Florian, 1996, citados por Pais Ribeiro, 2006) referem que a prevalência de PSPT é muito mais reduzida do que a prevalência da exposição a acontecimentos traumáticos graves.

Por outro lado, a prevalência de PSPT pode variar consoante a metodologia utilizada, ou se as estimativas se referem à população geral ou a grupos de risco, como são os militares participantes nos vários cenários de guerras, incluindo as OP. A CID-10 refere estudos com população de risco com as taxas de prevalência a variar entre 3% e 58%.

Estudos epidemiológicos referem que a grande maioria da população dos EUA já esteve exposta a acontecimentos traumáticos (60,7%), no entanto apenas uma minoria desenvolveu PSPT (8,2% nos homens e 20,4% nas mulheres) (Kessler, Sonnega, Bromet & Hoghes, 1995). Também a APA (1994) estima uma prevalência na população geral variando de 1% a 14%, e Yehuda (2002) refere que o número de pessoas que desenvolve sintomas de PSPT após uma situação ameaçadora é relativamente baixo (cerca de 15%).

Um dos mais conhecidos estudos efectuado com veteranos de guerra, o National Vietnam Veterans Readjustment Study (NVVRS), citado por Resick (2000), refere que 31% dos combatentes preenchem o diagnóstico para PSPT em algum momento das suas vidas, e 15% apresentavam PSPT no momento da avaliação, enquanto que 11% apresentavam PSPT parcial (sintomas significativos, mas não a totalidade dos sintomas necessários para o diagnóstico total de PSPT).

Historicamente, o trauma etiológico masculino está relacionado com experiências de guerra. Porém, se a população pertencer a grupos de risco, cujas pessoas foram expostas a eventos traumáticos, como sejam os combatentes de guerra, a probabilidade de desenvolver PSPT é mais elevada. Os resultados apresentam uma taxa de prevalência que varia entre 5% e 75%. Por exemplo, na guerra do Vietname, existem referências que cerca de 30% dos veteranos americanos experienciaram a PSPT e uns 25% adicionais sofreram de formas subclínicas da perturbação (Schlenger et al., 1992).

Vaz Serra (2003, p.26) refere que, “a exposição a acontecimentos traumáticos é frequente, havendo indivíduos que, ao longo da vida, passam por mais do que uma experiência traumática”, e que “os tipos mais comuns de acontecimentos associados à PSPT são: morte violenta de familiar ou amigo, agressão física, luto traumático, doença grave de um familiar, exposição ao combate, acidente grave de viação, violação, violência sexual”.

Dirkzwager, Bramsen e van der Ploeg (2001) analisaram o curso longitudinal de PSPT, em dois períodos diferentes (1992 e 1998), entre duas amostras de veteranos militares holandeses que combateram na II GM. A prevalência de PSPT foi respectivamente de 27% e

29%. Schnurr et al. (2000) também com militares da II GM verificaram uma prevalência de 32% de PSPT. Estes relatavam deterioração da saúde física, uma maior probabilidade de várias doenças crónicas e incapacidades relacionadas com a saúde, maior comprometimento funcional e maior probabilidade de utilização de cuidados de saúde, do que sem PSPT.

Um dos estudos mais conhecidos foi efectuado pelo National Vietnam Veterans Readjustment Study (NVVRS). O estudo foi realizado numa amostra com mais de 3000 veteranos dos EUA que participaram na guerra do Vietname, sendo a prevalência de PSPT estimada de 30,9%. Como consequência do TO, 15 anos após o regresso, 15,2% preenchiam os critérios de diagnóstico para PSPT. Os que tiveram altos níveis de exposição no TO, tinham taxas de PSPT significativamente mais elevadas (35,8%) (Kulka et al., 1990).

Relativamente aos combatentes da guerra colonial portuguesa, foram realizados alguns estudos nos últimos anos com populações de antigos combatentes, com o objectivo de determinar a prevalência de PSPT, bem como a sintomatologia associada.

Albuquerque et al. (1992) avaliaram a prevalência de PSPT em antigos combatentes, estimando que poderiam existir cerca de 140.000 antigos combatentes portugueses com problemas psicológicos e destes cerca de 30% (40.000) poderão ser diagnosticados com PSPT, isto sem ter em conta que os seus familiares podem estar também afectados.

Em 2003, num outro estudo efectuado também por Albuquerque et al., estimaram que 75% da população foi exposta em algum momento das suas vidas a uma situação traumática e 43% a mais que uma situação traumática. Encontrou-se, na população portuguesa, uma prevalência geral de PSPT de 7,9% ao longo da vida, com uma clara predominância desta patologia no sexo feminino (11,4%), quase o dobro da dos homens (4,8%), e de 10,9% de PSPT para a população exposta ao combate, em antigos combatentes da guerra do Ultramar.

Numa outra investigação com antigos combatentes, Pereira e Monteiro Ferreira (2003) constatarem 66% de PSPT, com outros combatentes a apresentarem problemas familiares ao nível da coesão (39%) e da adaptabilidade (62%). Fernandes e Maia (2003) também avaliaram o impacto da participação na guerra do Ultramar, 30 anos depois, tendo constatado que a experiência de guerra vivida pelos combatentes foi de grande violência e com elevado risco de gerar respostas traumáticas, com os combatentes mais expostos a apresentarem taxas de prevalência de PSPT de 35,8%. Também Maia, McIntyre, Pereira e Fernandes (2006), num estudo com uma amostra de 350 antigos combatentes da guerra do Ultramar, verificaram que 39% dos combatentes relataram sintomas suficientes para o diagnóstico de PSPT.

Nas guerras ou conflitos mais recentes e nas OP, também têm sido efectuados estudos relevantes na área da PSPT, com várias investigações realizadas e literatura publicada, não

apenas pelos EUA, mas também em países Europeus, especificamente na avaliação dos militares regressados das missões dos Balcãs, Iraque e Afeganistão.

Em revisão de pesquisa de estudos realizados entre 2004 e 2010, sobre a PSPT nos mais recentes conflitos, em mais de 20 estudos encontraram-se problemas psicológicos, com a sintomatologia relacionada com a PSPT a variar entre 1,3% e 45% (Osório & Maia, 2010).

Outra revisão de literatura em outras bases de dados, encontramos mais de 60 estudos, sobre PSPT e as OP, sendo que apenas uma dezena preenchia os critérios para o diagnóstico de PSPT, com a prevalência de PSPT a variar entre 1,9% e 25,8%. Os instrumentos de avaliação e os processos utilizados também foram variados, bem como o número de participantes nas amostras (72 a 3000 mil militares - amostras com número de participantes baixo a percentagem é tendencialmente mais elevada). O momento da avaliação, também variou entre os 30 dias até aos 6 anos, após o regresso das missões. Outro aspecto é o risco da exposição aos acontecimentos traumáticos, que varia, decorrente do tipo de missão e do local ou região do TO onde os militares são destacados para o desempenho da missão.

Em estudos que utilizaram a PCL-M (Asmundson, Stein e McCreary, 2002; Litz et al., 1997), a prevalência de PSPT variou entre 6,5% e 11%. Também Kang et. al. (2003) estimam a prevalência de PSPT de 12,1%, numa amostra de cerca de 11 mil veteranos que participaram na guerra do Golfo entre 1995 e 1997, utilizando o mesmo instrumento. Em 2008, a Rand Corporation (Tanielian & Jaycox, 2008), publicou um estudo em que encontrou uma prevalência de 13,8% de PSPT entre cerca de 2000 militares dos EUA participantes nas operações do Iraque e do Afeganistão, utilizando também inventários de auto-relato da PSPT.

Também em 2008, Greenberg, Iversen, Hull, Bland e Wessely, utilizando a PCL-M, efectuaram um estudo para avaliar a prevalência de PSPT em militares das Forças Armadas do Reino Unido que participaram em OP entre 1991 e 2000 (n=1189), com uma média de idades de 36 anos. A prevalência de PSPT variou entre 3,6 a 5,5%. Os oficiais e os militares casados foram menos afectados.

Hoge et al. (2004); Wolfe, Erickson, Sharkansy, King e King (1999) encontraram em soldados americanos prevalências entre 8 a 10% dos combatentes da guerra do Golfo e entre 6 a 12% no Afeganistão. Hoge, Auchterlonie e Milliken (2006) também avaliaram militares americanos regressados do Afeganistão, do Iraque e de outras zonas de conflito em avaliações de rotina entre 2003 e 2004. Os resultados da PSPT foram os seguintes: Iraque (19,1%), Afeganistão (11,3%); e outros locais (8,5%). As experiências de combate, como observar pessoas a serem feridas ou mortas, ou participar em situações de combate, encontravam-se associadas ao desenvolvimento da PSPT. Os militares regressados do Iraque apresentavam

um maior risco de desenvolver PSPT quando comparados com os militares regressados do Afeganistão ou outros locais.

Booth-Kewley, Larson, Highfill-McRoy, Garland e Gaskin (2010) realizaram um estudo com militares americanos que regressaram do Iraque e do Afeganistão. Encontraram resultados com probabilidades de PSPT de 17,1%. Factores como os stressores relativos à missão, grau de exposição a combate, habilitações literárias e estado civil encontravam-se relacionados com a PSPT.

Também Richardson, Frueh e Acierno (2010) encontram em conflitos recentes 4% a 17% de PSPT nos soldados americanos, mas encontram uma prevalência de PSPT mais baixa nos militares ingleses (apenas 3 a 6%). Os autores referem que a variabilidade na prevalência de PSPT é possivelmente devido a diferenças em relação à amostra, metodologia utilizada, experiências de combate, curso de PSPT, cronicidade, comorbilidade, sobreposição de sintomas com outras perturbações psiquiátricas, e outros factores sócio-políticos e culturais que variam de país para país. As diferenças culturais e práticas operacionais seguidas pelos militares podem justificar as taxas mais baixas de PSPT.

Outro estudo realizado com militares holandeses, cerca de 6 anos depois do regresso, identificou uma prevalência de PSPT de 5,6% na amostra geral, e de 8% nos militares que participaram no conflito na ex-Jugoslávia, 6,2% na missão do Líbano e 2% em outras missões (Dirkzwager, Bramsen & Van der Ploeg, 2005).

Mehlum e Weisaeth (2002), em militares noruegueses participantes na missão do Líbano, encontraram 5,2% de PSPT na amostra geral, mas esta percentagem aumentou para o triplo (16,1%) quando avaliaram separadamente o grupo de militares que regressaram antes de terminar a missão. Outro estudo também com militares noruegueses referiu que 3,3% dos militares tiveram que regressar antes do final da missão, por motivos médicos, sociais ou disciplinares e com mais sintomas de PSPT do que o grupo de controlo (Weisaeth, Mehlum & Mortensen, 1996). O estudo sugere que, seja qual for o motivo para o regresso antecipado da missão, parece existir um grupo de militares com maior risco e a merecer atenção especial.

Durante os últimos 15 anos (1995-2010) o Hospital Militar das Forças Armadas em Hamburgo, na Alemanha, recebeu militares regressados do Afeganistão para serem tratados por problemas de saúde mental. A prevalência de PSPT dos militares era a seguinte: Alemães (2%), Americanos (9%) e Ingleses (4,5%) (Medical Corps, 2011, p. 40).

São escassos os estudos longitudinais realizados e ainda mais escassos são aqueles que efectuem avaliações antes e logo após o regresso das missões, o que dificulta a avaliação

rigorosa da evolução da PSPT e da percentagem de prevalência de PSPT que está relacionada com os acontecimentos potencialmente traumáticos específicos de cada missão.

Por exemplo, Grieger et al. (2006) estudaram os possíveis preditores de PSPT e depressão em militares acompanhados em tratamento hospitalar, ao fim de 1, 4 e 7 meses. No 1º mês (4,2% PSPT; 4,4% depressão), no 4º mês (12,2% PSPT; 8,9% depressão), e no 7º mês (12% PSPT; 9,3% depressão), observando-se um aumento significativo de sintomatologia de PSPT e de depressão ao fim do 4º mês e não diminuiu ao fim do 7º mês.

Bliese, Wright, Adler, Thomas e Hoge (2007) avaliaram os militares em dois momentos: logo após o regresso encontraram 1,4% de PSPT; voltaram a avaliar os mesmos militares 4 meses depois e encontraram uma percentagem significativamente maior de PSPT de 4%, sugerindo que os sintomas, possivelmente agudos, evoluíram para a PSPT tardia, surgindo ainda novos casos que não tinham manifestado sintomas logo após o regresso.

Estes resultados mostram que os sintomas de PSPT, pelo menos a curto e médio prazo (PSA), têm tendência a aumentar e que existe uma relação significativa com sintomatologia depressiva que também tende a aumentar numa proporção próxima da PSPT, no entanto não mostram se existia sintomatologia prévia.

Em 2009, Bertelsen investigou a saúde psicológica de militares dinamarqueses que participaram, nesse ano, na missão do Afeganistão. Identificou 22,5% de prevalência de sintomas de PSPT, 8,2% de depressão e ansiedade e 11% abuso de substâncias. Identificou também uma alta percentagem de sintomas prévios de PSPT (antes da missão=4,3%; após a missão=18,2%). Os resultados identificaram ainda que o grupo de militares mais jovens apresentava maior vulnerabilidade.

O conjunto destes estudos mostra taxas de prevalências de PSPT heterogêneas, mesmo em militares do mesmo TO. Por outro lado, verifica-se que existem áreas ou zonas de conflito em que a percentagem de PSPT é mais elevada, podendo estar relacionada com um maior risco dessas missões. Observa-se também, que a maioria dos militares não manifestam sinais de vulnerabilidade após a exposição a esses acontecimentos, o que pode evidenciar que a exposição a um acontecimento potencialmente traumático é uma condição necessária, mas não suficiente para o desenvolvimento da PSPT.

Em Portugal, apenas foi encontrado um estudo (Maia & Osório, 2012) para avaliar a prevalência de PSPT e problemas de saúde entre os militares portugueses regressados do Afeganistão. Os resultados referem que os militares estiveram expostos a diversas experiências potencialmente traumáticas e que 2,7% apresentaram sintomas compatíveis com o diagnóstico total de PSPT e 8,8% apresentaram sintomas compatíveis com o diagnóstico

parcial. No estudo, os militares relataram queixas físicas ao nível de dores nas costas, fadiga e dores musculares e a presença de problemas gastrointestinais, nervosos e cardio-respiratórios.

Ferrajão (2011) encontrou uma prevalência de aproximadamente 3% de PSPT, em militares portugueses da GNR que participaram na missão em Timor-Leste.

Em síntese: a prevalência de PSPT nas OP pode variar numa larga escala entre 1,3% e 45% (Osório & Maia, 2010), justificada pela diversidade da metodologia utilizada. Por outro lado, a prevalência de PSPT nos combatentes das antigas guerras é significativamente superior aos novos combatentes participantes nas OP, o que pode ser justificada por várias variáveis: os militares são voluntários, a preparação e o treino são mais adequados às missões e o apoio médico, psicológico e suporte social é existente e está disponível. Todos estes factores, entre outros, podem ser considerados protectores para o desenvolvimento da PSPT.

A evolução da PSPT passa por um período crítico imediatamente após a vivência com o acontecimento traumático em que os militares reagem com respostas mais ou menos adaptativas para restabelecerem a situação normal, passando a sintomas agudos que podem manifestar-se ainda durante 1 a 3 meses. Grande parte dos sintomas desaparece como sinal da adequação das respostas adaptativas, porém em alguns casos a sintomatologia permanece, ou pode aumentar e tender para a cronicidade. Mesmo que a maior parte dos sintomas não se enquadre nos critérios para um diagnóstico total, porém uma percentagem significativa de sintomas mantém-se provocando consequências negativas para o funcionamento normal da vida dos militares, dificultando o regresso rápido à actividade normal e operacional.

A pouca existência de estudos longitudinais, especificamente a avaliação antes e depois da missão, dificulta o estabelecimento do nexo de causalidade entre os acontecimentos e o desenvolvimento da PSPT. Alguns estudos longitudinais com avaliações num 1º momento após o regresso das missões, apresentam uma percentagem maior de PSPT num 2º momento, contrariando alguns autores que referem que a maior parte das pessoas recupera espontaneamente sem qualquer acompanhamento. Assim, a PSPT, para os casos que não têm acompanhamento e tratamento adequado, pode prolongar-se por muitos anos.

Todos estes aspectos anteriormente referidos têm consequências consideráveis, não só para os militares que experimentam o trauma e a PSPT, mas também para a sua família, a operacionalidade da Instituição Militar, o Sistema de Saúde e a Sociedade em geral.

Atendendo à elevada comorbilidade referida por vários autores, seguidamente iremos aprofundar a relação entre a PSPT e outras patologias.

2.4. Comorbilidade e PSPT

Os resultados dos vários estudos efectuados revelam que, apesar da PSPT possuir um critério etiológico que se liga especificamente aos acontecimentos traumáticos, não é o único quadro clínico que se desenvolve após um acontecimento traumático, pois a PSPT raramente se manifesta sem a presença de outras entidades clínicas, revelando a existência de elevada comorbilidade com outras patologias. Pode haver um conjunto de sintomas afectivos e interpessoais associados, ou mesmo um aumento de ocorrência de outras psicopatologias. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson (1995) mostram que 83,6% das pessoas com PSPT da população geral apresentam outro diagnóstico em comorbilidade, sendo a depressão major e o uso de substâncias os mais frequentes.

Yehuda e Wong (2002); Roestel e Kersting (2008) estimam que cerca de 50 a 90% dos indivíduos com PSPT crónico apresentam, como factor de comorbilidade, outras desordens ou perturbações mentais, tais como: perturbação aguda de stress, depressão major, ansiedade generalizada, fobias, perturbação de pânico, abuso de substâncias psicoactivas, principalmente o álcool, perturbação de ajustamento, hipocondria, entre outras.

Também a DSM-IV-TR (2002) refere que quando a PSPT se desenvolve é frequente a presença de manifestações de comorbilidade psiquiátrica. Os quadros clínicos mais frequentes correspondem a patologias relacionadas com abuso de substâncias, depressão major, perturbação de pânico, agorafobia, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva, fobia social, e transtorno bipolar. Estas perturbações podem preceder, seguir-se ou emergir concomitantemente com o início da PSPT.

Outros sintomas de desajustamento emocional e perturbações várias surgem também frequentemente associados às consequências da exposição traumática. McFarlane e Papay (1992) verificaram que 80% dos sujeitos com PSPT tinham outras perturbações. A DSM-IV-TR (2002) descreve as seguintes áreas problemáticas: “deterioração na modulação dos afectos, comportamento impulsivo e autodestrutivo, sintomas dissociativos, queixas somáticas, sentimentos de ineficácia pessoal, culpa, desespero ou falta de esperança, sentimento de estar permanentemente diminuído, perda das crenças anteriormente mantidas, hostilidade, isolamento social, sentimento de ameaça constante, deficiência nos relacionamentos com os outros, ou alterações nas características prévias da personalidade” (p. 465).

Em alguns indivíduos com PSPT também podem ocorrer sentimentos de culpa por terem sobrevivido, ideias homicidas, alucinações auditivas, ideação paranóide, queixas somáticas, falta de esperança, perda de crenças anteriores, isolamento social, dificuldade no

relacionamento com os outros e alterações nas características prévias de personalidade (DSM-IV-TR, 2002).

No que diz respeito aos antigos combatentes, a investigação tem demonstrado que a comorbilidade com a ansiedade social e fobia social é significativo em combatentes com PSPT (Orsilo, Heimberg, Juster & Garret, 1996). Outros autores destacam ansiedade social e agorafobia (Crowson, Frueh, Beidel & Turner, 1998), perturbação de pânico (Freedy & Donkervoet, 1995), bem como perturbações psicóticas e depressão major (Kozaric-Kovacic & Borovecki, 2005; Southwick, Yehuda & Giller, 1991), podendo apresentar uma comorbilidade tripla: PSPT, ansiedade e depressão (Ginzburg, Ein-Dor & Solomon, 2010).

Vários estudos têm associado a PSPT ao desenvolvimento de quadros de depressão (Breslau, 2002; Breslau, Davis, Peterson, & Schultz, 1997; Erickson, Wolfe, King, King & Sharkansky, 2001; Thorndike, Wernicke, Pearlman & Haaga, 2006), referindo a existência de uma relação recíproca entre PSPT e depressão, mostrando que a PSPT é um facto de risco para o desenvolvimento da depressão e a depressão para o desenvolvimento da PSPT. Kramer, Booth, Han e Williams (2003), verificaram num estudo com veteranos que o facto de existir uma perturbação depressiva juntamente com a PSPT aumentava as dificuldades de funcionamento, o período de internamento e a procura dos serviços de saúde mental.

Kulka et al. (1990, citado por Resick, 2000), constataam que as perturbações mais comorbidadas com a PSPT eram o abuso de substâncias (73%), depressão major (26%) e a distímia (21%). Outras investigações referem experiências dissociativas elevadas associadas à PSPT (Bremner, et al., 1992). Em relação às perturbações de personalidade, alguns estudos têm revelado comorbilidade significativa em veteranos com PSPT. Bollinger, Riggs, Blake e Ruzek (2000), verificaram que 79,4% dos participantes apresentavam pelo menos uma perturbação de personalidade, sendo as mais frequentes: a esquizoide (47,2%), a paranóide (46,2%), a obsessão-compulsão (28,3%) e a anti-social (15,1%).

Hull et al. (2009), em militares ingleses participantes na guerra do Iraque encontraram comorbilidade entre a PSPT e outras perturbações. Por exemplo, abuso de álcool (18%), seguido de perturbações neuróticas (13,5%) e depressão major (3,7%). A somatização (1,8%) e as perturbações de pânico (1,1%) foram menos comuns. Di Nicola e colaboradores (2007), identificaram, em militares italianos em missão no Afeganistão, valores mais elevados de ansiedade, depressão e PSPT quando comparados com militares não deslocados.

Relativamente a Portugal, Albuquerque e Lopes (1997) concluíram que a depressão, as fobias e a ansiedade eram as perturbações mais verificadas nos veteranos da Guerra. Num outro estudo, Maia et al. (2006) verificaram que 56% dos veteranos apresentavam sintomas

clínicos de morbilidade psicológica significativos, e que a depressão, a ansiedade e história psiquiátrica prévia estavam mais significativamente associados à PSPT.

Pedras e Pereira (2007), numa outra amostra, verificaram que 51% dos combatentes referiram comportamentos de impulsividade, agressividade, perda de controlo, ataques de raiva e irritabilidade fácil; 49% apresentavam comorbidade como depressão, ideação suicida, ansiedade, e doença bipolar; 36% relatavam problemas conjugais e familiares; 58% outras queixas, tais como fobias, agorafobia, perturbação obsessiva compulsiva e sintomatologia psicótica. Verificaram ainda que os combatentes apresentavam outras queixas: 19% queixas físicas relacionadas com a dor crónica; 17% com o sistema músculo-esquelético; 15% com o sistema cardiovascular; e 12% queixas do sistema neurológico.

Também G. Pereira, Pedras, Lopes, M. Pereira e Machado (2010), encontraram uma percentagem significativa de PSPT (39,5%) em combatentes da guerra colonial e destes, 81% apresentavam sintomatologia relacionada com perturbações emocionais.

Paiva, Cerdeira, Rodrigues e Ferro (1997), num estudo com militares portugueses, participantes em missões na Bósnia-Herzegovina, identificaram valores superiores nas dimensões psicopatológicas: obsessão e compulsão, hostilidade e ideação paranóide, antes e depois da missão.

Uma das maiores preocupações das autoridades militares americanas e inglesas diz respeito ao aumento sucessivo de suicídios nos militares. Engel (2013) verificou, em 2011, a maior taxa de suicídio em militares americanos no Afeganistão. Porém, nos primeiros seis meses de 2012, já tinham sido reportados mais de 150 suicídios de militares (quase um por dia). A taxa de suicídio, comparada com os anos de 2011 (18%) para 2012 (25%, apenas em 6 meses), teve um aumento bastante significativo, o que deixou as chefias militares bastante preocupadas, pois nunca na última década, em que os EUA estiveram envolvidos em duas guerras (Iraque e Afeganistão), o ritmo de suicídios entre militares foi tão elevado. Alguns analistas e investigadores, nesta área, levantam a seguinte questão: será que este número de suicídios entre os militares do activo é apenas a ponta visível do iceberg para a PSPT e outras patologias associadas ao trauma da guerra?

Em síntese: vários estudos e investigações têm sido desenvolvidos que demonstram a elevada comorbidade entre a PSPT e outras perturbações, acentuando a complexidade para a compreensão do fenómeno psicopatológico, ao nível do seu curso e prognóstico, e sobretudo, por representar um grande desafio para um correto diagnóstico e para o tratamento adequado. Mesmo que a PSPT seja uma entidade clínica que necessita de uma relação prévia com os acontecimentos e experiências traumáticas, existem elevadas probabilidades de ocorrerem

outras perturbações psiquiátricas e psicológicas relacionadas directa ou indirectamente com a PSPT. Por outro lado, a pesquisa científica mostra também a influência que outros factores podem ter na perturbação, sugerindo que existem factores de risco e/ou de protecção, incluindo variáveis pessoais e psicossociais que podem facilitar o desenvolvimento da PSPT.

2.5. Factores de Risco e Factores de Protecção

Existem alguns factores que predizem a resposta da pessoa, sendo as características pessoais como o sexo, idade, história de traumas prévia, saúde mental no momento da experiência, etc., mas a reacção da pessoa no momento da ameaça e os recursos sociais após a ocorrência são extremamente importantes, podendo contribuir para diminuir a perturbação ou, pelo contrário, para aumentar o risco (Maia, 2007). Por outro lado é reconhecido que nem todas as pessoas expostas a eventos ou acontecimentos traumáticos desenvolvem a PSPT, o que leva a considerar outros factores associados ao desenvolvimento da perturbação.

Os factores ou variáveis que têm sido mais estudados podem agrupar-se em duas dimensões: os factores de risco e os factores de protecção. Alguns factores de risco podem tornar-se protectores, assim como factores de protecção podem ser de risco dependendo do contexto, e da forma como são utilizados mais ou menos adequadamente. A literatura tem destacado alguns desses factores (protecção e/ou de risco), de âmbito geral e específico, que podem ser determinantes para o desenvolvimento da PSPT em militares das OP.

2.5.1. Factores de risco.

Os factores de risco englobam as situações e acontecimentos que desencadeiam respostas menos adaptativas e mais sintomáticas, que se mantêm por períodos de tempo mais longos. Consideram-se factores de risco, as características individuais relacionadas com as vulnerabilidades, experiências anteriores, medo da repetição, origem, proximidade, intensidade, frequência da exposição e recursos disponíveis após a ocorrência.

O principal factor de risco é a própria exposição ao trauma, que pode ser situacional, repetida e cumulativa, bem como o tipo de evento ou acontecimento. A gravidade da experiência traumática nos militares normalmente está relacionada com a intensidade da exposição ao combate. Também a exposição cumulativa, ou seja, a frequência continuada a situações stressantes de combate, constitui um factor de risco para o desenvolvimento da PSPT (Breslau & Davis, 1987; citado por Resick, 2000).

Outros estudos em missões de paz (Whealin, Morgan & Hazlett, 2001), mostram que a experiência de combate não constitui o único acontecimento ou situação da qual pode resultar a PSPT. Existem outros eventos e adversidades (e.g. condições sanitárias, clima, doenças, ameaças e perigos diversos, etc.) igualmente potenciadores de PSPT.

Vários factores de risco para a PSPT têm sido identificados e estudados, e incluem variáveis ou factores pré-traumáticas, peri-traumáticas e pós-traumáticas.

Factores de risco pré-traumáticos; são variáveis prévias ao acontecimento.

Para além das especificidades da experiência potencialmente traumática, existem algumas características dos sujeitos que podem torná-los mais vulneráveis à exposição e, como tal, ao desenvolvimento da PSPT, nomeadamente as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, nível de escolaridade e socio-educacional, preparação e treino para a missão e outras de carácter militar), traumas de infância, ambiente familiar, história prévia de psicopatologia, características de personalidade (traços de personalidade evitante), acontecimentos de vida, auto-estima, funcionamento psicológico e social, fraco suporte social, experiência prévia de acontecimentos traumáticos, estratégias de coping desadaptativas (Breslau et al., 1998; Haligan & Yehuda, 2000; Schnurr, Friedman & Rosenberg (1993).

Ao nível das variáveis sociodemográficas, McNally, Bryant e Ehlers (2003) referem aspectos relevantes em relação à idade (os jovens estão mais expostos), as habilitações literárias (quanto mais baixas, maior exposição), e o nível socioeconómico. Rosenheck (1994, citado por Resick, 2000) refere que os combatentes mais velhos que estiveram na guerra apresentam menos sintomatologia que os combatentes mais jovens.

Buckley, Blanchard e Neill (2000); Kremen et al. (2007; Kulka et al. (1990) referem que uma baixa capacidade cognitiva e níveis de educação e escolaridade mais baixos têm uma maior predisposição e risco mais elevado de desenvolverem PSPT, provavelmente porque as pessoas avaliam de forma menos adequada as ameaças que advêm dos acontecimentos traumáticos e utilizam estratégias desadaptativas para lidar com as situações adversas.

A história prévia de trauma individual e familiar, bem como psicopatologia prévia e vivências de adversidades, são as variáveis mais conhecidas e mais frequentemente associadas ao desenvolvimento de PAS e PSPT (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). A história de perturbações psiquiátricas, nomeadamente a ansiedade, depressão e a personalidade pré-trauma desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da PSPT crónica (Blanchard & Hickling, 1997; Ehlers, Mayou & Bryant, 1998).

O funcionamento social e psicológico também se relaciona com a vulnerabilidade para desenvolver perturbações associadas ao acontecimento traumático (Ruch, & Leon, 1983; citado por Jaycox & Foa, 1998). Ballone et al. (2000) encontraram outras variáveis anteriores à missão, como desemprego ou falta de actividade física. Amstadter, Nugent e Koenen (2009); Stein, Jang, Taylor, Vernon e Livesly (2002), nas suas pesquisas, demonstram que os factores genéticos influenciam significativamente na variância de sintomas de PSPT. Também foi encontrada relação entre factores genéticos e a reacção à exposição em algumas situações ou eventos potencialmente traumáticas, como por exemplo a participação em combate.

Investigações recentes (Bomyea, Risbrough & Lang, 2012) concentram-se nas diferenças individuais no pré-trauma como factores de risco para o desenvolvimento da PSPT, pressupondo uma série de factores de vulnerabilidade biológica e cognitiva (incluindo factores genéticos e cognitivos específicos, funcionamento neuro-psicológico, inteligência, predisposições cognitivas como o estilo negativo na avaliação e atribuição de significados).

Factores de risco peri-traumáticos; são respostas que ocorrem durante e nos momentos imediatamente após o acontecimento.

Alguns estudos (McNally, Bryant & Ehlers, 2003) identificam e ajudam a compreender factores que podem ocorrer durante o acontecimento traumático e as funções significativas que desempenham na evolução dos sintomas. Destacam-se a presença de dissociação peri-traumática, as interpretações cognitivas e as reacções imediatas ao acontecimento traumático, o elevado stresse durante o acontecimento, o nível da intensidade e frequência do evento stressor e a avaliação e percepção da ameaça à integridade física.

Outras variáveis, como a severidade do acontecimento, exposição ao evento traumático, ameaça real percebida, perda de camaradas, resposta subjectiva de medo, desesperança ou dissociação, e falta de previsibilidade e controlo dos acontecimentos são factores de risco determinantes para o desenvolvimento da PSPT durante a missão.

Segundo Marmar et al. (1994), as respostas peri-traumáticas incluem sintomas ou comportamentos que são observáveis, tais como: conversão e agitação; alterações emocionais e cognitivas (ansiedade, sensação de pânico, embotamento afectivo, confusão) e outras alterações nos processos e funções mentais que em grande parte funcionam como mecanismos de defesa. Em estudo realizado com antigos combatentes, os mesmos autores referem as respostas peri-traumáticas dissociativas como preditoras de risco para a PSPT.

Ehlers, Mayou e Bryant (1998), referem que o elevado nível de stresse vivenciado durante o trauma e o quão ameaçada a pessoa se sentiu, ou seja, a percepção de perigo

iminente e de risco de vida, são outros factores de risco para a PSPT, para além da intensidade do próprio agente stressor e a extensão dos danos provocados. Portanto, a percepção que a pessoa tem do acontecimento ou situação torna-se fundamental para a compreensão das manifestações clínicas correspondentes ao desenvolvimento da perturbação e da psicopatologia. Como refere Serra (2003, p.97): “o importante (...) não é o que acontece, mas o que o indivíduo percebe ou sente”.

O nível de stresse elevado ou uma elevada percepção da ameaça, tendem a aumentar a severidade dos sintomas de PSPT, pelo que as avaliações do acontecimento traumático e as consequências vivenciadas como excessivamente negativas levam as vítimas a adoptar comportamentos que mantêm o problema (McNally, Bryant & Ehlers, 2003). Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003), referem que os mais fortes preditores para o desenvolvimento da PSPT são as respostas emocionais negativas (medo, impotência e culpa) e a dissociação.

A dissociação peri-traumática tem sido apontada como um dos preditores mais fortemente associado ao surgimento de PSPT, devido às experiências incomuns vivenciadas durante e logo após o acontecimento traumático, com as pessoas a ter sensações de ficar distanciados de si mesmo, de que o que está a acontecer não é real ou mesmo a sensação de um futuro incerto ou acabado (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003).

Variáveis de risco pós-traumático; são respostas que ocorrem e se mantêm após o acontecimento. Após a ocorrência do acontecimento traumático, existem factores que podem manter algumas das respostas durante períodos de tempo variáveis e alguns sintomas de mal-estar que dificultam um melhor ajustamento pós-trauma, e, consequentemente, podem aumentar a probabilidade de desenvolver a PSPT. Os problemas de saúde podem aumentar, uma vez que as reacções ao acontecimento traumático podem afectar o sistema imunitário, as vulnerabilidades e fragilidades individuais, aumentando a probabilidade de ocorrerem doenças físicas relacionadas com a saúde.

Resick (2000) refere a existência de vários factores de risco pós-traumáticos para o desenvolvimento da PSPT: o suporte social e apoio social percebido, a auto-estima, as estratégias de *coping*, a atribuição do significado da ameaça continuada ou não à sua segurança, os stressores da vida diária. Ou seja, os recursos que a pessoa utiliza para enfrentar as situações adversas e a forma como a pessoa lida com o acontecimento ou situação é tão ou mais importante que o trauma em si.

Young et al. (2001) referem a existência de stressores contínuos ou adicionais (fome, frio, fadiga, medo), baixo nível de suporte social e emocional ou elevadas exigências sociais,

pouca informação acerca da natureza e razões do acontecimento, pouco apoio de follow-up, estratégias de *coping* desadequadas (evitamento, culpabilização, abuso de substâncias).

Resick (2000) afirma que o suporte social, à semelhança do *coping* e das cognições, reflecte os recursos pré-existentes e por conseguinte torna-se relevante em situações de stress elevado, particularmente nos acontecimentos traumáticos que envolvam perda. Mas também assume um papel importante nas diferentes fases do trauma, sendo mais evidente na função de gestão das reacções pós-traumáticas, na relevância que a resposta dos outros (familiares, amigos, camaradas, equipa de saúde) pode ter na forma como interpretam os acontecimentos, sentindo mais ou menos segurança, e no modo como partilham as suas experiências e reacções e a influência que podem ter na sua recuperação.

Vários estudos têm analisado a relação entre o suporte social e a saúde física e mental. Barret e Mizes (1998) realizaram um estudo com antigos combatentes e verificaram que aqueles com maior suporte social relatavam menos sintomas de PSPT e depressão. Por outro lado, os que tinham um baixo suporte social apresentavam mais frequentemente o diagnóstico de PSPT, ansiedade geral, consumos de álcool e depressão.

O *coping* desempenha um papel fundamental no pós-trauma, dado evidenciar um conjunto de formas de resolução de gestão de problemas. Segundo Lazarus (1981) quando o bem-estar do indivíduo está em perigo e este não pode recorrer às aptidões e opções normais de rotina existentes no dia-a-dia, o *coping* é activado. As estratégias então activadas para enfrentar o perigo podem ser eficazes e ajustadas às situações, mas também podem ser ineficazes contribuindo para o desenvolvimento de psicopatologia.

A atribuição de significado ao acontecimento passa pela elaboração de interpretações, tentando encontrar uma explicação para aqueles acontecimentos que aconteceram de uma forma inesperada. Esta procura de atribuição de significado pode ser bastante útil nas situações traumáticas, pois a reavaliação ou reinterpretação do acontecimento traumático na vida da pessoa têm a capacidade de alterar as referências de valores e crenças das pessoas, sobretudo as que se relacionam com a segurança, confiança, controlo, estima e intimidade (McCann, Sakheim & Abrahamson, 1988; citado por Resick, 2000). Estas alterações podem ser em relação a si próprio, em relação aos outros, ou a ambos (Monteiro-Ferreira, 2003).

Estudos com combatentes (Kubany et al., 1995, citado por Resick, 2000) mostram que a culpa é um sentimento bastante significativo nas pessoas que vivenciaram o acontecimento traumático, e está relacionada com o sentimento de não poder ter feito mais, sentir-se incapaz de prevenir a morte, mortes acidentais, ou com o uso brutal ou excessivo da força.

Outros sentimentos e factores de risco têm sido reconhecidos em outros estudos (Weisaeth, 1979; Branssen et al., 2000), desencadeando sintomas de PSPT, nomeadamente: raiva, desilusão, frustração, sentimento de impotência e incapacidade de prestar ajuda quando confrontados com situações de violência e atrocidades que os militares são incapazes de resolver, lidar com situações que envolvam a morte, acidentes graves, perigo iminente de serem vítimas de minas ou de atiradores especiais, disparos com armas de fogo para intimidar os militares, destruição deliberada e cometimento de atrocidades sobre civis.

Outras situações e variáveis de risco foram identificadas e podem contribuir para o desenvolvimento da PSPT. Branssen et al. (2000); Litz et al. (1997); O'Brien (1994) referem algumas situações específicas das missões: sentimentos de impotência para alterar os acontecimentos e garantir segurança das populações, conflitos sobre as tarefas atribuídas, monotonia, incerteza e indefinição das normas de actuação (ROE) contra acções hostis, e outros stressores relacionados com a proximidade de ambientes hostis, e a percepção de que os seus sintomas de stress não são reconhecidos pelas suas famílias, amigos e Governos.

Para além do factor de risco mais elevado caracterizado pela exposição ao combate, tanto a ausência de suporte social como as estratégias de *coping* utilizadas de forma desadequada pelos militares podem ser estar associadas a uma maior gravidade de sintomas de PSPT. Por outro lado as estratégias de *coping* focadas nas emoções, ao contrário das estratégias de coping focadas no problema, também estão associadas a uma maior gravidade dos sintomas (Dirkzwager, Branssen & Van der Ploeg, 2003).

Em síntese: podemos observar diferentes factores ou variáveis de risco que intervêm no desenvolvimento da PSPT e que podem ocorrer independentemente do tipo de acontecimento traumático. Os factores associados ao combate e o confronto com as situações traumáticas serão considerados como mediadores críticos na expressão da PSPT, incluindo factores específicos tais como a frequência, intensidade e duração. Existem outros factores de risco para a PSPT, incluindo as características de vulnerabilidade pessoais, experiências do TO ou de zonas de guerra e de outras missões, factores socioculturais e situacionais. Os factores peri, pré e pós-traumáticos interagem e podem influenciar a adaptação e o desenvolvimento dos sintomas e afectar significativamente a prevalência e o curso da PSPT. Os factores de risco podem ser equilibrados pelos factores que protegem as pessoas quer da exposição ao trauma, quer do impacto negativo da exposição a acontecimentos traumáticos.

2.5.2. Factores de protecção.

Os factores protectores visam promover e facilitar a adaptação ou ajustamento positivo após situações adversas, proteger das consequências da exposição a situações stressantes, e evitar o desenvolvimento de perturbações psicológicas. De entre os factores de protecção, as características individuais de cada pessoa, a situação e o contexto e o próprio acontecimento, podem ser facilitadores e contribuir para lidar de uma forma mais adequada com os acontecimentos potencialmente traumáticos.

O suporte familiar e social é referido como um factor importante no papel que pode desempenhar nos diferentes momentos, nomeadamente nas reacções pós-trauma, de tal forma que as pessoas expostas a situações traumáticas apresentam um elevado risco de desenvolverem PSPT quando o suporte social é baixo. Outro factor de protecção importante é a preparação para lidar com determinadas situações, a forma como se avalia o acontecimento, a instrução e o treino prévios apropriados são aspectos fundamentais para o processamento de informações e para o desenvolvimento de estratégias de *coping* mais eficazes, pois reduz a incerteza e aumenta o controlo percebido permitindo desencadear e preparar respostas mais adequadas para gerir a situação (McNally, Bryant & Ehlers, 2003).

Existem factores e variáveis que podem ser considerados de risco ou protectores para o desenvolvimento da PSPT, conforme sejam aplicados adequada ou desadequadamente, sejam eles utilizados antes, durante ou em pós-missão/acontecimento.

Daskalov, Marinov e Stantchev (2007), num estudo com militares envolvidos em OP no Iraque, Afeganistão, Kosovo e Bósnia, verificaram que 69% dos militares referem que a missão os beneficiou profissionalmente, 35% procuraram novos desafios e situações de risco e 19% alteraram a sua opinião e perspectiva sobre os outros. Os mesmos autores constataram factores que previnem o desenvolvimento da PSPT:

Antes da missão: informação suficiente sobre a missão, percepção de baixa probabilidade de envolvimento em situações de conflito, coesão grupal, informação adequada e suficiente sobre os usos e costumes, tradições dos povos e da população local, confiança nas competências individuais e colectivas, experiência dos camaradas e autoconfiança.

Durante a missão: definição clara e objectiva dos objectivos da missão, distribuição equilibrada das tarefas, orgulho militar, confiança e espírito de coesão grupal, apoio moral, resposta e previsão dos riscos e ameaças mais prováveis, familiaridade com o uso dos equipamentos, factores de liderança eficaz e comando eficiente, capacidade de ouvir por parte das chefias, reconhecimento (p. e. os louvores atribuídos pelos comandantes).

Após a missão: percepção que a missão foi pessoal e profissionalmente gratificante, regresso e aceitação da família, aceitação grupal. Foram identificados sinais de risco na pós-missão para o desenvolvimento da PSPT: a saudade, irritação, frustração e perda de controlo.

Surrador (2006), num estudo com militares da Força Aérea em missão no Afeganistão, constatou que os maiores factores de risco estavam relacionados com a perda de controlo emocional, questões familiares, tais como a separação e a reacção dos filhos à falta do Pai e adaptação à cultura, clima e alimentação, e os factores protectores estavam ligados à motivação, oportunidade profissional e a criação de laços de amizade/camaradagem.

Para que as pessoas possam aprender e lidar melhor com as situações, alguns investigadores (Shalev, 1996), sugerem a importância do planeamento, preparação e treino (antes, durante e após o acontecimento), de situações simuladas, que permitam adquirir e aperfeiçoar competências pessoais, técnicas e sociais. Neste sentido, os militares destacados para as missões de paz seguem uma directiva de aprontamento adequada a cada missão, com treino em cenários próximos dos que vão encontrar no TO, sendo reconhecido como um facto muito significativo de protecção e que, conjugado com outros factores, poderá ser uma variável protectora importante para o sucesso das missões.

Outras variáveis foram encontradas com diferenças ao nível das FND's onde os militares estão integrados, observando-se uma diminuição de casos com PSPT devido provavelmente ao tipo de liderança, coesão e moral, disciplina, treino e suporte social no grupo (identificação de unidade) (Osório & Maia, 2010).

Outros estudos constataam a dificuldade de adaptação de alguns militares, tornando-se uma mais fácil adaptação quando integrados em grupo, com um enquadramento muito específico e característico das FND e das Forças Armadas (secção, pelotão, companhia, etc.) (Cozza, 2003; Hourani & Yuan, 1999; King et al, 1998; Litz, 1996).

Em síntese: existem factores protectores que são determinantes para diminuir os efeitos adversos dos acontecimentos potencialmente traumáticos e que devem ser potenciados antes, durante e após a missão, mas sobretudo logo após a ocorrência do acontecimento traumático: podem ser de nível individual (a avaliação que o militar faz do acontecimento, as características da pessoa, as estratégias de *coping* utilizadas e o sucesso em acontecimentos anteriores), do contexto do TO (cultura, clima, informação actualizada sobre o TO e as ameaças e os riscos específicos) e do grupo (a preparação e o treino, liderança e coesão de grupo e existência e disponibilidade de suporte social). Um outro factor protector importante - retomar as actividades normais do dia-a-dia e assumir uma postura activa face às consequências do incidente. Os factores protectores têm influência na modificação, melhoria

ou alteração da resposta de uma pessoa perante as adversidades e permitem tornar a pessoa e o grupo mais resiliente e serem capazes de crescer também com as adversidades.

2.6. O Crescimento Pós-traumático

O conceito de crescimento pós-traumático, sugerido por Tedeschi e Calhoun (1996, 2004), refere-se às mudanças psicológicas positivas que a pessoa experimenta como resultado de um processo de luta ou confronto a partir da vivência com um acontecimento traumático.

Atendendo ao potencial impacto negativo em termos de saúde mental e qualidade de vida, as pesquisas têm sido centradas nas reacções psicopatológicas que a exposição às situações traumáticas pode despoletar. No entanto, Tedeschi e Calhoun (2004), referem que diferentes religiões, filosofias, literatura e ditados populares consideram o sofrimento causado pela adversidade um facto de crescimento e maturidade pessoal. A ideia de que “o sofrimento purifica” transmite esta mesma perspectiva, ou seja, algumas pessoas experimentam uma nova valorização da sua própria força e autoconfiança, um fortalecimento das relações com os outros e mudanças na sua filosofia de vida.

Vaz Serra (2003) refere que há indivíduos que após a ocorrência de um acontecimento traumático podem desenvolver um transtorno de ansiedade, mais ou menos grave, assim como manifestar comorbilidade com quadro de depressão, enquanto outros não desenvolvem qualquer tipo de perturbação física ou psicopatologia de particular gravidade e nesta perspectiva o acontecimento traumático pode contribuir para o amadurecimento e crescimento psicológico do indivíduo.

À medida que vão sendo desenvolvidos estudos para uma melhor compreensão do comportamento humano, também se observa uma capacidade de adaptação positiva às situações existindo mesmo em certas situações um crescimento psicológico. Esta abordagem de uma “ciência positiva” recomenda uma mudança: das abordagens centradas nos problemas para abordagens que foquem potencialidades e recursos que permitam aos indivíduos sobreviverem e crescerem perante a adversidade. Seligman e Csikszentmihalyi (2000); Campbell-Sills, Barlow, Brown e Hofmann (2006) referem que o campo da psicologia não se deve restringir a uma dimensão patológica relacionada com as fraquezas e o dano, em que o tratamento se focaliza em “consertar o que está quebrado”, mas é também crucial estudar as potencialidades, as forças e a virtude, ou seja manter e fazer crescer o que há de melhor.

Apesar de irem surgindo alguns estudos sobre a existência de um processo de crescimento pós-traumático, as conclusões são pouco consistentes em relação à credibilidade

que possa existir num crescimento individual após a pessoa se confrontar ou vivenciar um evento fatal ou adverso, pois os paradigmas ainda são muito orientados para a patogenicidade e para a deficiência (Tedeschi & McNally, 2011). Porém nas últimas décadas, à luz da psicologia positiva e de uma leitura mais salutogénica das experiências de vida, vários investigadores têm procurado estudar as mudanças psicológicas positivas, dando origem a vários modelos sobre este fenómeno (Hobfoll et al., 2007; Strumpfer, 1995; Tedeschi & Calhoun, 2004; Zoellner & Maercker, 2006).

Tedeschi, Park e Calhoun (1997) numa revisão de literatura sobre a superação pessoal a partir de situações traumáticas, evidenciam mudanças em 3 áreas fundamentais: mudanças no próprio (melhorar a sua resistência individual, considerar a coexistência de um lado positivo e negativo na mudança); mudanças nas relações interpessoais (é habitual que as pessoas e amigos se sintam mais unidos nas situações adversas, e exista uma maior necessidade de pedir ajuda); mudanças na espiritualidade e filosofia de vida (valorização de aspectos que não valorizava antes, mudanças de valores).

O crescimento pós-traumático pode contemplar a possibilidade de o sujeito, a partir do processo de dar significado ao trauma, atingir um nível superior de desenvolvimento e adaptação em vários domínios da sua vida (Linley & Joseph, 2004; Linley, 2005; Strumpfer, 2006; Zoellner & Maercker, 2006). A literatura mostra que experiências como cancro, abuso sexual, sismos, acidentes de viação e outras experiências extremas podem dar origem à percepção de mudanças positivas, organizando as áreas de mudança em três domínios: mudanças na percepção do *Self*, mudanças nas relações interpessoais e mudanças na filosofia de vida (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Neste sentido, alguns combatentes participantes em guerras poderão ter conseguido enfrentar ou lidar com as memórias perturbadoras dos acontecimentos de guerra, construindo assim, uma narrativa pessoal capaz de dar sentido a um período de mudanças nas suas vidas e nessa consequência terão conseguido encontrar um sentimento de continuidade entre a vida antes e depois da guerra (Neimeyer, Prigerson, & Davies, 2002; Tedeschi, 1999).

A reorganização cognitiva e a regulação emocional exigidas pelo confronto com o trauma podem viabilizar a elaboração de esquemas que incorporem o trauma, tornando o indivíduo mais resistente para um futuro acontecimento adverso e viabilizando a elaboração de uma narrativa de vida mais complexa e mais sábia (Tedeschi & Calhoun, 2004). Segundo este modelo, existem factores de personalidade importantes que predizem o crescimento pós-traumático, como sejam: a auto-estima, o optimismo, a avaliação da ameaça e as estratégias

de *coping* mais adaptativas (reavaliação positiva, enfrentamento positivo e procura de apoio), (Jaksic, Brajkovic, Ivezic, Topic & Jakovljevic, 2012)

Agaibi e Wilson (2005), numa revisão de estudos sobre traumas de guerra, desastres naturais, e outros acontecimentos relacionados com o trauma, encontraram um grupo de preditores para o bem-estar e para a saúde mental relacionados com a resiliência dos sobreviventes: um *locus* de controlo interno, revelação do evento traumático para pessoas significativas, sentimento de identidade de grupo, percepção de recursos sociais e pessoais para ajudar a enfrentar o ambiente de recuperação pós-traumático, presença de comportamentos altruístas e pró-sociais, capacidade de encontrar sentido na experiência traumática na vida posterior, conexão, ligação e interacção social dentro de uma comunidade significativa de amigos e companheiros sobreviventes.

Outro estudo (Hendin & Haas, 1984, citado por Agaibi & Wilson, 2005), com veteranos da Guerra do Vietname, identificou que os combatentes ficaram mais resilientes e eram caracterizados por: tranquilidade sob pressão, aceitação do medo em si e nos outros, importância da compreensão e bom senso e ausência de culpa.

Britt, Adler e Bartone (2001), verificaram, numa missão de paz na Bósnia, que os militares americanos relataram a obtenção de benefícios, considerando como bastante significativa a sua participação.

Aldwin, Levenson e Spiro III (1994); Fontana e Rosenheck (1998), referem que os soldados expostos a acontecimentos de guerra podem indexar memórias dos episódios vivenciados nos teatros de guerra tanto a significados positivos como negativos. Neste sentido a capacidade de atribuir significados positivos à exposição ao combate revelou-se protectora para o desenvolvimento de PSPT. No entanto, a relação entre a atribuição de significados positivos no confronto com a situação traumática e a adaptação psicológica têm-se revelado inconclusivas (Calhoun & Tedeshi, 2004). Ou seja, os escassos estudos realizados com combatentes de guerra têm mostrado existir uma independência entre o sofrimento psicológico e a adaptação psicológica, no entanto os militares que atribuem significados positivos aos acontecimentos de guerra, apesar de manifestarem sofrimento, apresentam uma prevalência menor de sintomas de PSPT.

Mais recentemente, Jakovljevic et al. (2012), descrevem no seu modelo integrativo e interdisciplinar a importância de conceitos-chave relacionados com a PSPT, especificamente a vulnerabilidade ao trauma, pontos fortes, resiliência e crescimento pós-traumático, referindo que a abordagem à PSPT é complexa pois o passado está sempre presente e as pessoas vivem com esse medo “congelado” na sua memória dos acontecimentos traumáticos. No entanto,

referem que a PSPT também representa uma oportunidade para o crescimento psicológico, devido à capacidade humana em se adaptar, apesar de ter que enfrentar adversidades e momentos difíceis.

Tedeschi, Park e Calhoun (1997), referem que algumas pessoas conseguem esta mudança e uma capacidade de atingir um nível de funcionamento físico, social e psicológico superior ao que tinham antes de enfrentarem os acontecimentos potencialmente traumáticos e perturbadores, como é o caso da violência da guerra.

Como temos vindo a verificar, as repercussões de um acontecimento traumático podem ser muito diferentes de pessoa para pessoa e estão dependentes de vários factores de risco e/ou de protecção e da forma como estão disponíveis e são utilizados. Enquadram-se nesta perspectiva as variáveis psicossociais: auto-estima, *coping* e o suporte social.

2.7. Auto-estima

O estudo das representações acerca de si próprio tem sido uma área bastante estudada na Psicologia entre as quais de destacam os conceitos de autoconceito e de auto-estima. No presente estudo, não iremos fazer distinção entre autoconceito e auto-estima, apesar de alguns autores entenderem que existem diferenças. Para uma melhor compreensão do conceito de auto-estima, consideramos pertinente definir o autoconceito e o conceito de *Self* auto percebido ou *Self*, na perspectiva de Rogers, visto que a escala que utilizamos como instrumento de recolha de dados baseou-se na concepção de *Self* desenvolvida pelo autor.

Para Harter (1993), o autoconceito ou sentido de *Self* é definido como o conceito ou a ideia, a imagem que o sujeito tem de si próprio, é aquilo que acredita ser no quadro geral das suas capacidades e traços, é uma estrutura cognitiva com matrizes emocionais e consequências comportamentais, é um sistema de representações descritivas e avaliativas acerca do *Self*, que determina como nos sentimos acerca de nós próprios e que orienta as nossas acções. Podemos assim afirmar que o auto conceito é um conjunto de pensamentos e sentimentos que o sujeito forma acerca de si próprio como pessoa, com certas atitudes, valores ou comportamentos, sendo que esta visão subjectiva tem um papel importante no seu bem-estar, no comportamento social e no desenrolar da vida quotidiana.

Apesar de existirem várias definições de autoconceito a maioria dos autores concorda que o autoconceito consiste num conjunto de atitudes e crenças inter-relacionadas que o sujeito tem a respeito de si próprio, crenças estas, que são um produto da interacção social.

Neste sentido, a manutenção e aprimoramento do autoconceito constituem uma força motivadora para muito comportamento social (Santana, 2003).

O autoconceito está relacionado com a auto-estima, através da qual é efectuada uma avaliação global da pessoa, feita por si mesma, quer seja de modo positivo ou negativo. Segundo Garcia del Cura (2001, citado por Mosquera & Stobaus, 2008), a auto-estima é um conjunto de atitudes que cada pessoa tem sobre si mesma, uma percepção avaliativa sobre a sua pessoa, um estado, uma forma de ser segundo a qual a própria pessoa participa com ideias sobre si mesmo, que podem ser positivas ou negativas. Esta auto-avaliação não é estática, pois apresenta altos e baixos, emitindo sinais detectáveis com determinado grau de positividade ou negatividade, com efeitos a nível psíquico e fisiológico.

A auto-estima resulta, assim, dos aspectos avaliativos que cada pessoa elabora a seu próprio respeito, e que, por esse facto, poderá ser susceptível de afectar o seu bem-estar físico e psicológico. Para Peixoto (2003), uma auto-estima elevada associa-se a uma maior eficácia para responder às solicitações do meio, bem como uma maior ambição e optimismo; pelo contrário, uma menor auto-estima está associada ao pessimismo, desamparo, incapacidade, isolamento social, sintomas depressivos e uma projecção pessimista no futuro.

De acordo com Bacha, Santos e Strehlau, (2009, p. 20,21), a forma como o indivíduo se vê a si próprio “forma-se a partir das representações dos outros, que funcionam como um espelho, reflectindo uma imagem, a partir da qual o indivíduo se descobre, se estrutura e se reconhece”.

Segundo Rosenberg (1986, citado por Vaz Serra, 2007), na formação da auto-estima intervêm três processos: a avaliação reflectida, a comparação social e a auto-atribuição. A avaliação reflectida diz respeito à repercussão que tem sobre o indivíduo a avaliação que de si é feita pelos outros. A comparação social ocorre quando o indivíduo se compara com os seus pares sociais. A auto-atribuição refere-se à tendência que o ser humano tem para tirar conclusões a seu respeito, na observação das suas próprias acções, em função do êxito ou fracasso dos seus esforços.

Nesta perspectiva, a auto-estima pode ser considerada uma atitude, a forma como o indivíduo pensa, sente e age ou se comporta em relação a si mesmo. Logo, pode ser entendida como um processo dinâmico que pode flutuar, dependendo muito da vivência da situação que ocorre em determinado momento histórico do indivíduo, sendo que esta vivência influencia a auto-estima, com efeitos positivos ou negativos no seu bem-estar e na sua saúde.

De acordo com Tap e Vasconcelos (2004), a auto-estima é referida como uma experiência subjectiva que se traduz tanto verbalmente como através de comportamentos

significativos. O seu fundamento e as suas variações encontram-se nas relações do indivíduo consigo próprio ou com os seus semelhantes, indicando em que medida um indivíduo se acha capaz, válido e importante, o que se traduz num conjunto de atitudes e de opiniões que as pessoas colocam em jogo, na sua relação com o mundo.

Segundo estes autores, a auto-estima vai-se alterando consoante as experiências de vida são êxitos ou de fracassos. Uma experiência de êxitos estimula a pessoa a construir uma imagem positiva e firme em relação a si própria, já uma vivência de fracasso pode ser perturbadora, diminuindo a sua auto estima e reforçando alguma insegurança. A auto-estima positiva é um factor motivacional que permite ao indivíduo empenhar-se totalmente numa actividade social, favorece a realização pessoal, integração e adaptação à realidade social, enquanto uma auto-estima negativa pode diminuir o nível de aspiração do indivíduo e tende a minimizar as suas potencialidades e competências, reduzir as suas acções e a tornar difícil a sua integração e adaptação à realidade social.

O conceito de auto-estima ou estima de si está também relacionado ao conceito de *Self* auto percebido. Segundo Rogers (1954, citado por Tap, Hipólito & Nunes, 2006, p. 4), a auto-estima é definida como “uma configuração conceptual, organizada, fluida, mas consistente das características do eu que estão disponíveis à consciência”. É formada pelas auto-percepções das características pessoais, pelas auto-percepções originadas na relação com os outros e com o meio envolvente, e pelos ideais que são percebidos como tendo um valor positivo ou negativo.

Segundo Turner & Roszell (1994, citados por Vaz Serra, 2007), as pessoas com uma auto-estima alta sentirão menos tensões, frustrações, nervosismo, agitação e abatimentos, relacionados especialmente com patologias físicas e psíquicas, enfrentando melhor as implicações negativas que normalmente ocorrem com os acontecimentos indutores de stress e eventos potencialmente traumáticos. Têm também um menor risco de desenvolver sintomas de ansiedade e depressão e uma melhor saúde e qualidade de vida.

Pelo contrário, quando a auto-estima é pobre, a pessoa, regra geral, tem maior dificuldade em lidar com os acontecimentos do dia-a-dia, reage mal a críticas, mostra-se perturbada quando a rejeitam, adopta uma atitude passiva perante a vida e quando se compara com os outros sente-se inferior, têm igualmente tendência a atribuir o êxito a factores externos, como a sorte ou o acaso, e o fracasso a factores internos, como as aptidões pessoais. Quando se depara com acontecimentos stressantes ou situações adversas tem o risco de desenvolver uma depressão três vezes superior ao das pessoas com boa auto-estima (Vaz Serra, (2007).

Nesta perspectiva é evidente a importância da auto-estima ao longo da vida das pessoas e em várias áreas da mesma. Quando a percepção avaliativa que as pessoas elaboram a seu próprio respeito é alta, representa um recurso importante para fazer face às situações negativas e desagradáveis que normalmente surgem com os acontecimentos do dia-a-dia, protegendo-as dos efeitos prejudiciais que afectam a saúde e o seu bem-estar (Johnsen, Eid, Laberg & Thayer, 2002). Por outro lado, Vaz Serra (2003) mostra que a ocorrência de um acontecimento traumático modifica usualmente a concepção que o indivíduo tem do mundo em que vive, destrói a compreensibilidade que a pessoa tem do mundo à sua volta, fá-la sentir-se mais vulnerável, retira-lhe o sentido de predictabilidade e de controlabilidade das ocorrências e empobrece-lhe a auto-estima.

Resick (2000) refere-nos que a exposição a acontecimentos traumáticos afecta o funcionamento interpessoal, familiar, a capacidade de criar e manter relações de amizade, a relação consigo próprio ao nível da auto-estima e autoconfiança, e sentimentos de insegurança. E neste âmbito, Rutter (1985); Agabi e Wilson (2005), referem que sentimentos de uma boa auto-estima e autoconfiança fazem com que um enfrentamento bem-sucedido seja mais provável, bem como experiências de sucesso e de domínio anterior de situações stressantes, e que funcionam como moderadores de experiências traumáticas e factores protectores, enquanto que os sentimentos de impotência aumentam a probabilidade de uma adversidade.

Neste sentido o estudo da auto-estima revela-se fundamental para compreender os processos e mecanismos envolvidos pelo indivíduo face às adversidades, podendo constituir-se um factor protector predisponente a uma maior ou menor capacidade de adaptação.

Segundo Fortes e Neri (2008), os acontecimentos de vida são importantes fontes de influência para o desenvolvimento humano durante o curso da sua vida, orientando a personalidade para enfrentar os desafios e a adaptação biológica, social e psicológica de cada pessoa. A percepção que tem de si tem implicações no processo de avaliação da sua auto-estima e contribui para utilizar estratégias mais positivas ou negativas de *coping*.

Folkman et al. (1987, citado por Fortes, 2008) acreditam que altos níveis de auto-estima e bem-estar que caracterizam grande parte das pessoas parecem estar relacionados com as estratégias de *coping* por elas adoptados, pelo que em termos do desenvolvimento do *Self* as estratégias de *coping* podem ser consideradas como processos adaptativos, servindo como indicadores de uma forma de crescimento pessoal.

Segundo Vaz Serra (2002), o significado que a pessoa atribui à situação parece ser um facto determinante para o maior ou menor grau de perturbação que o mesmo acontecimento

provoca, verificando-se que esse significado está intimamente relacionado mais com experiências passadas do que experiências do presente. O processo pelo qual o indivíduo avalia a situação “depende do grau de importância que se lhe dá, das aptidões de *coping* e dos recursos sociais e pessoais que o indivíduo possui” (p. 374).

Os militares ao longo das missões são confrontados diariamente com vários problemas e acontecimentos difíceis e alguns potencialmente traumáticos. O seu bem-estar físico e psicológico é determinado pela forma como enfrentam e lidam com essas situações, ou seja, a forma como utilizam as estratégias de *coping* mais ou menos adaptativas.

2.8. *Coping*

O conceito de *coping* tem sido traduzido pelas expressões “formas de lidar com”, “adaptação” ou “confronto ou enfrentamento”. Num conceito mais preciso, o *coping* refere-se às estratégias ou habilidades que são utilizadas pelo ser humano para lidar com mudanças, ou perante exigências de situações adversas e indutoras de stresse, com o objectivo de as resolver.

Aldwin e Yancura (2004); Somerfield e McCrae (2000) referem o *coping* como uma variável psicológica moderadora ou mediadora de um processo dinâmico de adaptação entre o estímulo desencadeador e a manifestação de sintomas de PSPT, dependendo também de características do indivíduo, da personalidade, e do modo como percebe e enfrenta a situação. De acordo com Bishop (1994, citado por Tap, Costa & Alves, 2005), quando o indivíduo é confrontado com acontecimentos de vida por ele avaliados como perturbadores, o seu organismo reage de forma a tentar gerir esses acontecimentos e ajustar-se a eles.

Inevitavelmente, ao longo da sua vida, as pessoas são frequentemente confrontadas com múltiplos acontecimentos, problemas ou situações mais ou menos difíceis, para as quais precisam de encontrar formas de lidar e de se adaptar a essas circunstâncias adversas.

O interesse pelas diversas formas de adaptação por parte do ser humano a circunstâncias adversas, assim como pelos esforços desenvolvidos para lidar com situações indutoras de stresse, tem sido alvo de um crescente interesse por profissionais de várias áreas, nomeadamente da medicina (clínica geral e psiquiatria), das ciências sociais e humanas (psicologia clínica e da saúde, psicologia social, assistência social, aconselhamento e educação para a saúde).

Monat e Lazarus (1985), referem-se ao *coping* como esforços para lidar com situações de dano, ameaça ou desafio, quando não está disponível uma rotina ou uma resposta

automática. Lazarus (1993) realça que este conceito deve ser compreendido como um processo dinâmico, pois estamos constantemente a modificar as nossas circunstâncias, ou a forma como elas são avaliadas, no sentido de as tornar mais favoráveis. Neste sentido, embora se possam considerar estilos de *coping* estáveis, estes são geralmente contextuais, pois para que sejam eficazes devem-se alterar constantemente de acordo com as diferentes situações.

Lazarus e Folkman (1984, p. 141) definem o *coping* como “esforços comportamentais e cognitivos, em constante transformação, realizados pelo indivíduo, com o objectivo de lidar com exigências específicas, internas ou externas, da relação pessoa-ambiente, que são percebidas como sobrecarregando ou excedendo os seus recursos”. Por outras palavras podemos dizer que o *coping* engloba comportamentos e pensamentos a que o indivíduo recorre para lidar com as situações indutoras de stresse, e desta forma a resposta dada a um acontecimento causador de stresse depende de como a situação é avaliada pelo indivíduo, como sendo mais ou menos ameaçadora, do significado que tem para o seu bem-estar e dos recursos pessoais e sociais que tem para responder às exigências.

Os autores consideram que é o processo de avaliação cognitiva que vai determinar o potencial stressante de uma situação, assim como as respostas necessárias para lidar com esta, evidenciando que as avaliações cognitivas influenciam as respostas exigidas perante as situações. São identificadas duas formas de avaliação: a avaliação primária e a secundária.

Na avaliação primária o sujeito avalia se a relação entre ele e o meio ambiente é ou não significativa. As avaliações de bem-estar podem ter consequências positivas, ser irrelevantes se não tiverem significado, ou ter consequências negativas, que podem apresentar-se como ameaça, dano ou desafio, ou seja, até que ponto uma situação é avaliada como colocando em causa ou em perigo aspectos como a auto-estima, compromissos, valores ou objectivos.

Na avaliação secundária, o indivíduo avalia o que poderá fazer para superar os prejuízos ou melhorar as probabilidades de benefício, pelo que o sujeito avalia os recursos disponíveis para enfrentar ou alterar a situação, que podem incluir meios fisiológicos (saúde, condição física), sociais (redes e sistemas de apoio social), psicológicos (auto-estima, crenças, competências de resolução de problemas) e materiais (dinheiro e equipamentos).

Este processo de avaliação cognitiva vai determinar as estratégias de *coping* a que o indivíduo recorre para lidar com as situações indutoras de stresse, que podem ser de dois tipos: *coping* centrado no problema ou *coping* centrado na emoção (Folkman e Lazarus, 1980, 1985, citados por Vaz Serra, 2007). Quando o *coping* é centrado no problema, o seu objectivo é envolver o indivíduo em tentativas activas para enfrentar directamente a situação ou o problema que esteja a provocar o desajustamento e assim reduzir a percepção da ameaça –

modificação ou alteração da relação indivíduo-ambiente. Quando o *coping* é centrado na emoção, o seu objectivo é reduzir os níveis de ansiedade que estão associados ou resultantes de acontecimentos geradores de tensão e não necessariamente estratégias para mudar a situação. Estes esforços verificam-se ao nível somático ou sentimental e visam essencialmente a modificação ou regulação do estado emocional.

Para além destas modalidades de *coping*, centradas no problema ou nas emoções, Vaz Serra (2007) considera que o *coping* pode ser, ainda, centrado na obtenção de apoio social, em que o indivíduo procura ajuda de terceiros (familiares, amigos, colegas de trabalho e conhecidos). Este tipo de estratégias pode levar á resolução definitiva das dificuldades, ou, quando não aconteça, pode trazer compreensão, apoio emocional e afectivo, que ajudam o indivíduo a persistir na luta para a resolução dos seus problemas. Nestas modalidades diferentes de *coping*, o mais importante será o grau de eficácia das estratégias utilizadas pelo indivíduo, que depende sobretudo das aptidões e dos recursos pessoais e sociais a que cada um tem acesso. Quando estas estratégias são bem-sucedidas o stresse termina e há o regresso a um estado de bem-estar, caso contrário, se o stresse persistir irá dar origem a uma situação de desgaste emocional e mal-estar que se mantém e pode propiciar a ocorrência de doenças.

Lazarus e Folkman (1984) afirmam que quando as situações vivenciadas são avaliadas pela pessoa como susceptíveis de mudança tende-se a utilizar, com maior frequência, estratégias de *coping* centradas no problema, enquanto, se a situação for avaliada como sendo de difícil mudança, tende-se a utilizar estratégias de *coping* centradas na emoção. Também Vaz Serra (2007) refere que quando o indivíduo experimenta o stresse como pouco intenso, normalmente utiliza estratégias para a resolução do problema, pelo contrário quando o stresse é intenso os esforços são orientados para a redução do estado emocional.

Por seu lado, Fortes e Neri (2008) mencionam que a adaptação frente a uma situação stressante depende da noção do que é funcional para a pessoa, ou seja, da forma como cada um avalia a situação vivenciada. Perante acontecimentos incontroláveis, como sejam a morte inesperada de um filho ou de um camarada ou amigo, a aceitação pode ser a única forma encontrada pela pessoa para se manter bem emocionalmente.

No processo de adaptação a situações de stresse intervêm duas componentes fundamentais, designadamente: a avaliação cognitiva que as pessoas fazem dos acontecimentos geradores de stresse e as diferentes estratégias de *coping* utilizadas para a resolução dos acontecimentos. Tap, Costa e Alves, (2005), consideram que “independente do modo como se conceptualizam os processos de avaliação e *coping*, o que importa perceber é que ambos influem na adaptação do sujeito, uma vez que o seu objectivo principal é a redução

da probabilidade da situação stressante causar algum dano e/ou a diminuição das reacções emocionais negativas” (p. 48).

Segundo Aldwin, (1999); Mikulincer e Florian (1996), há um conhecimento crescente referindo que a forma como os indivíduos lidam ou enfrentam os acontecimentos traumáticos pode ser mais importante no desenvolvimento da PSPT do que a ocorrência do próprio trauma, pelo que o uso de estratégias de *coping* adequadas pode ser determinante na prevenção do desenvolvimento da PSPT e, neste sentido, desempenham uma importante função protectora.

Para além das diferenças individuais e circunstâncias que influenciam a forma como os indivíduos lidam com as situações indutoras de stress, alguns autores referem a importância da idade na elaboração das diferentes estratégias de *coping*. Diehl, Coyle e Labouvie-Vief (1996), mostram que quando comparadas as pessoas adultas a pessoas jovens, as pessoas adultas apresentam mais maturidade na elaboração de estratégias de *coping*, com maior controlo de impulsos e tendência para avaliar positivamente as situações de conflito.

Num outro estudo, Whitty (2003) analisou as diferenças de idade no tipo de mecanismos de defesa e estratégias de *coping* que as pessoas utilizam, demonstrando que os participantes mais jovens utilizam mecanismos de defesa menos maduros e mais imaturos do que as pessoas adultas e os mais antigos do grupo. Lazarus e DeLongis, (1983) referem que não são tanto as mudanças objectivas associadas à idade que afectam a adaptação, mas antes o seu significado subjectivo de apreciação e de resposta aos padrões de envolvimento, e que correspondem às diferentes atitudes perante as crenças acerca de si e do mundo, que abrangem tanto o controlo pessoal sobre os acontecimentos, como o papel das crenças.

Skinner e Edge (1998) consideram o *coping* como um processo intimamente ligado ao desenvolvimento psicológico e às respostas adaptativas dos indivíduos às situações adversas. Este processo, tanto pode revelar-se adaptativo quando é susceptível de aperfeiçoamento à medida que a pessoa se desenvolve permitindo-lhe lidar com as situações stressantes com uma eficácia cada vez mais acrescida, como pode revelar-se não adaptativo, quando a pessoa não se mostra capaz de lidar com as dificuldades que enfrenta, reflectindo muitas vezes um desenvolvimento humano cheio de constrangimentos e de relações mal sucedidas consigo próprio, com os outros e com o meio.

No que concerne à relação entre a utilização de estratégias de *coping*, orientadas para a emoção ou para a resolução de problemas, e o desenvolvimento de sintomas de PSPT, a maioria de estudos sobre *coping* com combatentes indica que a utilização de estratégias de *coping* centradas na emoção estão associadas a mais sintomas de PSPT, enquanto a utilização

de estratégias de *coping* centradas no problema estão associadas a um menor número de sintomas de PSPT (Fairbank, Hansen & Fitterling, 1991; Sharkansky, King, King & Wolfe, 2000; citados por Dirkzwager, Bramsen, Ploeg & Van-Der, 2003; Solomon, Mikulincer, & Flun, 1988; Sutker, Davis, Uddo & Ditta, 1995; Zeidner & Bem-Zuar, 1994).

Solomon, Avitzur e Mikulincer (1990) verificaram que o uso de estratégias focalizadas na emoção estão geralmente relacionadas com a presença de sintomas psiquiátricos, além disso, um elevado nível de estratégias focadas no problema modera os efeitos prejudiciais de estratégias focalizadas na emoção sobre a saúde mental.

As estratégias de *coping* de evitação são mais associadas a níveis mais altos de PSPT, pelo que o estilo evitativo parece predizer uma maior gravidade de PSPT, sendo que este estilo é muito comum em pessoas com PSPT. Em estudos longitudinais, o estilo evitativo está relacionado com o aumento do uso de álcool e a um menor bem-estar dos militares (Hoge, Austin & Pollack, 2007; Johnsen, Eid, Laberg & Thayer, 2002).

Anunciação (2010), num dos estudos efectuados sobre a relação entre as estratégias de *coping* e PSPT, com antigos combatentes da guerra do Ultramar, constatou que os combatentes com o diagnóstico de PSPT recorrem menos a estratégias de *coping* de resolução de problemas e manifestam mais sintomatologia como ansiedade, hostilidade, psicoticismo, quando comparados com combatentes sem o diagnóstico da PSPT.

Outros estudos que avaliam a prevalência de PSPT em combatentes, embora não específicos para avaliar as estratégias de *coping*, têm revelado competências de *coping* limitadas. Pereira (1997) avaliou a capacidade de adaptação social em antigos combatentes com PSPT e verificou que existiam dificuldades de adaptação social, familiar e profissional na maioria dos combatentes.

Alguns estudos têm estudado a relação entre as estratégias de *coping* utilizadas pelos militares durante as OP, bem como a relação entre os tipos de *coping* e o desenvolvimento da PSPT após o regresso a casa. Creech, Benzer, Liebsack, Proctor e Taft (2013) com militares regressados do Afeganistão, mostram que os militares são normalmente preparados para o combate utilizando estratégias de *coping* de confronto com as situações stressantes. Os resultados do estudo revelam que as estratégias de *coping* utilizadas com sucesso em combate, podem não ser funcionais antes da missão e depois da missão. No regresso a casa, estas mesmas estratégias utilizadas para lidarem com a família podem ser pouco adaptativas.

Em síntese: o *coping*, desempenha um papel fundamental na forma de resolução e gestão dos problemas relacionados com as situações traumáticas. As estratégias de *coping* utilizadas variam de indivíduo para indivíduo e podem ser eficazes se ajustadas às situações,

mas também podem ser desadequadas e ineficazes, contribuindo para o desenvolvimento de sintomas de PSPT. Os resultados das investigações com combatentes com sintomatologia de PSPT têm revelado que os militares utilizam geralmente ambos os tipos de estratégias de *coping*, no entanto existe uma predominância do recurso a estratégias de *coping* orientadas para a emoção, embora na sua generalidade o *coping* focado no problema (*coping* activo) se associe a resultados mais positivos e melhor adaptação às situações.

O coping torna-se assim um processo de ajustamento permanente, não se apresentando como um traço ou disposição, mas um processo de adaptação em função do estímulo e do contexto e também das avaliações e reavaliações realizadas pela pessoa. Outra estratégia de *coping* importante e protectora para o desenvolvimento de PSPT é o suporte social.

2.9. Suporte Social

A relação entre acontecimentos stressantes, eventos traumáticos e o apoio social tem sido muito estudada. Segundo Wolkow, Ferguson (2001) e Rutter (1987), os efeitos do apoio social nas pessoas podem permitir tanto uma forma ou oportunidade para que o indivíduo possa sair de uma situação de risco, quanto para ajudar a uma avaliação mais saudável dos acontecimentos. Para além disso, o apoio social pode ter um impacto protector e facilitador em aspectos da pessoa, como por exemplo, aumentar a auto-estima, ser mais optimista perante a vida e diminuir as sensações de fracasso e isolamento.

De acordo com Vaz Serra (2007), o apoio social diz respeito “à quantidade e à coesão das relações que envolvem uma pessoa, à força dos laços estabelecidos, à frequência de contacto e ao modo como é percebido que existe um sistema de apoio que pode ser útil e prestar cuidados quando necessário” (p.124). Trata-se portanto de um conceito abrangente referente às relações sociais entre as pessoas e/ou meio ambiente, no sentido de gerar efeitos positivos no bem-estar físico e psicológico dos indivíduos.

Para Hobfoll e Vaux (1993), o apoio social é um meta-constructo, constituído por três elementos conceptuais diferentes, que se relacionam num processo dinâmico de transacções entre os sujeitos e entre estes e o ambiente: os recursos da rede social, que são constituídos pelas relações sociais disponíveis e que podem objectivamente prestar ajuda em caso de necessidade; o comportamento de apoio, que se refere à troca de recursos entre as pessoas; e a avaliação subjectiva de apoio, que diz respeito ao modo como as pessoas percebem e atribuem significado ao apoio prestado por alguém.

Quando um indivíduo acredita que não possui aptidões ou recursos pessoais e sociais para lidar com as exigências criadas por uma situação, apresenta um risco aumentado de desenvolver respostas não adaptativas de stresse e, consequentemente, o seu estado de bem-estar e saúde altera-se (Amaral & Vaz Serra, 2010).

Outro aspecto refere-se ao processo de avaliação cognitiva pelo qual o indivíduo avalia a situação, e que depende, em parte, dos recursos sociais disponíveis. Por outro lado, a procura de apoio social pode ser considerado como uma estratégia de *coping* (Vaz Serra, 2006). Para Thoits (1986) o apoio social é considerado um mecanismo de *coping*, pelo facto que a pessoa procura conselhos, ajuda e apoio emocional.

A investigação sustenta a existência de uma relação directa entre o nível de apoio social, o estado de saúde do indivíduo, o risco de padecer de várias doenças e o bem-estar do indivíduo. Por exemplo, Ribeiro (1999) mostra que o apoio social tem efeitos mediadores na protecção da saúde e desempenha um papel protector ao longo do ciclo vital, enquanto que Vaz Serra (2007), afirma que o apoio social protege os indivíduos contra a deterioração de saúde e bem-estar, melhora a qualidade de vida e atenua as consequências negativas das circunstâncias indutoras de stresse.

Relativamente às fontes de apoio social, Dunst e Trivette (1990), citados por Ribeiro (1999), distinguem duas fontes de apoio social: a informal e a formal. As fontes de apoio social informal remetem para as pessoas próximas (familiares, amigos, vizinhos) e grupos sociais (clubes, associações, igreja), que são susceptíveis de fornecer apoio nas actividades do dia-a-dia, constituindo uma forma de resposta a situações de vida normativa e não normativa. As fontes de apoio social formal abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, instituições governamentais, ONG's, serviços de saúde) como os profissionais de saúde e apoio psicossocial (médicos, psicólogos, assistentes sociais, etc.), que estão preparados para proporcionar cuidados ou ajuda assistencial às pessoas necessitadas. Podemos afirmar que o apoio social refere-se ao apoio prestado pela família, pessoas significativas, grupos e organizações, ao indivíduo em determinada situação de vida, com necessidades de apoio.

Vaz Serra (2003) refere vários tipos de apoio social em situações de PSPT: 1) apoio afectivo, em que a pessoa se sente aceite e estimada pelos outros, independentemente das suas limitações ou defeitos; 2) apoio emocional, que permite ao indivíduo partilhar, exprimindo os sentimentos evocados pela experiência e o sentimento de apoio e segurança que pode receber; 3) apoio informativo, que pode ajudar a elaborar estratégias para lidar com o acontecimento traumático ocorrido, dando conselhos importantes no processo de decisão; 4) apoio perceptivo, que proporciona à pessoa a recontextualização e avaliação adequada da situação,

atribuindo-lhe significado e estabelecendo objectivos mais realistas; 5) apoio instrumental, que consiste no apoio concreto que a pessoa efectivamente recebe em termos materiais e/ou de serviços; 6) apoio de convívio e social, contempla actividades de lazer ou culturais, de convívio e contacto com outras pessoas, o que permite reduzir a tensão, diminuir os sentimentos de isolamento e desespero e aumentar a sensação de pertença a determinado grupo social.

Ainda segundo Vaz Serra, (2007) todos os tipos de apoio social são úteis, dependendo do grau de controlo e da circunstância indutora de stresse. O apoio instrumental e o informativo são úteis quando a situação é controlável, para ajudar o indivíduo a resolver o problema de forma definitiva. Mas quando a situação é incontrolável, o apoio afectivo é o único possível, porque nestas circunstâncias pouco se pode fazer, a não ser ajudar o indivíduo a lidar com as emoções negativas. O apoio perceptivo é útil para corrigir a distorção da realidade, pois pode levar o indivíduo a reformular o seu problema.

Para além destes tipos de apoio, (Ribeiro, 1999) mostra outros aspectos relativos à percepção e ao significado que o indivíduo atribui ao apoio social disponível e recebido. O apoio social percebido refere-se “ao apoio social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele” e o apoio social recebido “ao apoio social que foi recebido por alguém” (p. 548).

Vaz Serra (2003) refere a avaliação subjectiva que o indivíduo dá ao apoio social recebido, que pode levar a considerá-lo “como existente ou nulo, suficiente ou insuficiente, de boa ou má qualidade, ter sido oportuno ou não ter chegado a tempo” (p. 142). E acrescenta que, embora o indivíduo tenha recebido apoio social, pode sentir que “não era aquilo de que precisava, que não resolveu os seus problemas ou que teria sido útil se tivesse sido prestado há mais tempo” (p. 143).

De um modo geral, o apoio social percebido manifesta-se como mais importante do que o apoio recebido, em termos de ajustamento a acontecimentos de vida stressantes (Wethington & Kessler, 1986). O apoio social recebido e percebido pelas pessoas, de acordo com Dessen e Braz (2000), “é fundamental para a manutenção da saúde mental e para o enfrentar de situações stressantes e para o alívio do stresse físico e mental”. E acrescenta que, “a existência de um apoio social, constituído por familiares, vizinhos e amigos, é geralmente considerado como um bom indicador de saúde mental e um óptimo prognóstico de bem-estar, uma vez que serve para facilitar o confronto e a resolução de acontecimentos de vida difíceis e/ou amortecer o seu impacto” (p. 222).

Por outro lado, de acordo com Pedroso e Sbardelloto (2008), o apoio social percebido e recebido é um importante recurso que poderá contribuir para a adesão ao tratamento e recuperação dos indivíduos com doença crónica, como seja o caso da PSPT, podendo levar a um ajustamento perante o sofrimento, reduzir a angústia que os acompanha e promover uma maior adesão ao tratamento médico.

O apoio social em indivíduos com PSPT é considerado de grande importância, pois tem influência na minimização dos sintomas ou na potencialização dos mesmos. Moscarello (1990) refere que os indivíduos que possuem um forte sistema de apoio social tendem a ter níveis mais baixos de morbilidade psicológica e maior possibilidade de superar as consequências dos efeitos traumáticos. A qualidade do apoio social está associada a resultados positivos na saúde mental e física dos indivíduos.

Numa revisão da literatura, Baptista, Baptista e Torres (2006), encontraram estudos que evidenciam que o apoio social era considerado como um factor muito importante de “redução do impacto de acontecimentos stressantes e de diversos transtornos psiquiátricos/psicológicos, tais como a depressão, a ansiedade e a esquizofrenia, e pode também estar associado ao desenvolvimento, tratamento e prognóstico desses problemas” (p. 40). Neste sentido, Vaz Serra (2003) refere que a investigação tem comprovado que “as pessoas que pertencem ou têm a percepção de pertencer a uma rede social forte, de quem podem receber ajuda quando têm necessidades ou passam por acontecimentos traumáticos, sentem de forma menos intensa as situações de stresse” (p. 140).

A relação entre o apoio social e a saúde física e mental tem sido alvo de várias investigações, nomeadamente no que se refere aos acontecimentos traumáticos. Num estudo realizado com combatentes de guerra, Barret e Mizes (1988); Boscarino (1995) verificaram que os militares com maior apoio social relataram menos sintomas de PSPT e depressão. Por outro lado os que tinham um baixo suporte social apresentavam com mais frequência o diagnóstico de PSPT, ansiedade geral, consumo de álcool e depressão.

King, King, Fairbank, Keane e Adams (1998), assim como, Fontana, Rosenheck e Horvath (1997) revelam a utilidade do apoio social como um factor importante como moderador das situações que induzem stresse e a influência do apoio social como efeito protector no desenvolvimento da PSPT. Numa população de veteranos do Vietname, verificaram que o apoio social é um factor protector importante para o desenvolvimento da PSPT, e quanto maior o apoio social, menor foram os sintomas apresentados pelos sujeitos.

Numa linha de investigação similar, Solomon, Mikulinder e Avitzur (1988) verificaram, numa amostra de soldados israelitas que participaram na Guerra do Líbano, que

um apoio social pobre estava igualmente associado com o desenvolvimento de PSPT. Num estudo mais recente, Martz, Livneh e Bodner (2010), com uma amostra de veteranos da Guerra do Vietname, identificaram que o apoio emocional e social na resolução de problemas diminui significativamente o impacto da deficiência nos níveis de PSPT.

Joseph, Yule, Williams e Andrews (1993, citados por Vaz Serra, 2003) mostram que a qualidade do apoio recebido, imediatamente após a ocorrência do acontecimento traumático, torna-se preditiva de uma melhor evolução psicológica.

Morais (2009) identificou em militares do Exército português em missão no Afeganistão, uma maior percepção e satisfação com o suporte social dado pelos pares e chefias. Também Smith et al. (2013) mostram que o suporte social está associado a uma diminuição de risco para sintomas de saúde mental, e encontraram num estudo com militares duas importantes fontes de apoio social protectoras para o desenvolvimento de PSPT: a unidade militar e os amigos e família, principalmente em situações difíceis.

Para além destes aspectos, o apoio social reduz o risco de suicídio em pessoas com PSPT. Moshe, Iulian, Ravit e Marianne (2001), analisaram o apoio social e risco de suicídio em pacientes com PSPT: os resultados sugerem que as pessoas com PSPT têm maior risco de suicídio e o apoio social reduz esse risco. Também, Jakupcak et. al (2010) estudaram a relação entre apoio social e risco de suicídio em combatentes da guerra do Iraque e do Afeganistão, e verificaram que a satisfação com as redes sociais foi protectora para o risco de suicídio. Neste estudo, os militares casados e os que relatam maior satisfação com as redes sociais são menos propensos a ter comportamentos sugestivos de suicídio.

Vários estudos têm analisado a importância do apoio social como factor protector para o desenvolvimento da PSPT. Para uns, o suporte social desenvolve-se e mantém-se ao longo do tempo, sendo anterior aos acontecimentos traumáticos e visa proteger as pessoas das consequências negativas do impacto da situação stressante. Neste sentido, à medida que o suporte social aumenta, melhor será o efeito protector e preventivo dos efeitos negativos e indesejáveis para a saúde. Numa outra perspectiva, Resick (2000) entende que o suporte social é apenas relevante em situações de elevado stresse, particularmente nos acontecimentos traumáticos que envolvam a perda de pessoas significativas que integram a sua rede social.

Com efeito, os estudos efectuados, na sua generalidade, demonstram de uma forma consistente que o apoio social desempenha um papel fundamental na adaptação do indivíduo, enquanto a sua ausência é preditora de um aumento dos níveis de sintomatologia de PSPT.

Nesta 2ª parte da investigação analisámos a PSPT, a sua evolução, os conceitos e variáveis associadas. Os conceitos relacionados com a PSPT são de uma escala muito alargada – o fenómeno da PSPT é complexo, bem como o seu diagnóstico, pois existe uma comorbilidade elevada e várias variáveis de risco e/ou protectoras que são determinantes para o desenvolvimento da patologia. Nas situações de guerra e também nas OP, podem ocorrer acontecimentos traumáticos que podem ser repetitivos e prolongados no tempo. O militar pode sentir-se ameaçado, pode ter visto actos agressivos e violentos e ver morrer pessoas e os seus camaradas, sofrer privações nas suas condições de vida, sentir dificuldades de adaptação ao ambiente físico e operacional em que está inserido, como aconteceu, com os militares nas missões de maior risco, do Kosovo e mais especificamente no Afeganistão.

A diversidade da metodologia utilizada encontrou um largo espectro de prevalência de PSPT, mostrando uma menor prevalência nos atuais conflitos. Os resultados parecem ser consistentes no que se refere à predisposição de algumas pessoas para o desenvolvimento da PSPT, e a elevada comorbilidade é um aspecto aceite pela generalidade da comunidade científica. Outros factores (de risco e de protecção) influenciam o desenvolvimento da PSPT, existindo variáveis (psicopatologia, auto-estima, estratégias de coping e suporte social) que podem ser consideradas moderadoras ou mediadoras para o desenvolvimento da PSPT.

A maior parte dos conceitos relacionados com a PSPT estão orientados para o impacto negativo provocado pelas consequências da experiência dos acontecimentos. Ao analisarmos que a maior parte das pessoas não desenvolve PSPT e conseguem encontrar recursos para uma boa recuperação, ou até crescer com as adversidades, poderemos pensar numa inversão de paradigma para uma perspectiva positiva e considerarmos os factores protectores e o crescimento pós-traumático como desafios a desenvolver e potenciar.

No capítulo seguinte, abordaremos os modelos de prevenção e intervenção psicológica para os militares participantes em OP, ao nível dos Ramos e da Rede Nacional de Apoio, bem como algumas abordagens, gerais e específicas, para a prevenção e tratamento da PSPT.

PARTE III

**MODELOS DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA PARA OS
MILITARES DAS OPERAÇÕES DE PAZ: DA TEORIA À PRÁTICA**

Capítulo 3: Modelos de Prevenção e Intervenção Psicológica para os Militares das Operações de Paz. Da Teoria à Prática

De acordo com Boehnlein (1987), cada pessoa vive individualmente as suas experiências, mas muitas são partilhadas e é no seio do grupo social e cultural que ocorre o processo de recuperação. Nos militares, as experiências e vivências potencialmente traumáticas são, na maior parte das vezes, partilhadas em grupo, com os pares e camaradas, pelo que as chefias militares e os comandantes das FND deverão estar sensibilizadas para a importância da necessidade da partilha de sentimentos, tanto mais que as questões da culpa, vergonha, embotamento emocional e isolamento dos outros são algumas das áreas com maior impacto em contexto grupal, e que podem influenciar o desenvolvimento da PSPT, particularmente quando o processo emocional está muito activado.

Assim, torna-se da maior relevância a criação e facilitação de espaços, com garantia de confidencialidade, onde os militares possam partilhar abertamente as suas emoções e ter em conta o papel atribuído aos outros, nomeadamente a família, a chefia directa e os camaradas, não apenas durante o confronto e vivência com o acontecimento potencialmente traumático, mas nos momentos que se seguem e durante o processo de recuperação.

3.1. Enquadramento Nacional e Articulação de Respostas

Em 2005, a Conferência Ministerial dos Estados Membros da região europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em Helsínquia, produziu a Declaração Final “Enfrentar os desafios, construir as soluções”, subscrita pelo Governo Português, a que a Comissão Europeia respondeu com a publicação do Livro Verde “Melhorar a saúde mental da população rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia”, onde recomendam aos países uma atenção muito particular aos problemas de saúde mental, acentuando a necessidade de promover alterações substantivas nos modelos de intervenção.

Trata-se de um instrumento que apela à intersectorialidade, prevendo uma articulação entre ministérios, com destaque para o Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Solidariedade Social, no âmbito dos cuidados continuados integrados com cuja Rede Nacional se deverá articular com os Ministérios da Educação, da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, nos campos da promoção, da prevenção e da investigação científica, e com o Ministério da Defesa Nacional (MDN), no âmbito do apoio aos militares e ex-militares portadores de perturbação psicológica crónica resultantes da exposição a factores traumáticos de *stress* durante a vida militar.

O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM, 2008) apresenta-se como o instrumento de gestão adequado que permite responder às necessidades identificadas, sendo que os problemas de saúde mental constituem actualmente uma das principais causas de incapacidade e de morbilidade nas nossas sociedades. No que diz respeito à articulação intersectorial e nas actividades de reabilitação psicossocial, o plano refere que as respostas de cuidados continuados integrados são um instrumento importante para regular a participação conjunta das áreas da saúde e da segurança social, nomeadamente os doentes com patologias graves que originam incapacidade ou dependência, referindo que, “importa articular esta nova rede com a Rede Nacional de Apoio aos Militares e Ex-Militares Portugueses Portadores de Perturbação Psicológica Crónica” (p. 28).

Vinte e cinco anos após o fim da Guerra do Ultramar (1961-1974), e na sequência de movimentos de várias Associações de Combatentes [Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA), Associação de Apoio aos ex-combatentes Vítimas de Stresse de Guerra (APOIAR), e Associação Portuguesa dos Veteranos de Guerra (APVG), entre outras], no sentido de reconhecer os antigos combatentes com PSPT, foi aprovada, na Assembleia da República, a Lei nº 46/99, de 16 de Junho: “Apoio às vítimas de *stresse* pós-traumático de guerra”. A referida Lei veio consagrar inequivocamente o reconhecimento do *stresse* pós-traumático como causa de diminuição da capacidade geral de ganho, integrando esta patologia no regime de protecção aos DFA consagrado no Decreto-Lei nº 43/76.

Esta legislação vem instituir o regime de apoio às vítimas de *stresse* pós-traumático de guerra, materializando o reconhecimento que a Nação confere aos que, no cumprimento dos seus deveres militares, foram expostos a situações causadoras de trauma psicológico, que se reflectem em sofrimento generalizado e que em determinados casos evolui para a cronicidade. O normativo, possibilita que os portadores de perturbação psicológica crónica resultante da exposição a factores traumáticos de *stresse* durante a vida militar, vejam o seu caso avaliado por uma Junta de Saúde Militar (JSM) e que, em consequência da gravidade da sua situação clínica, venham a receber o tratamento necessário e, eventualmente, a ser considerados Deficientes das Forças Armadas (DFA). A referida Lei confere ainda uma protecção através da organização de uma Rede Nacional de Apoio (RNA)¹⁶ aos militares e ex-militares que sofram dessa mesma perturbação crónica em consequência da exposição a factores traumáticos de *stresse* durante a vida militar.

¹⁶ Decreto-Lei nº 50/2000 de 07 de Abril.

Esta legislação é aplicável aos antigos combatentes e aos militares que desempenham ou tenham desempenhado missões humanitárias e de paz ou acções de cooperação técnico-militar no estrangeiro, nos termos do Dec-Lei nº 233/96, de 7 de Dezembro, e 238/96, de 13 de Dezembro. O diploma atribui ao Estado a incumbência de criar a RNA aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação psicológica crónica resultante da exposição a factores traumáticos de *stress* durante a vida militar. Compõem a RNA, as Instituições e os Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no Sistema de Saúde Militar (SSM), em articulação com os serviços públicos e as Organizações Não Governamentais (ONG's). São objectivos da rede instituída a informação, identificação e encaminhamento dos casos e a necessária prestação de serviços de apoio médico, psicológico e social.

3.2. A Rede Nacional de Apoio (RNA) Médico, Psicológico e Social

A Lei nº 46/99 “Apoio às vítimas de *stress* pós-traumático de guerra”, refere no seu art.º 2º, que incumbe ao Estado a criação da RNA aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação psicológica crónica resultante da exposição a factores traumáticos de *stress* durante a vida militar. Refere ainda, que as ONG's articulam-se com os serviços públicos na prossecução dos objectivos previstos, através da elaboração de protocolos com o MDN e o MS, que podem incluir a utilização por cedência de instalações próprias daquelas organizações e a prestação de serviços. Nos termos da legislação supracitada é conferido ao militar ou ex-militar o direito de acesso aos serviços de apoio médico, psicológico e social prestados por qualquer das instituições e serviços que integram a RNA.

No seu artigo 3º “Ações militares no estrangeiro”, refere-se que o diploma é também aplicável aos militares que desempenham ou tenham desempenhado missões humanitárias e de paz ou acções de cooperação técnico-militar no estrangeiro. Para efeitos da aplicação da legislação citada, consideram-se as perturbações psicológicas crónicas resultantes da exposição a factores traumáticos de *stress*, nomeadamente em termos de desencadeamento, precipitação ou agravamento.

A admissão na RNA dos militares e ex-militares portugueses passíveis de serem portadores das perturbações psicológicas referidas é feita através dos Centros de Saúde (CS), nos termos do Dec-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, a partir dos quais serão tomadas as medidas necessárias para a avaliação da patologia de que eventualmente sofram, nomeadamente através do Serviço Local de Saúde Mental (SLSM) com os quais se articulem, utilizando a Circular Normativa nº 11/DSPSM de 13/08/2001 da DGS, de acordo com o Despacho

Conjunto nº 364/2001 de 20 de Abril dos MDN e da Saúde (Admissão na RNA aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação de pós-stresse traumático - Modelo 1 e 2).

Aos militares e ex-militares que sejam beneficiários do subsistema de Assistência na Doença aos Militares (ADM) são também facultados os serviços referidos no número anterior pelas Instituições e Unidades de Saúde Militares (USM), actualmente o Hospital das Forças Armadas (HFAR) e Polos de Lisboa e Porto.

Após a avaliação da eventual patologia referida no Modelo 1, deverão os SLSM e USM, elaborar um processo clínico, segundo o Modelo 2 (Relatório Médico), e remetê-lo à Direcção de Saúde do Ramo das Forças Armadas (Exército, Marinha ou Força Aérea) onde o militar ou ex-militar presta ou prestou serviço militar, que promoverá os procedimentos necessários para a submissão a uma JSM.

Se a decisão da JSM reconhecer que o militar ou ex-militar sofre de qualquer das patologias referidas (perturbações psicológicas crónicas resultantes da exposição a factores traumáticos de stresse, nomeadamente em termos de desencadeamento, precipitação ou agravamento), é-lhe conferido o direito de acesso aos serviços de apoio médico (psiquiátrico), psicológico e social prestados por qualquer das Instituições e Serviços que integram a RNA, quando no processo clínico da avaliação conste parecer nesse sentido.

A cooperação entre os serviços públicos que integram a RNA é definida por despachos conjuntos dos membros do Governo que detêm a respectiva tutela, concretamente os MDN e da Saúde, da Segurança Social e do Trabalho, que atribuem competências de coordenação da RNA a uma Comissão Nacional de Acompanhamento (CNA).

Porém, 7 anos após a criação da RNA e 5 anos depois de entrar em funcionamento, no Colóquio realizado em 21 de Novembro de 2007, na Academia Militar, para se efectuar o balanço de funcionamento da RNA, conclui-se que, “desde a institucionalização da Rede que se têm verificado dificuldades com a eficácia da sua implantação prática no terreno, que têm vindo a ser diagnosticadas pela CNA ou transmitidas pelas associações ou pelos utilizadores e que têm diminuído a capacidade de a RNA prestar os apoios devidos”.

Nesta mesma data, a Liga dos Combatentes foi convidada pelo MDN para efectuar um protocolo semelhante ao efectuado em 2002 com outras Associações de Combatentes, assumindo a responsabilidade de criar uma estrutura de Apoio Médico, Psicológico e Social, de âmbito Nacional, a funcionar em rede com os seus cerca de 100 Núcleos espalhados pelo País. A partir de 2008, com a contribuição do autor do presente estudo, a Liga dos Combatentes cria e desenvolve o programa “Cuidados de Saúde e Apoio Social” para os combatentes e suas famílias.

O programa desenvolve-se através de três áreas: o Centro de Estudos, os Centros de Apoio Médico, Psicológico e Social (CAMPS) e o Centro de Apoio à Inclusão Social (CAIS). O programa está implementado numa perspectiva de respostas de proximidade, criando os CAMPS nas várias regiões do País (Loulé, Lisboa, Coimbra e Porto), mas também chegando ao interior (Évora, Covilhã e Chaves) e Ilhas Terceira e Funchal. Os Núcleos de cada região asseguram o funcionamento em rede, referenciando e encaminhando os combatentes e famílias para respostas existentes localmente, ou para respostas específicas que os CAMPS asseguram através das suas equipas multidisciplinares (médico de clínica geral e familiar, médico psiquiatra, psicólogos clínicos e da saúde, assistentes sociais, enfermagem e apoio psicossocial ao domicílio). Estas respostas específicas, tal como a lei prevê, destinam-se a complementar respostas que o SNS e o SSM não conseguem assegurar.

3.3. Os Modelos de Aprontamento dos Ramos e da GNR

As Forças Armadas Portuguesas, nomeadamente o Exército, por ser o Ramo mais representativo, tem-se preocupado, desde meados dos anos noventa, com os efeitos e as consequências do stresse nas tropas em geral e em particular nos militares que participam em OP, tendo em conta que estas missões são marcadas por complexidade e incerteza, exigindo dos militares envolvidos formas de actuação diferentes das habituais do seu dia-a-dia. Estas novas missões também se caracterizam por uma mudança do papel do militar, pois embora não deixando de ser combatente, passa a ter um papel de interventor imparcial e neutro, o que coloca o militar em ambientes multidimensionais exigentes com situações novas e incertas.

Neste sentido nos últimos anos, os estudos internacionais com militares das OP verificam que existe uma grande variedade de acontecimentos capazes de produzir PSPT e que a médio e longo prazo podem ter consequências negativas biopsicossociais de alguma forma semelhantes aos efeitos provocados em acções violentas ou contextos de guerra.

Em 1996, no Jornal do Exército, o então Director do Centro de Psicologia Aplicada do Exército (CPAE), apresenta algumas preocupações em relação aos primeiros contingentes de militares portugueses em missões de paz, especificamente o contingente militar participante na Bósnia, esboçando um modelo de acções de prevenção orientado para três fases: antes, durante e depois da missão (Pamplona & Monteiro, 2011).

Estes autores e o CPAE, através do Núcleo de Apoio Psicológico e Intervenção na Crise, desenvolveram o Modelo de Intervenção e Acompanhamento Psicológico (MIAP) para as Forças Nacionais Destacadas que tem por objectivo o apoio psicológico aos militares e

seus familiares numa dimensão preventiva através da cooperação com outros militares (p.e. médico, capelão, os pares, o comando da força). O modelo desenvolve-se em três fases: aprontamento, deslocamento e pós-deslocamento.

Antes da missão e durante a fase de aprontamento; acções dirigidas especificamente às tropas em geral, aos comandantes e às famílias, através de entrevistas de despiste clínico, palestras aos militares e comandantes, formação de pares, distribuições de folhetos.

Durante a missão; acções a realizar no TO onde possam ocorrer situações críticas, visando a ventilação das emoções quando se verificarem reacções agudas de stresse de forte intensidade, ou aconselhando a evacuação para um centro de recuperação psicológico, tendo sempre como objectivo principal a recuperação e regresso rápido do militar à missão.

Após o regresso da missão; acções visando a avaliação psicológica individual e das forças e o acompanhamento individual de casos referenciados, numa base de participação e adesão voluntária.

O MIAP foi sendo desenvolvido e aprofundado pelo CPAE durante os últimos anos, mantendo actualmente um psicólogo em apoio e acompanhamento da missão. Em complemento a este modelo e no sentido de garantir o apoio psicossocial às famílias dos militares, no início de 2014, foi apresentado o projecto “Eu, Tu e Nós” com o objectivo de promover a resiliência nas famílias dos militares destacados para as missões de paz.

Actualmente o apoio sanitário¹⁷ das FND é realizado ao nível de: avaliação médica, exames complementares de diagnóstico (p.e., ECG, Rx Tórax) e rastreio e tratamento estomatológico e vacinação. Os resultados da consulta de avaliação médica individual fazem parte de uma base de dados informatizada com os dados clínicos de cada um dos militares: ficha clinica individual (com base no modelo previsto no Manual da ONU – Medical Support Manual for United Nations Peacekeeping Operations). No final da missão todos os militares realizam novo controlo clínico e cada um dos militares fica na sua posse com a informação clínica relevante para entregar ao seu médico de família para posterior orientação terapêutica.

Do aprontamento sanitário faz parte uma palestra acerca da resolução de conflitos e a realização de questionários de avaliação psicológica e entrevista individual aos militares sinalizados pelos questionários.

Também o Centro de Psicologia da Força Aérea (CPISFA), durante o ano de 2005, elaborou um plano de acompanhamento e apoio à missão da ISAF/NATO no apoio às

¹⁷ Gomes, 2006, p. 938), define o apoio sanitário: “... o Serviço de Saúde tem por missão genérica apoiar os efectivos militares por todas as formas e acções que concorram, a nível individual e colectivo, para a promoção e manutenção do mais elevado estado sanitário, capaz de garantir o mais elevado potencial de combate ...”.

operações no Aeroporto Internacional de Kabul no Afeganistão. Durante a preparação para a missão, o comandante da operação solicitou ao CPISFA a colaboração para o apoio e acompanhamento psicológico aos militares destacados. Pela primeira vez tinha sido formulado um pedido deste tipo e era evidente que tal pedido teve implicações inovadoras para a Psicologia Militar, pois a colaboração foi inserida numa perspectiva da “psicologia positiva”, em vez de ter chegado dentro de uma “anormalidade” ou perspectiva patológica (Surrador, 2006). Este aspecto parece-nos importante realçar como uma tentativa “falhada, porque não houve continuidade”, mas interessante como novidade na Instituição Militar, ao nível de alterações de mentalidades para uma intervenção preventiva.

Após algumas reuniões de coordenação foi preparado e proposto ao comandante da força um modelo de intervenção de apoio psicossocial. *Antes do deslocamento*; avaliação psicológica com entrevista individual e em grupo, e formação geral de gestão de stresse, incluindo situações relacionadas com o stresse familiar. *Durante o deslocamento*; apoio psicológico individual, apoio psicossocial familiar, e visita de psicólogo a ser efectuada ao TO. *Após o deslocamento*; avaliação psicológica (um a seis meses depois), dando ênfase a sintomas de reactividade, eventuais sessões de dessensibilização, e apoio psicológico individual, se clinicamente necessário. Este modelo tem sido parcialmente aplicado.

Dos dados recolhidos de algumas entrevistas individuais (antes do deslocamento), foi possível identificar dois factores principais (ajustamento e risco) para a adaptabilidade individual do militar à missão.

Em relação à GNR, em resposta às novas exigências de segurança, protecção e socorro, em contexto nacional ou internacional, tem vindo a desenvolver mecanismos de gestão de incidentes críticos, o que lhe tem permitido potenciar os seus meios, humanos e técnicos, para cenários de catástrofe, como por exemplo atentados terroristas, com uma atitude operacional, pró-activa e especializada, criando o Departamento de Gestão de Incidentes Críticos (DGIC) com várias valências de intervenção, das quais se destaca o apoio psicossocial. Desta forma, a GNR tem qualificado a sua resposta em incidentes críticos, através de uma intervenção, o mais precoce possível, minimizando os impactos psicossociais que advêm da exposição a eventos potencialmente traumáticos.

O modelo de intervenção psicossocial da GNR foi alvo de profunda discussão durante o Seminário Internacional, promovido pela GNR, em Julho de 2006, com o tema “Vítimas de Terrorismo: A Resposta Psicossocial das Forças de Segurança” (GNR, 2007).

Existem vários factores que influenciam o modelo, tais como: as características da GNR, enquanto força de segurança de estatuto militar, as relações da GNR com outros

mecanismos de resposta a acidentes graves ou catástrofes, seja de âmbito nacional ou internacional, os diferentes tempos de intervenção na catástrofe, sendo o enfoque colocado na primeira intervenção, os modelos protocolares de intervenção na gestão de stresse em incidentes críticos (Critical Incident Stresse Management - CISM), e o modelo de intervenção contextual, proposto pelo “Policy Paper” da Comunidade Europeia “Psychosocial support in mass emergencies”.

O modelo da GNR apresenta características de intervenção na crise, o que significa que dispõe de ferramentas específicas para gerir a crise individual e contextual durante e imediatamente após o incidente crítico. Tem em consideração a sintomatologia manifestada pelos sobreviventes do incidente crítico, gerindo esta sintomatologia através de intervenção directa com os mesmos, recorrendo, para isso, a equipas e técnicas do CISM, e havendo, desde o início da intervenção, uma preocupação com o contexto onde aconteceu o incidente.

A acção das Equipas de Gestão de Incidentes Críticos (EGIC) prevê uma prontidão da resposta militar, possuindo uma capacidade de projecção para o TO de até duas horas, em contexto nacional, e de seis horas para TO internacional. Desde a chegada ao local que os objectivos da intervenção da EGIC Psicossocial se dirigem para a assessoria aos comandantes, apoio aos sobreviventes e identificação e contacto com técnicos ou serviços que, no cenário de recuperação da crise, irão continuar o trabalho da EGIC que efectuou a primeira intervenção.

Em síntese: Existem alguns modelos de aprontamento, acompanhamento e intervenção com os militares das OP, quer ao nível das Forças Armadas, quer da GNR, uns mais estruturados para uma intervenção em 3 fases (antes, durante e depois das missões), outros mais dirigidos para a Intervenção em Crise (IC) através dos Incidentes Críticos com técnicas CISM. Na continuidade das operações conjuntas, será esperado um modelo integrativo para as Forças Armadas no seu conjunto e para a GNR, não apenas com respostas para a IC, mas respostas continuadas, com referenciação dos casos com PSPT e encaminhamento para o Hospital das Forças Armadas (HFAR). Pela forma de funcionar da Instituição Militar, e pelas funções atribuídas aos Centros de Psicologia (CP) dos Ramos e GNR, estes estão vocacionados essencialmente para a selecção do factor humano, pelo que deverá existir um maior trabalho em rede e em equipas multidisciplinares entre os CP dos Ramos que acompanham os militares antes e durante as missões e a intervenção e acompanhamento clínico através do HFAR, assim como o encaminhamento para a RNA dos militares referenciados pelos respectivos Ramos e que passa à disponibilidade.

3.4. Intervenções Gerais e Abordagens Específicas da PSPT

“Para além das pessoas que apresentam uma perturbação diagnosticável, muitas têm problemas de saúde mental que podem ser considerados “subliminares”, ou seja, não preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação psiquiátrica, mas, estão também em sofrimento, devendo beneficiar de intervenções”. (PNSM, 2007-2016, p. 5)

Considerámos anteriormente que existem factores ou variáveis de risco e/ou protectoras para o desenvolvimento da PSPT. Enquanto os factores de risco tem grande probabilidade de potenciar os efeitos adversos do acontecimento traumático para a saúde dos militares, os factores protectores protegem o militar e favorecem uma melhor adaptação e bem-estar físico e psicológico. Neste sentido, uma modalidade de prevenção primária significaria a promoção dos factores protectores que proporcionariam uma condição de saúde e bem-estar e dificultariam o aparecimento dos factores de risco que impedem este equilíbrio. Estas acções de prevenção deverão estar presentes nas várias fases da missão (antes, durante e após a missão).

Antes da missão; que decorre na fase de aprontamento, ou seja durante o período entre o conhecimento da nomeação e a partida para a missão. O primeiro aspecto deve focalizar-se na elaboração de um perfil psicológico do militar para a missão e na selecção destes, ou seja, um despiste psicológico, que deverá incluir uma avaliação clínica e psicopatológica (individual e/ou em grupo) que permita identificar possíveis indicadores psicológicos de risco (por exemplo seguindo o modelo de despiste da U.S. Army Medical Research Unit Europe) que possam colocar em causa a sua saúde mental e o desempenho da missão, ao que se segue a preparação psicossocial dos militares como uma das acções preventivas mais importantes no sentido de diminuir a vulnerabilidade e os factores de risco e aumentar a resiliência e os factores protectores do militar para a missão.

Para além da formação, sensibilização ou preparação prévia para a missão torna-se importante avaliar as características psicológicas dos militares, sobretudo nos aspectos de natureza afectivo-emocional e socio-relacional, factores de carácter preventivo e adaptativo para a missão (Surrador, 2002).

A preparação deve orientar-se para a formação ou psicoeducação em relação às estratégias de gestão e controle do stresse e das situações potencialmente traumáticas e das estratégias mais adequadas para lidar com essas situações. Deverá incluir-se informação sobre a história, a cultura, etnias e religião da população local e o enquadramento da situação do conflito e do contexto do TO e, ter em conta os objectivos e a importância da missão, a função individual do militar e a importância que tem no grupo e na missão em geral, as técnicas de comunicação e negociação no sentido de se manter imparcial e neutral, pois são factores de

diminuição da incerteza e imprevisibilidade e facilitadores de uma melhor adaptação à missão.

Países com forças militares em missões da NATO concebem e aplicam alguns destes programas de intervenção junto dos militares, com vista a treinar estratégias de *coping* que os tornem mais aptos a lidar com situações stressantes e traumáticas, antes, durante e pós-missão.

Durante e após a missão. Quaisquer que sejam os modelos e abordagens de intervenção no trauma e na PSPT deverá ter-se em consideração que existe uma fase de intervenção imediata, precoce, na situação de crise - até 72h após o acontecimento; uma fase de Perturbação Aguda de Stresse (PAS) - até 3 meses; e uma fase de PSPT, tendencialmente crónica - a partir de 3 meses.

De acordo com as orientações NATO¹⁸, englobando a The European Network for Traumatic Stress (TENTS), a European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) e o Department of Veterans Affairs - Department of Defense “The Management of Post-traumatic Stress”, a avaliação e intervenção das situações ou acontecimentos traumáticos deverá ter em consideração os seguintes aspectos: exposição ao trauma; triagem para Respostas Agudas de Stresse (RAS); risco para si ou para outros; condições médicas e funcionais, com base na aparência geral e instrumentos de triagem; condições médicas e psiquiátricas; factores de risco para o desenvolvimento de Perturbações Agudas de Stresse (PAS) e PSPT; garantir de imediato as necessidades básicas; gestão de Sintomas Agudos de Stresse (SAS); debriefing psicológico; educação e expectativa de normalização de recuperação; facilitar o apoio social e espiritual; psicofarmacologia; reavaliação; referência e encaminhamento para consultas de Saúde Mental; e monitoramento e acompanhamento a curto e médio prazo.

As intervenções deverão orientar-se para a seguinte configuração: intervenção precoce para as RAS e PAS com ou sem psicofarmacologia; intervenção para PSPT com ou sem psicofarmacologia; intervenções psicoterapêuticas, sendo as mais adequadas: cognitiva-comportamental, terapia de exposição, EMDR, terapias mais prolongadas (psicodinâmicas, centradas no cliente,...), psicoeducação do paciente, terapia de grupo, rede de apoio psicossocial e suporte espiritual, em alguns casos.

¹⁸ **Orientações NATO.** Em 2007 o Comité Médico Conjunto da Organização do Tratado do Atlântico Norte (NATO/JMC) solicitou ao Dr. Bevan, Diretor da Divisão de Preparação para Emergências do Departamento da Saúde, no Reino Unido, que chefiasse o desenvolvimento de orientações para os Membros da NATO e Países Parceiros de um modelo de cuidados psicossociais a prestar às populações afetadas por incidentes graves, conflitos, catástrofes e atos de terrorismo, que incluísse a promoção da capacidade de resiliência e do bem-estar psicológico de todo o pessoal, antes, durante e após os referidos incidentes. O modelo é apresentado e explicado nas orientações. <http://www.healthplanning.co.uk/nato>. Ver também: The TENTS Guidelines - www.estss.org.

3.4.1. Intervenção na Crise (IC).

Sendo actualmente difícil perspectivar a cura para a doença da PSPT, os países com militares participantes em OP têm-se preocupado, fundamentalmente, com modelos de intervenção precoce em acontecimentos potencialmente traumáticos, modalidade entendida como os primeiros socorros psicológicos, prestados aos militares com RAS, que decorre até 1 mês após a exposição.

Na fase de *Intervenção em Crise (IC)*, é recomendado: triagem psicológica, primeiros socorros psicológicos, e informações pertinentes a fornecer à pessoa. Estas intervenções devem ser efectuadas por técnicos treinados que terão como objectivo: oferecer protecção e segurança; redução dos níveis de stresse e melhoria sintomática das reacções agudas; estabilização emocional; identificar as pessoas com maior risco de desenvolverem PSA, prevenir o desenvolvimento de PSPT, restabelecendo o nível funcional anterior ao acontecimento; promover uma percepção realista dos acontecimentos; desenvolver estratégias de resolução de problemas e de *coping*; mobilizar os recursos pessoais e sociais; minimizar o impacto do incidente crítico e integrá-lo na vida da pessoa; e encaminhar para a resposta mais adequada de acordo com a gravidade da situação.

Sendo difícil uma prevenção eficaz para a PSPT, por não ser possível, em muitas circunstâncias, anular a possibilidade de acontecimentos stressantes e traumáticos, uma das abordagens preventivas para o desenvolvimento de psicopatologia grave em pessoas sujeitas a situações potencialmente traumáticas baseia-se no modelo de Intervenção CISM (*Critical Incident Stresse Management*) e CISD (*Critical Incident Stresse Debriefing*), da International Critical Incident Stresse Foundation - *Intervenção na Crise*, face a Incidentes Críticos (IC), isto é, uma intervenção que ocorra nas 72 horas após o acontecimento, com o objectivo de minimizar os efeitos psicológicos negativos deste.

O modelo desenvolvido por Mitchell (1983) sugere sete fases de intervenção a ser fornecida nos primeiros três dias após o evento: 1) Explicar o objectivo e as regras; 2) “Recriar” o acontecimento, em que cada participante fala do que lhe aconteceu; 3) Discutir os pensamentos durante o acontecimento; 4) Descrever a parte pior; 5) Descrever as reacções tidas nesse momento; 6) Componente didáctica em que são descritas as reacções normais ao trauma; 7) Comentários finais dos participantes.

Apesar da ampla divulgação e aplicação, vários autores (Bisson & Cohen, 2006; Ehlers & Clark, 2003; Foa & Meadows, 1997) criticam o modelo, nomeadamente o facto de este tipo de intervenção expor cada participante do grupo à perspectiva dos outros elementos

(o que pode ser re-traumatizante) ou o facto de os processos normais de recuperação e de apoio social poderem ser interrompidos por esta intervenção.

Baseado na evidência decorrente de várias fontes, uma equipa de especialistas experientes na área do trauma, liderada por Hobfoll (2007), publicou um artigo em que descrevem o que designaram por “Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention”. Os 5 elementos essenciais para a intervenção propostos, são: 1) Promover a sensação de segurança; 2) Promover a calma; 3) Promover o sentido de eficácia individual e colectiva; 4) Promover a ligação aos outros; 5) Incentivar a esperança.

Estes princípios deverão ser acompanhados por outras estratégias que visem ajudar na diminuição da resposta fisiológica e de ansiedade, na correcção de erros cognitivos como culpa e catastrofização, na activação das redes de apoio social e no uso das estratégias e recursos individuais e colectivos associados ao “empowerment”.

3.4.2. Intervenção na Perturbação Aguda de Stresse (PAS).

Esta fase deverá orientar-se para intervenções psicológicas breves que deverão decorrer entre o primeiro e o terceiro mês após a exposição, com distúrbios ou PAS. Os estudos longitudinais mostram que a maioria dos casos de PSPT se resolve espontaneamente ou com intervenção precoce entre o 1º e o 4º mês (Foa, 1995; Rothbaum, 1992). Nesta fase, os psicólogos devidamente treinados para o efeito deverão: estabelecer uma relação segura e confortável para a pessoa que precisa de ajuda (a percepção de segurança diminui o risco de desenvolvimento de PSPT); assegurar total privacidade para a pessoa poder ventilar as suas emoções; e, ser empático, não fazer juízos de valor e fornecer suporte.

Deve também proceder-se a uma avaliação detalhada da situação e da pessoa, sendo importante avaliar os seguintes aspectos: nível da exposição ao IC; percepção que a pessoa tem do acontecimento e significados atribuídos; recursos pessoais e sociais; presença de sinais ou sintomas de perturbação mental prévia; capacidade de resposta face às necessidades imediatas; indicadores de *coping* positivo/adaptativo (capacidade de realizar tarefas, controlo sobre as emoções, capacidade de se envolver e apreciar contactos com outras pessoas, sensação de valor pessoal).

Após a avaliação deverá validar-se o sofrimento da pessoa e normalizar a sintomatologia, promovendo a reacquirição do controlo (emocional) sobre si própria. Ter atenção aos elevados níveis de activação emocional que podem conduzir a desajustamentos psicopatológicos, como ataques de pânico, dissociação, depressão, potenciando o

desenvolvimento da PSPT. As técnicas de estabilização emocional mais aconselhadas são as técnicas de controlo de respiração e técnicas de relaxamento muscular.

Numa fase seguinte, deve-se orientar a pessoa para a aquisição de uma postura pró-activa, no sentido da auto-responsabilização e do controlo sobre o seu processo, através de estratégias de *coping* e técnicas de resolução de problemas, ao que se seguirá a activação da rede social de apoio ou de suporte (familiares, amigos, comunidade e Instituições locais). Nos militares, a “ligação aos camaradas” é uma importante medida preventiva do isolamento.

Seguidamente, deverá promover-se estratégias adaptativas, através da psicoeducação, ao nível das reacções normais ao stresse, estratégias adaptativas para lidar com sintomatologia das reacções ao stresse, recursos disponíveis da rede social de apoio, sinais de alerta que justifiquem um pedido de ajuda técnica para discutir e trabalhar as suas experiências traumáticas, comportamentos que devem ser evitados e riscos associados à automedicação e ao abuso de substâncias, bem como programas específicos de dessensibilização.

Por último, deverá avaliar-se a necessidade de acompanhamento posterior em follow-up e referenciar para seguimento continuado em outros Serviços e Instituições, nomeadamente para a RNA (SSM, SNS, Liga dos Combatentes e ONG's).

Estas fases de intervenção, antes, durante e sobretudo após o regresso da missão, devem ser fases integradas. Para se tornarem efectivas necessitam de psicólogos formados e treinados para acompanhar a missão de princípio ao fim, capazes de actuar nas três fases, a três níveis: prevenção primária; intervenção psicológica, nomeadamente em situações de crise e intervenção precoce; e referenciação para o acompanhamento e tratamento adequado.

3.4.3. Intervenção e tratamento da PSPT.

Cada sujeito vive individualmente as experiências, mas muitas são partilhadas e é no seio do grupo social e cultural que ocorre o processo de recuperação. O sentido da unidade e a camaradagem podem ser contextos facilitadores para uma melhor recuperação (Boehnlein, 1987).

Depois do terceiro mês após a exposição e numa fase em que a PSPT tende para a sua cronicidade, as intervenções devem ser mais aprofundadas. Sendo os sintomas da PSPT a reexperienciação, o evitamento e embotamento e a excitabilidade aumentada, os modelos de intervenção psicológica deverão procurar diminuir o sofrimento nestes três tipos de indicadores de perturbação. Por outro lado, os objectivos e estratégias de intervenção não podem deixar de considerar variáveis essenciais na avaliação, tais como: uma avaliação cuidada quer da sua história de vida militar, quer do tipo de sintomas manifestados, a gravidade, duração, proximidade e frequência do trauma, psicopatologia prévia associada,

entre outras áreas. Outros aspectos a considerar na resposta da pessoa ao acontecimento traumático são os factores mediadores, a forma como a pessoa se avalia (auto-estima), as estratégias de coping utilizadas e o apoio social disponível que inclui o apoio Institucional.

A maior parte dos estudos refere que a utilização de estratégias de coping e o apoio social efectivo diminuem as experiências de ansiedade e favorecem as respostas mais adequadas. Na área do trauma existem múltiplas abordagens e modelos de intervenção psicológica da PSPT. Alguns modelos e abordagens terapêuticas têm merecido alguma controvérsia na sua comprovação científica e/ou de confirmação empírica de validade clínica, no entanto umas e outras abordagens apresentam boas respostas e também limitações.

O tratamento da PSPT deve ser multidisciplinar, combinando medicação, através da psiquiatria e apoio psicoterapêutico individual e em grupo. De acordo com a investigação científica, existem, três formas principais de abordagem da PSPT que registam boas taxas de sucesso: a psicofarmacológica (acompanhamento psiquiátrico), a intervenção cognitivo-comportamental (que iremos aprofundar) e a utilização, mais recente, da abordagem psicoterapêutica denominada Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

As terapias ou abordagens cognitivo-comportamentais são aquelas que têm mostrado ser mais eficazes na redução sintomática, como o mostram várias meta-análises e revisões sistemáticas recentes (Bisson, Ehlers, Matthews, Pilling, Richards, & Turner, 2007; Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005; Cloitre, 2009). Estas terapias integram uma série de estratégias que incluem técnicas de exposição, técnicas para diminuir a activação fisiológica e a ansiedade, e estratégias de reestruturação cognitiva.

As técnicas de exposição derivam, quer do modelo comportamental, que afirma que os medos irracionais são mantidos devido ao evitamento que a pessoa faz do objecto fóbico, o que a impede de perceber que o medo é exagerado, quer do modelo que sugere que as estruturas de medo são altamente organizadas e às vezes imutáveis (Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989), e só quando a pessoa as activa, pode ser introduzida informação correctiva. Este modelo implica estratégias de reestruturação cognitiva a par da exposição e, frequentemente, as intervenções utilizam estas duas dimensões.

As técnicas para reduzir a ansiedade supõem que os sujeitos traumatizados têm de aprender a lidar com as respostas de ansiedade e medo (nomeadamente com os sintomas de activação) e incluem treino de relaxamento, treino de inoculação de stresse, treino de respiração, treino de competências sociais, estratégias distractivas. Estas estratégias têm em comum o facto de dotarem o sujeito de competências que lhe permita enfrentar quer as situações temidas, quer os seus próprios sintomas emocionais, e podem ser extremamente

importantes para que a vítima perceba que pode fazer algo (ou seja, ter controlo) para lidar com as suas reacções fisiológicas.

A reestruturação cognitiva desafia as crenças construídas após a experiência traumática, nomeadamente acerca dos perigos iminentes em todos os contextos, crenças acerca de responsabilidade e culpa, dignidade e valor pessoal, etc., ajudando a vítima a desenvolver diálogos internos mais viáveis e menos marcados pela experiência. Ainda que a designação de reestruturação cognitiva esteja associada aos modelos e terapias cognitivas, os objectivos da reestruturação cognitiva estão presentes em todas as formas de intervenção, uma vez que qualquer processo terapêutico com vítimas de trauma implica trabalhar os pensamentos acerca da experiência traumatizante e das crenças acerca de si próprio e do mundo, contribuindo para a construção de pensamentos que reconhecem que, para além das situações de ameaça e perigo, existem espaços e relações de segurança, e que ser vulnerável em alguns contextos e situações não implica uma identidade dominada pela fragilidade.

Sendo uma das características da PSPT o evitamento de estímulos que estejam relacionados com o acontecimento traumático, devido à ansiedade que provocam, é natural que o primeiro objectivo da terapia seja estabelecer uma relação de confiança e segurança com o cliente. Seguidamente deve expor-se a pessoa, gradualmente, a estímulos que recordem o acontecimento traumático, procurando que a ansiedade seja cada vez menor a cada repetição do estímulo. Por último, a pessoa de conseguir processar emocionalmente a memória traumática e integrar a informação do acontecimento traumático na sua história de vida.

Apesar da abordagem cognitiva-comportamental ser a abordagem terapêutica mais reconhecida para o tratamento dos sintomas da PSPT, tem merecido algumas críticas por não considerar as variáveis individuais, nem uma resposta compreensiva dos processos de adaptação adoptados pelas vítimas da PSPT (Koss & Bukhart, 1989, cit. Valentine, 2003). Por outro lado, estes programas de intervenção breve baseados na teoria da crise (Foa & Rothbaum, 1998), ou na combinação desta com abordagens comportamentais mais estruturadas, parecem ter resultados bastante satisfatórios. Estas abordagens de carácter mais preventivo que terapêutico, visam sobretudo prevenir a cronicidade da PSPT (Echeburua, Corral & Amor, 2000).

Outra abordagem psicoterapêutica que foi conceptualizada especificamente para o tratamento da PSPT consiste na Dessensibilização e Reprocessamento através do Movimento Ocular (EMDR) que, segundo a sua autora, resultou da sua própria experiência casual, numa altura em que andava muito afectada pelo diagnóstico que lhe havia sido feita de uma doença

cancerosa (Shapiro, 1995). Porém, o seu sucesso foi tal que rapidamente se estendeu ao tratamento de outras perturbações relacionadas com a ansiedade e o medo.

Numa análise simples, a técnica consiste na evocação de uma memória traumática enquanto se move os olhos lateralmente. Numa primeira fase, a pessoa é instruída a criar uma imagem visual do acontecimento perturbador, enquanto mantém essa imagem mental, seguindo o dedo da mão do terapeuta. Segundo a autora, o EMDR produz uma mudança fundamental nas memórias traumáticas das pessoas, e não apenas na sua resposta de stresse aos acontecimentos geradores dessas memórias. Inclui tanto a dessensibilização como a reestruturação cognitiva das memórias e atribuições pessoais, e em ambos os processos os resultados parecem estar ligados ao processamento adaptativo das memórias perturbadoras.

Apesar do sucesso em vários casos, as pesquisas e avaliações independentes são pouco favoráveis, pois os resultados positivos obtidos são quase sempre provenientes de investigadores ligados a esta abordagem (Barlow, 2002; Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2003).

As intervenções atrás referidas, normalmente seguem o modelo diagnóstico, têm um tempo limitado e destinam-se, na generalidade, a reduzir ou eliminar os sintomas diagnosticados, ou seja, a resolver um problema o mais breve possível.

A experiência da prática clínica com antigos combatentes portugueses, durante um projecto de 3 anos (2009-2011) desenvolvido na Liga dos Combatentes por uma equipa multidisciplinar de especialistas (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais), liderada pelo Dr. João Hipólito, assente no modelo Rogeriano, não tendo, à partida, um tempo limitado e nem uma preocupação específica diagnóstica, tão apenas centrada na pessoa e/ou no grupo, apresentou resultados bastantes satisfatórios no acompanhamento individual e em grupos, comprovando uma eficácia bastante significativa na melhoria e bem-estar dos combatentes.

3.4.4. Outras abordagens, modelos e perspectivas.

Existem outros modelos e abordagens de intervenção que podem complementar os referidos anteriormente, ou que apresentam também uma boa eficácia, conforme os casos.

Terapia centrada no cliente. Em que o alvo da terapia não é resolver um problema particular, mas ajudar a pessoa a crescer, criando as condições favoráveis para que seja ela própria a resolver o seu problema actual e outros problemas futuros. Uma terapia que se baseia na tendência individual para o crescimento, saúde e adaptação, colocando uma maior ênfase nos aspectos emocionais da situação actual, do que no passado. Outro aspecto que a diferencia das outras abordagens é a passagem de uma dimensão técnica para acentuar a importância das atitudes, ou seja, da técnica da reformulação, para as atitudes de compreensão

empática, aceitação incondicional, congruência do terapeuta, e da confiança nas capacidades do cliente para a auto-actualização das suas potencialidades, e para uma valorização das potencialidades terapêuticas da relação, como experiência de crescimento (Rogers, 2004).

Dessensibilização sistemática. Estudos (não bem controlados) referem alguma eficácia. Por exemplo, a intervenção com antigos combatentes demonstrou maior eficácia de tratamento quando combinado com biofeedback.

Treino em habilidades interpessoais em pacientes que têm problemas interpessoais com outras pessoas: parceiro, filhos, pais, amigos, camaradas, figuras de autoridade, etc. Pode ser usado para facilitar a comunicação, resolução de problemas, reestruturação cognitiva de crenças disfuncionais (falta de confiança no outro, medo de intimidade), controle de raiva, treino de assertividade e envolvimento em actividades sociais.

Gestão dos sentimentos de culpa, para identificar o quanto uma pessoa se sente culpada (coisas que fez ou não fez, sentimentos que experimentou, pensamentos ou crenças distorcidas que são consideradas falsas após o trauma), com uma ênfase especial em distinguir entre o que o paciente fez “antes” e “agora”, entre o passado e o presente.

Terapia cognitiva de Ehlers e Clark (2000), que se baseia no modelo dos autores, segundo a qual a PSPT é estabelecida quando a pessoa processa o trauma de uma forma que leva a um sentimento de ameaça grave e actual. Este sentimento pode ter origem nas avaliações excessivamente negativas do trauma e das suas consequências, e num distúrbio na memória autobiográfica do trauma, caracterizada por uma produção e contextualização pobre, uma memória associativa e uma preparação perceptual forte, que levam a uma reexperiência involuntária dos aspectos relacionados com o trauma. Para cada paciente desenvolvem uma versão individual do modelo explicativo que identifica os componentes problemáticos e factores de manutenção. Os procedimentos são agrupados em três tipos de objectivos: modificar estimativas negativas excessivas, corrigir o distúrbio da memória autobiográfica do trauma e eliminar estratégias cognitivas e disfuncionais comportamentais (Ehlers et al., 2005).

Harney, Lebowitz, e Harvey (1997), a partir do *modelo de Herman (1992)* sugerem que o trauma interpessoal tem três efeitos centrais: desânimo, desconexão entre o *self* e os outros, e destruição dos sistemas de significado. Propõem um modelo de intervenção em três fases: restauração da segurança, relembrar o trauma para fazer o luto e re-conexão aos outros.

Em relação a restaurar a segurança, como afirmam os autores, “a perda do controlo sobre si é o cerne do trauma”, e a intervenção não prossegue enquanto a segurança não é assegurada e a pessoa afectada ameaçar o seu próprio corpo com comportamentos autodestrutivos como automutilações, consumo excessivo de álcool ou a permanência de

relações violentas. O autocuidado e a construção de espaços de segurança externos e internos podem ser passos essenciais para o trabalho terapêutico (Maia, 2001).

Na segunda fase, o reviver da experiência e o processamento emocional, criando-se um espaço para partilhar aquilo que normalmente foi vivido em segredo, e permitindo uma ligação gradual e progressiva entre o acontecimento, os pensamentos e as emoções normalmente desconectados da experiência.

Por último, a fase de ligação aos outros, a construção de relações de confiança e um novo significado para o mundo. Como Harney, Lebowitz, e Harvey (1997) propõem, a vítima tem de trabalhar os espaços da sua identidade que não foram, ou foram menos afectados pelo trauma, para se reconstruírem como seres humanos que têm uma vida para além do trauma.

Fernandes e Maia (2001) propõem um modelo “simples” de intervenção organizado em cinco fases: avaliação (ouvir, normalizar e validar a história traumática e as emoções a ela associadas); construção de uma relação de confiança e segurança (criar as condições e recursos necessários para o trabalho terapêutico acerca do trauma); estabilização dos sintomas; integração da experiência; e desenvolvimento e fortalecimento pessoal.

Friedman e Marsella (1999) sugerem um tratamento da PSPT em três fases e muito semelhante aos propostos anteriormente: estabelecimento de um contexto seguro e de confiança (estabilização); os pacientes contam a sua história traumática (explorar, reexperimentar e integrar as experiências); integração do trauma (reabilitação pessoal, desenvolvimento de capacidades de controlo, reconexão com família/sociedade).

O tratamento da PSPT pode ser aplicado individualmente e em grupo, ou combinando as duas formas, ou ainda em terapia familiar ou de casal.

Terapia familiar ou de casal, quando as relações de família ou parceiro estão deterioradas. Os problemas do paciente podem ser uma fonte de stresse para as reacções da sua família ou do casal, podendo contribuir para a manutenção dos problemas. As alterações ou mudanças feitas durante o tratamento individual (por exemplo, uma maior independência e assertividade) podem causar conflitos na própria dinâmica familiar ou com o parceiro, o qual pode necessitar também de ajuda para se adaptar às novas mudanças.

A abordagem *terapêutica de grupo* tem-se revelado bastante eficaz, uma vez que a vivência dos pacientes em grupo facilita um processo catártico que ajuda a superar as situações traumáticas latentes. A intervenção em grupo tem várias vantagens: reduz a sensação de isolamento e incompreensão dos outros, fornece compreensão empática e aceitação incondicional dos outros que vivenciaram idênticas situações, apoio social sincero e aceitação de eventual culpabilização, como sendo reacções normais ao trauma, permitindo

ainda que os elementos do grupo compartilhem e encontrem estratégias mais adequadas para lidar com as situações difíceis, promovendo a auto-estima e confiança em si mesmos. Para tal é importante garantir que o local ofereça segurança e confidencialidade para facilitar a partilha e expressão de sentimentos, por forma a diminuir o sofrimento, as perdas de camaradas e a culpabilidade e aumentando o sentimento de reconhecimento em geral, as suas competências pessoais e sociais para um melhor relacionamento consigo próprio e com os outros, em particular com os mais próximos e, encontrar no seio do grupo estratégias mais adequadas para lidar com as situações do dia-a-dia e melhorar a relação com os outros.

Ao nível da RNA, a Liga dos Combatentes criou e desenvolveu um programa de apoio médico, psicológico e social, onde tem dinamizado vários grupos pelo País com resultados muito positivos para os combatentes. Da experiência prática em psicoterapia de grupo e das observações efectuadas no interior do grupo, constata-se que a intervenção em grupo tem sido um importante recurso terapêutico, pois muitos dos combatentes dificilmente partilhariam, fora daquele contexto, experiências e sentimentos com os camaradas, que também vivenciaram situações semelhantes.

Algumas meta-análises (Bradley et al., 2005) de estudos com veteranos de guerra com PSPT mostram que estes respondem mais ao tratamento do que outras vítimas de trauma, mas isto pode ser devido não ao tipo de trauma, mas a maior gravidade e cronicidade da PSPT.

Existem poucas evidências que um tratamento específico é o melhor. Bradley et al. (2005), Sherman (1998), Van Etten e Taylor (1998) referem que as formas de tratamento têm vários elementos comuns que consistem em ajudar o paciente a diminuir o seu sofrimento, devendo para tal: avaliar de modo realista a situação de ameaça ao trauma experienciado; ajudar a superar a evasão cognitiva dos estímulos internos e externos que lembrem o trauma; trabalhar o significado da sua experiência traumática; e, alcançar um senso de controlo sobre as suas memórias intrusivas.

Independente das abordagens e modelos utilizados, da maior ou menor eficácia dos seus resultados, os programas de intervenção em PSPT têm sido orientados da seguinte forma:

- 1) Atendimentos individuais na crise, focados na intervenção precoce e de curta duração; e atendimentos em grupo na crise, que estimularão a partilha de experiências.
- 2) Atendimentos individuais de seguimento, de duração breve e limitada, no sentido de prevenir o eventual surgimento dos efeitos psíquicos do trauma; e terapia de grupo, no sentido de promover, em grupo, a sua reestruturação e segurança para o enfrentamento das consequências do trauma.

3) Atendimentos estruturados de quadros de PSPT crónico, no sentido de reabilitação do funcionamento psíquico através de psicoterapia, conforme motivação e indicação terapêutica.

Em síntese: ainda que esta investigação seja especialmente dirigida aos militares das OP, as orientações para a intervenção são aplicadas à maioria das pessoas que sofrem do impacto de acontecimentos traumáticos. Qualquer abordagem deve respeitar o ritmo da pessoa e as suas necessidades de segurança e protecção, visto que este é um processo que vai sendo construído em conjunto, entre terapeuta e paciente.

Apesar dos vários modelos e abordagens na PSPT, a discussão tem-se focalizado em encontrar as estratégias mais eficazes para intervir psicologicamente após a exposição traumática. A questão da pertinência e eficácia da intervenção procura responder ao maior desafio para os técnicos de saúde mental: como transformar a vítima num cidadão “normal”. Como tratar as vítimas de trauma de uma forma que não as re-vitimiza, nem se centre nas suas fragilidades, mas considere as suas potencialidades e recursos de modo a devolver-lhes a dignidade humana e de cidadania? O contexto e as qualidades da relação terapêutica são essenciais para o sucesso da intervenção, mas não podemos esquecer a exigência da tarefa para os técnicos, sendo fundamental que adquiram formação específica e actualização permanente, bem como recebam supervisão, porque é muitas vezes difícil lidar com as suas próprias emoções face aos relatos dos acontecimentos traumáticos, sendo que alguns podem mesmo vir a desenvolver sintomas de PSPT face a esses relatos.

3.5. Funcionalidade e Incapacidade

Os modelos de intervenção pretendem dar respostas ao nível do tratamento, porém existe um dano físico e mental que deve, em alguns casos, ser reconhecido por uma avaliação no âmbito da peritagem médico-psicológica-social para decisão de Juntas de Saúde Militar (JSM), para atribuição de incapacidade e funcionalidade.

A avaliação contempla a recolha de dados sociodemográficos gerais, familiares, profissionais e sociais e uma anamnese aprofundada da história militar, a que se junta uma avaliação psicopatológica e comorbilidades associadas à PSPT, exames complementares e avaliações específicas do acontecimento traumático, nomeadamente ao nível da definição do(s) stressor(es) específico(s), ocorrência de reacção e dissociação à exposição. A avaliação psicológica efectuada irá conduzir ao diagnóstico diferencial e diagnóstico definitivo que completa o relatório médico-legal final, instrumento fundamental para a Junta de Saúde decidir sobre a incapacidade do militar ou ex-militar.

Apesar do avanço ao nível do diagnóstico da PSPT e da sua etiologia, continuam a existir dúvidas na atribuição das incapacidades que advêm do quadro sintomatológico da PSPT. Nesse âmbito, a utilização da Classificação Internacional de Funcionamento, Incapacidade e Saúde (CIF) como meio complementar poderá ter uma importância relevante em todo o processo.

Implicações da CIF na avaliação da PSPT. A avaliação médico-legal de militares participantes nas guerras ou operações de paz, necessária para a admissão à Rede Nacional de Apoio (RNA) dos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação psicológica crónica resultante da exposição a factores traumáticos de stress durante a vida militar, estabelecida pelo despacho conjunto nº 364/2001 dos Ministérios da Defesa e da Saúde, valoriza o impacto da doença na funcionalidade pessoal, familiar, social e laboral. No entanto, este aspecto não tem sido tão valorizado como parte integrante e de relevância no processo de avaliação e especificamente no diagnóstico da perturbação.

A CIF pertence à família de classificações internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS). Utiliza um quadro de referência universal para a descrição de estados de saúde e relacionados com a saúde, tendo evoluído de uma classificação de consequências da doença (versão de 1980) para uma classificação de componentes de saúde, mantendo-se neutra em relação à etiologia. É complementar da *International Classification of Diseases*, 10ª Revisão (CID-10), a qual proporciona diagnósticos de doenças, perturbações ou outras condições de saúde. Conjuntamente, a informação do diagnóstico (CID-10) e a informação do funcionamento (CIF) permitem um quadro mais completo da saúde da pessoa ou da população, que pode ser usado para posteriores tomadas de decisão, monitorização da saúde das populações ou ainda avaliação de diferentes causas de mortalidade e morbilidade.

Coligindo diversas informações como diagnóstico, funcionamento e défice, a CIF usa uma linguagem estandardizada e um código sistemático para sistemas de informação de saúde, o que facilita a comunicação entre os utilizadores, investigadores, responsáveis políticos e o público em todo o mundo. Trata-se de uma ferramenta estatística (recolha e registo de dados), clínica (avaliação, programação de condições de tratamento, reabilitação e avaliação dos resultados), educacional (desenha currículos adaptados e sensibiliza para acções sociais mais ajustadas), de investigação (medida dos resultados, qualidade de vida e factores ambientais, prevenção e promoção de saúde) e de política social (planeamento de segurança social, sistemas de compensação, legislação, programação e implementação de políticas).

A CIF considera, por um lado, o funcionamento e incapacidade das funções do corpo (funções fisiológicas dos sistemas corporais, referindo-se ao organismo como um todo, o que

inclui as funções psicológicas ou mentais), estruturas do corpo (partes anatómicas do corpo como órgãos, membros e sistemas), actividades (execução de tarefas ou acções por um indivíduo) e participação (envolvimento em situações de vida); por outro lado, considera os factores do contexto, como os ambientais (características físicas, sociais e atitudinais do meio onde a pessoa vive) e os pessoais (traços individuais não relacionados com a saúde, como género, etnia, idade, estilo de vida, hábitos, educação, profissão, e outros).

Deste modo, os domínios da CIF são descritos na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade, para uma pessoa numa dada condição de saúde, sinalizando o que a pessoa com doença ou perturbação consegue fazer e o que não consegue. *Funcionamento* é um termo abrangente que envolve todas as funções do corpo, actividades e participação. *Incapacidade* refere-se a défices, limitações da actividade e restrições da participação. São listados os factores ambientais que interagem com todos estes constructos, para se destacarem perfis de funcionamento individual, défice e saúde em vários domínios.

Na avaliação dos indivíduos diagnosticados com PSPT, ou candidatos a tal diagnóstico, a CIF afigura-se útil e interessante enquanto ferramenta clínica, estatística, educacional, de investigação e de política social. Nos militares com sintomatologia de PSPT e que apresentam quadros de comorbilidade e alterações cognitivas, é necessário avaliar o impacto das funções mentais globais e específicas sobre as condições práticas de vida do paciente.

Usando a linguagem da CIF, é relevante a avaliação das *funções mentais globais* (consciência, orientação, funções intelectuais, funções psicossociais globais, temperamento e personalidade, energia e impulsos, sono) e *funções mentais específicas* (atenção, memória, funções psicomotoras, funções emocionais, funções perceptivas, pensamento, funções cognitivas superiores, linguagem, cálculo, sequência de movimentos complexos, experiência do self e do tempo), associadas a um grau de défice que respeita uma escala genérica quantitativa, cujos qualificadores são: défice ausente (0-4%), défice ligeiro (5-24%), défice moderado (25-49%), défice grave (50-95%), défice completo (96-100%), não especificado e não aplicável. Os intervalos percentuais referem-se ao total da escala do défice e resultam de instrumentos de avaliação quantitativa (CIF, 2001).

Esta preocupação com a incapacidade e funcionalidade ao nível pessoal, familiar, laboral e social é reforçada pelo facto de a DSM-V, de Maio de 2013, propor um novo *cluster* de sintomas a juntar aos já existentes como critérios de diagnóstico da PSPT, e que envolve alterações negativas na cognição e no humor associadas ao evento traumático. Esta ênfase colocada nos aspectos cognitivos corrobora o exame detalhado das funções mentais descritas na CIF. Assim, tanto o recurso à CIF, recomendado pelas autoridades internacionais de saúde,

como as novas propostas da DSM-V para diagnosticar a PSPT, estimulam uma reflexão sobre a actualidade dos critérios de diagnóstico total e parcial. Numa avaliação médico-legal como esta, não importará avaliar apenas os défices, mas também a capacidade restante, o funcionamento não patológico, que nos fornece um perfil actual e completo da pessoa que foi avaliada e pode ser ajudada de modo concreto nas componentes relacionadas com o seu tratamento específico e a sua saúde mental.

Nesta 3ª parte analisamos vários modelos e formas de intervenção em PSPT, uns mais breves, outros mais estruturados e aprofundados, revelando-se de extrema importância trabalharem-se modelos preventivos, em situação de respostas imediatas, ou em crise, mais direccionadas para as intervenções precoces. Foi também intenção, nesta parte da investigação, identificar recursos e respostas existentes, não apenas ao nível da psicologia positiva, mas recursos institucionais que possam potenciar melhores respostas para os militares, como é exemplo da RNA e da Liga dos Combatentes, numa perspectiva de ligação do conhecimento e da investigação à prática clínica.

Podemos afirmar que qualquer militar pode ser confrontado ao longo das missões com situações potencialmente traumáticas. A maioria irá reagir adequadamente (individual e em grupo) a essas situações ou acontecimentos sem perturbações psicológicas significativas. No entanto, em algumas situações a capacidade de ajustamento e as reacções adaptativas podem não ser as mais adequadas e eficazes e as perturbações, em vez de diminuir ao longo do tempo, podem tornar-se crónicas, interferindo com o seu bem-estar e a qualidade de vida dos militares, ao nível pessoal, familiar, social, mas também com a operacionalidade para o serviço. Nos casos em que os recursos pessoais e sociais não são suficientes, a intervenção dos técnicos (e.g. psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais) deve contribuir para ajudar a pessoa que vivenciou uma experiência traumática a voltar a fazer uma vida normal.

Terminada a parte referente à contextualização das missões de paz, o enquadramento teórico do estudo, e a ligação aos modelos de prevenção e intervenção teórico-práticos, apresentaremos seguidamente o estudo empírico, com o capítulo da metodologia, seguido da apresentação dos resultados e terminando com a discussão e conclusões do estudo.

PARTE IV
METODOLOGIA

Capítulo 4: Metodologia

Tendo em conta a contextualização das missões e a revisão de pesquisa efectuada, neste capítulo enunciaremos o propósito e a delimitação da temática e a importância do problema que se pretende investigar. De seguida, expomos o delineamento do estudo e os objectivos e hipóteses de investigação. Apresentamos a operacionalização das variáveis, e faremos a caracterização da amostra e dos participantes. Por último, descrevemos os instrumentos aplicados e todo o procedimento que esteve subjacente ao desenvolvimento da presente investigação, bem como o procedimento de análise estatístico efectuado.

4.1. Apresentação e Definição do Problema

Nas últimas décadas, diversos estudos internacionais (Bliese, Wright, Adler, Thomas & Hoge, 2007; Booth-Kewley, Larson, Highfill-McRoy, Garland & Gaskin, 2010; Dirkzwager, Bramsen & Van der Ploeg, 2005; Greenberg, Iversen, Hull, Bland e Wessely, 2008; Hoge, Auchterlonie e Milliken, 2006; Mehlum e Weisaeth, 2002; Richardson, Frueh e Acierno, 2010; Wolfe, Erickson, Sharkansy, King e King, 1999) têm sido realizados sobre a participação dos militares nas OP e as consequências da exposição ao combate e a outras experiências e acontecimentos potencialmente traumáticos decorrentes das missões e do TO.

A maior parte das investigações efectuadas sustenta que o trauma psicológico e o stress extremo atingem um grande número de militares, com impacto na sua saúde mental, especialmente aqueles que estiveram expostos a acontecimentos potencialmente traumáticos.

Também as características dos sujeitos podem torná-los mais vulneráveis à exposição e, como tal, ao desenvolvimento da PSPT, nomeadamente as variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, nível de escolaridade e socio-educacional), e psicossociais relacionadas com a história prévia de psicopatologia, acontecimentos de vida, auto-estima, funcionamento psicológico e social, fraco suporte social, estratégias de *coping* desadaptativas (Breslau et al., 1998; Haligan & Yehuda, 2000; Schnurr, Friedman & Rosenberg, 1993).

A prevalência da PSPT e o impacto psicológico da exposição dos militares portugueses a esses acontecimentos têm sido pouco estudados, no entanto pelo número significativo de militares portugueses que já participaram em OP justifica a importância da realização deste tipo de estudos e investigação, não apenas para avaliar a prevalência de PSPT, mas também para analisar outros factores, protectores e de risco e variáveis psicossociais associadas ao desenvolvimento da PSPT.

Efectivamente mais de 50 mil militares portugueses já participaram em OP internacionais em vários TO, cenários de conflito e guerras onde partilham tarefas e actividades decorrentes da própria missão portuguesa e enquadrados em missões conjuntas nos contingentes internacionais.

Por outro lado, a ausência de estudos, com os militares portugueses, não permite identificar a necessidade de implementar intervenções específicas ou programas preventivos de acompanhamento a esta problemática, com o objectivo de diminuir o risco dos militares desenvolverem PSPT e patologias associadas decorrentes da missão. Seria relevante reflectir-se sobre o que se tem verificado em outras guerras em que as consequências e o impacto do problema, na vida dos combatentes, tornou-se crónico (p.e., os combatentes da Guerra do Ultramar), e que o reconhecimento tardio da perturbação tem dificultado as intervenções e o tratamento dos casos afectados.

O Governo Português, pela Lei n.º 46/99, reconheceu o stress pós-traumático de guerra e nessa sequência criou a Rede Nacional de Apoio (RNA) aos militares e ex-militares vítimas de stress pós-traumático de guerra (DL n.º 50/2000, de 7 Abril), prevendo a sua aplicação também aos militares participantes em missões de paz internacionais.

Segundo os estudos de Maia e Osório (2012), com militares portugueses regressados do Afeganistão, os resultados mostram que os que estiveram expostos a diversas experiências potencialmente traumáticas apresentaram sintomas compatíveis com o diagnóstico de PSPT (2,7%) e outros apresentaram sintomas que configuravam com o diagnóstico parcial (8,8%).

Para além do factor de risco mais elevado caracterizado pela exposição ao combate, tanto a ausência de suporte social, como as estratégias de *coping* utilizadas de forma desadequada, pelos militares, podem estar associadas a uma maior gravidade de sintomas de PSPT. Por outro lado, as estratégias de *coping* focadas nas emoções, ao contrário das estratégias de *coping* focadas no problema, também estão associadas a uma maior gravidade dos sintomas (Dirkzwager, Bramsen & van der Ploeg, 2005).

Após revisão da literatura de estudos internacionais que se debruçaram sobre o impacto das OP nos militares que as integram, e considerando a escassez de estudos a nível nacional, equacionamos a nossa problemática através das seguintes questões: ***qual o impacto que a participação nas OP tem nos militares, ao nível do desencadeamento da PSPT? Qual o papel que as variáveis psicológicas, nomeadamente a auto-estima, o coping, o suporte social e a psicopatologia desempenham nesse desenvolvimento? É possível identificar preditores psicológicos para o desenvolvimento da PSPT?***

4.2. Delineamento do Estudo

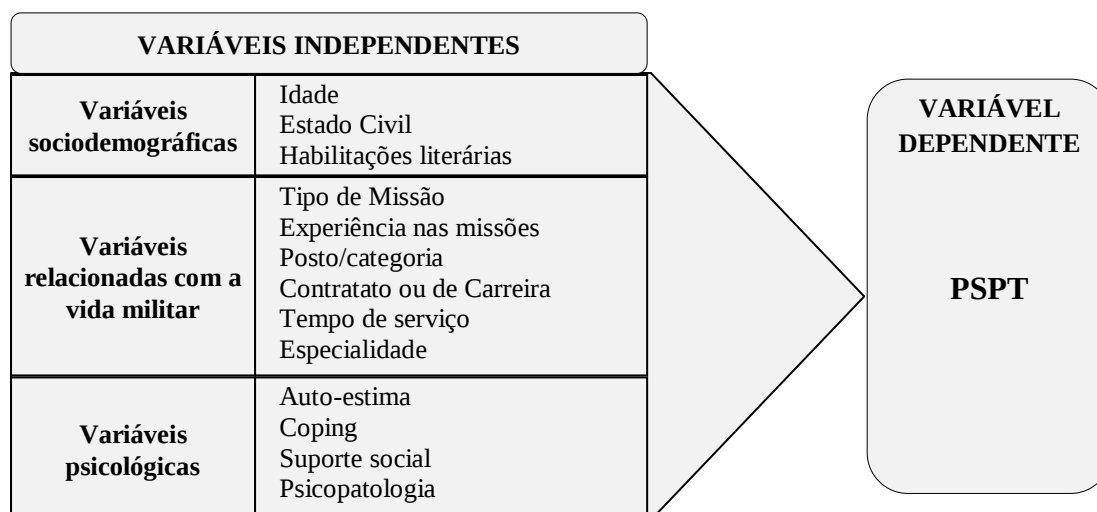
O presente estudo é de natureza longitudinal, em que os dados foram recolhidos aos mesmos sujeitos, em dois momentos diferentes (pré-missão e pós-missão), possibilitando o estabelecimento de relações de causalidade.

O estudo é também descritivo e epidemiológico pois usou metodologias quantitativas, cujas características assentam no positivismo, objectivismo, medição controlada, e orientado para a comprovação, confirmação de resultados hipotéticos-dedutivos, precisos e fiáveis através da validação científica, permitindo obter indicadores de prevalência em amostras de maior dimensão cujo conhecimento qualitativo se torna mais difícil. Neste sentido procedeu-se ao uso de análises estatísticas descritivas e inferenciais, para descrever os acontecimentos que ocorreram naturalmente sem a intervenção do investigador, fornecendo informação acerca da amostra em estudo e procurando explicar os resultados entre as variáveis, nomeadamente através das análises comparativas (avaliação antes e depois das missões) e correlacionais (avaliação da relação entre as variáveis), (Almeida & Freire, 2008).

O estudo apresenta-se também de carácter exploratório visando fornecer dados numa perspectiva geral e aproximada sobre uma população específica e um fenómeno complexo e cujos dados são escassos em Portugal, pelo que novos dados levantam questões e possibilitam reflexões e estudos posteriores mais aprofundados. Nesse sentido foram também efectuadas análises exploratórias de dados através dos modelos de regressão linear e hierárquica (preditores para PSPT).

Conforme Figura 2, o desenho do estudo contempla variáveis independentes ou variáveis em estudo (sociodemográficas, relacionadas com a vida militar, psicopatologia e as variáveis psicossociais auto-estima, *coping* e suporte social) e a variável dependente PSPT.

Figura 2. Desenho do Estudo



A variável dependente (PSPT) foi operacionalizada através da PSPT Checklist (PCL – versão militar), e as variáveis independentes ou variáveis em estudo foram operacionalizadas do seguinte modo: questionário sociodemográfico para as variáveis sociodemográficas; a psicopatologia ou desajustamento emocional, através da Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R); a auto-estima, através da Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito e UAL (SERTHUAL); o coping através da Escala Toulousiana de Coping (ETC); e o Suporte Social, através da Multi-Dimensional Support Scale (MDSS).

Considerando a natureza do estudo podemos questionar se existem verdadeiramente variáveis independentes e dependentes, ou variáveis em estudo.

O grupo de militares sem PSPT funcionou como grupo de controlo para os militares com PSPT, em relação às análises comparativas efectuadas.

4.3. Objectivos do Estudo e Hipóteses de Investigação

Na sequência dos vários aspectos atrás referidos, este estudo pretende contribuir para um melhor conhecimento do impacto da PSPT e das variáveis associadas (psicopatologia, auto-estima, *coping* e suporte social), em militares portugueses envolvidos nas OP. Assim, o objectivo geral deste estudo consistiu em avaliar e analisar a prevalência da PSPT em militares portugueses participantes em OP Internacionais, considerando o tipo de missão e a sua relação com a psicopatologia e com as variáveis sociodemográficas e psicológicas, nomeadamente a auto-estima, o coping e o suporte social. Neste âmbito, foram definidos e desenvolvidos os seguintes objectivos específicos de investigação:

Objectivo 1: Identificar e avaliar a prevalência da PSPT nos militares antes e depois da missão;

Objectivo 2: Comparar as diferenças da PSPT ao nível da tipologia das missões;

Objectivo 3: Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a PSPT;

Objectivo 4: Analisar a relação entre a PSPT e a psicopatologia, antes e depois da missão (relacionar a PCL-M com a SCL-90-R);

Objectivo 5: Analisar a relação entre a PSPT e a auto-estima, antes e depois da missão (relacionar a PCL-M com a SERTHUAL);

Objectivo 6: Analisar a relação entre a PSPT e o *coping*, antes e depois da missão (relacionar a PCL-M com a ETC);

Objectivo 7: Analisar a relação entre a PSPT e o suporte social, antes e depois da missão (relacionar a PCL-M com a MDSS);

Objectivo 8: Analisar em que medida as variáveis psicológicas (psicopatologia, a auto-estima e o *coping*) permitem prever a variância encontrada na PSPT;

Com base na revisão da literatura e nos objectivos definidos, formularam-se as seguintes hipóteses em estudo:

Hipótese 1: Espera-se encontrar diferenças de sintomatologia de PSPT nos militares antes e depois da missão?

Hipótese 2: Espera-se encontrar diferenças de sintomatologia de PSPT ao nível da tipologia de missão?

Hipótese 3: Espera-se encontrar relações entre as variáveis sociodemográficas e a PSPT?

Hipótese 4: Espera-se encontrar relações entre a psicopatologia e a PSPT, antes e depois da missão?

Hipótese 5: Espera-se encontrar relações entre a auto-estima e a PSPT, antes e depois da missão?

Hipótese 6: Espera-se encontrar relações entre o *coping* e a PSPT, antes e depois da missão?

Hipótese 7: Espera-se encontrar relações entre o suporte social e a PSPT, antes e depois da missão?

Hipótese 8: Espera-se encontrar variáveis psicológicas preditoras da PSPT?

Para além dos objectivos e hipóteses consideradas foram efectuadas outras análises exploratórias e complementares, referentes às vivências dos militares com as missões.

4.4. População e Amostra

De referir que esta investigação é o primeiro estudo desta natureza realizado em Portugal, abrangendo contingentes militares em grupo, em quatro TO e com uma grande amostra. A população alvo é diversificada em termos das suas características específicas.

4.4.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes da amostra geral.

De um total de cerca de 800 militares que participam anualmente em missões de paz foi considerado como critério de inclusão na amostra o facto de os participantes estarem inseridos em grupos de dimensão superior a escalão de companhia¹⁹. Assim, de um total de 640 militares participantes em OP em 2011, a amostra, no 1º momento de avaliação (pré-missão), foi constituída por 501 militares e, num 2º momento (pós-missão), foi constituída por 423 militares (15,5 % de desistências), pertencentes aos três Ramos das Forças Armadas (Exército, Marinha e Força Aérea) e GNR e distribuídos conforme as seguintes missões: Kosovo (KFOR), Afeganistão (ISAF), Timor (UNMIT), e Líbano (UNIFIL) (Figuras 3 e 4).

Figura 3. Total da Amostra

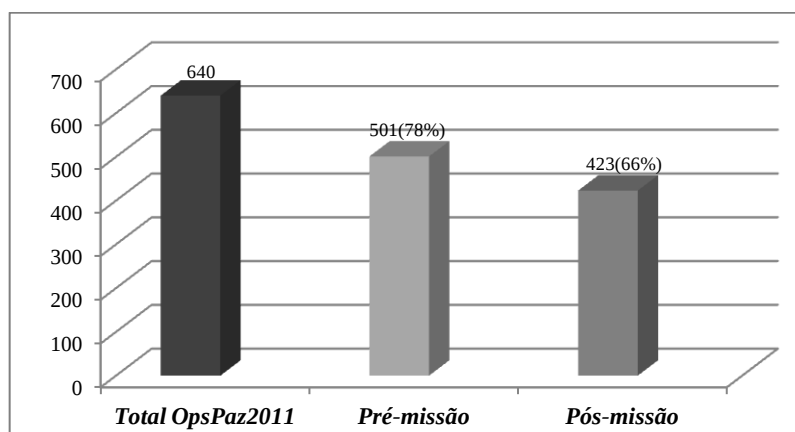
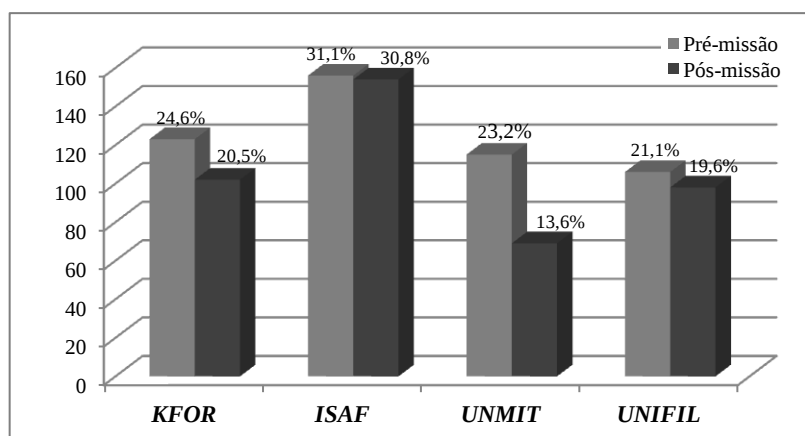


Figura 4. Amostra por Tipo de Missão

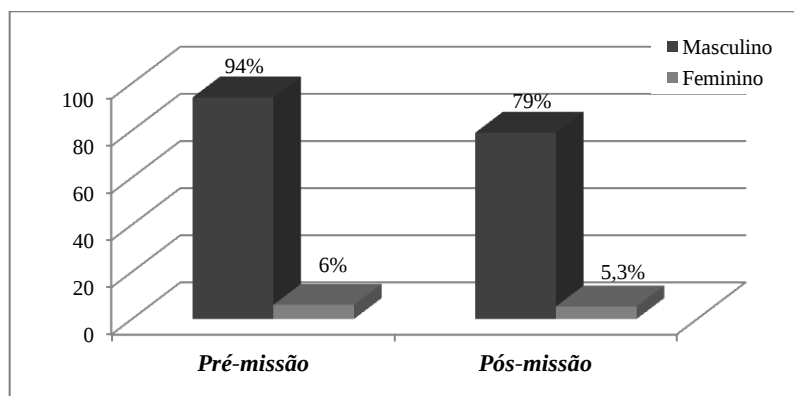


¹⁹ Cada companhia enquadra cerca de 90 militares.

O anexo A apresenta a tabela com as características sociodemográficas (gerais e militares) dos participantes da amostra em estudo, verificando-se que não há diferenças significativas entre a pré-missão e a pós-missão. Os militares têm idades compreendidas entre os 19 e os 56 anos: pré-missão (M=29,36; DP=8,06) e pós-missão (M=29,29; DP=7,84).

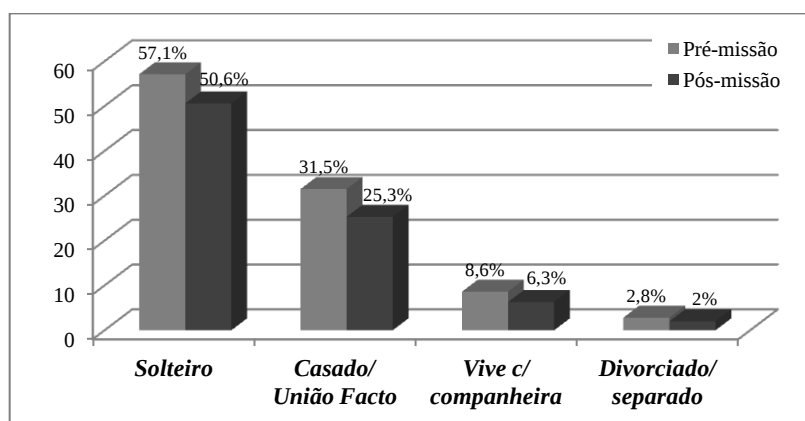
Na Figura 5 pode-se verificar que a maioria dos participantes é do género masculino: pré-missão (n=471; 94%) e pós-missão (n=396; 79%).

Figura 5. Caracterização da Amostra por Género



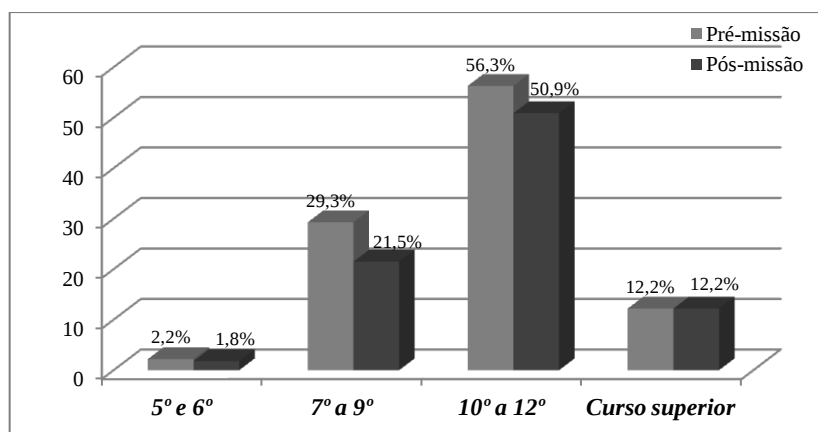
Relativamente ao estado civil, a Figura 6 mostra que a maior percentagem dos participantes são solteiros: pré-missão (n=286; 57,1%) e pós-missão (n=254; 50,6%).

Figura 6. Distribuição da Amostra por Estado Civil



Em relação às habilitações literárias, observa-se pela Figura 7, que mais de metade dos participantes possui o 10º e o 12º ano de escolaridade: pré-missão (n=282; 56,3%) e pós-missão (n=251; 50,9%).

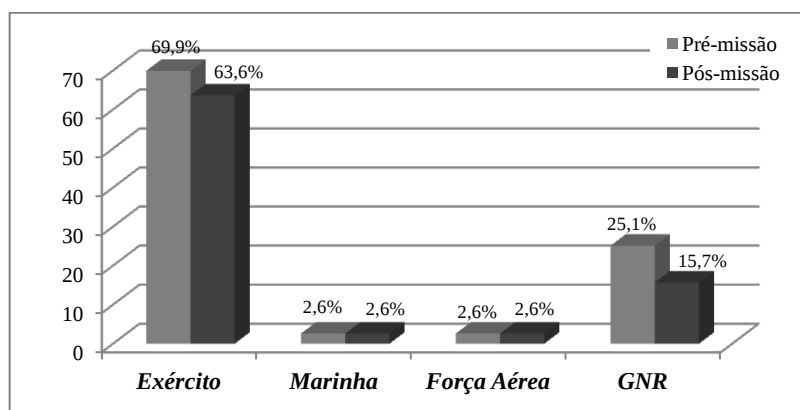
Figura 7. Distribuição da Amostra por Habilitações Literárias



De seguida iremos analisar as características sociodemográficas da situação militar.

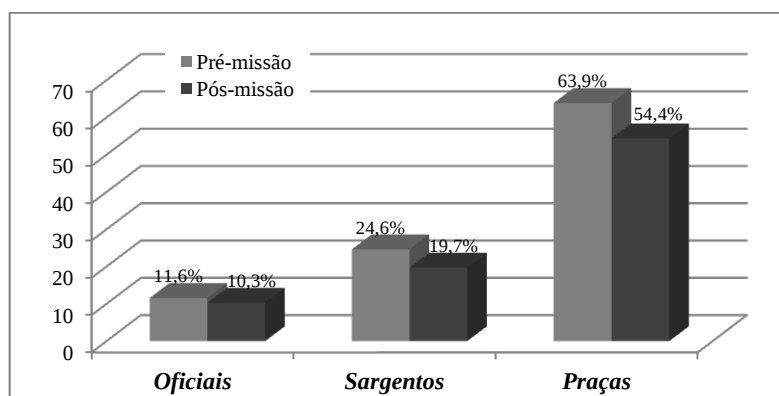
No que concerne à distribuição pelos Ramos das Forças Armadas e GNR, a Figura 8 mostra que a maior parte dos militares pertence ao Exército: pré-missão (n=350; 69,9%) e pós-missão (n=319; 63,6%) seguido da GNR: pré-missão (n=126; 25,1%) e pós-missão (n=79; 15,7%).

Figura 8. Distribuição da Amostra pelos Ramos e GNR



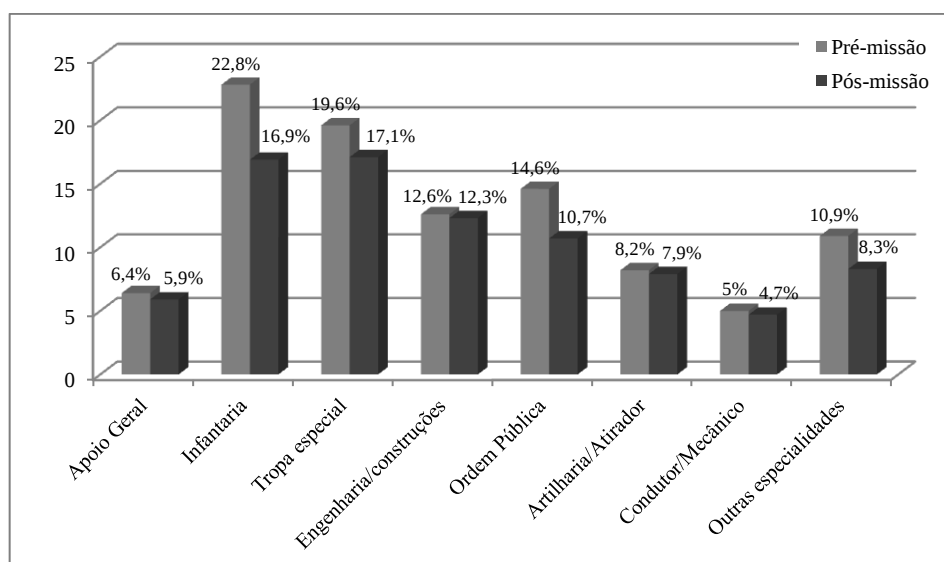
Relativamente à distribuição por postos ou categorias, a Figura 9 mostra que a maior percentagem dos militares pertence à categoria de praças: pré-missão (n=320; 63,9%) e pós-missão (n=272; 54,4%), seguido dos Sargentos: pré-missão (n=123; 24,6%) e pós-missão (n=99; 19,7%).

Figura 9. Distribuição da Amostra por Postos/Categorias



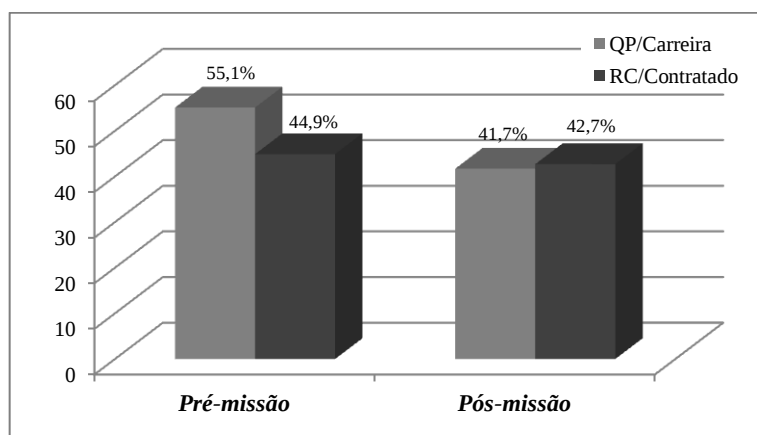
Em relação à especialidade, como se observa pela Figura 10, as mais representativas estão distribuídos pela arma de infantaria: pré-missão (n=114; 22,8%) e pós-missão (n=85; 16,9%) e pela tropa especial (essencialmente comandos): pré-missão (n=98; 19,6%) e pós-missão (n=86; 17,1%).

Figura 10. Distribuição da Amostra por Especialidades



Relativamente à situação dos militares na Instituição, a percentagem está repartida por aqueles que pertencem aos quadros permanentes ou de carreira: pré-missão (n=276; 55,1%) e pós-missão (n=209; 41,7%) e aqueles que estão em regime de contratado: pré-missão (n=225; 44,9%) e pós-missão (n=214; 42,7%) (Figura 11).

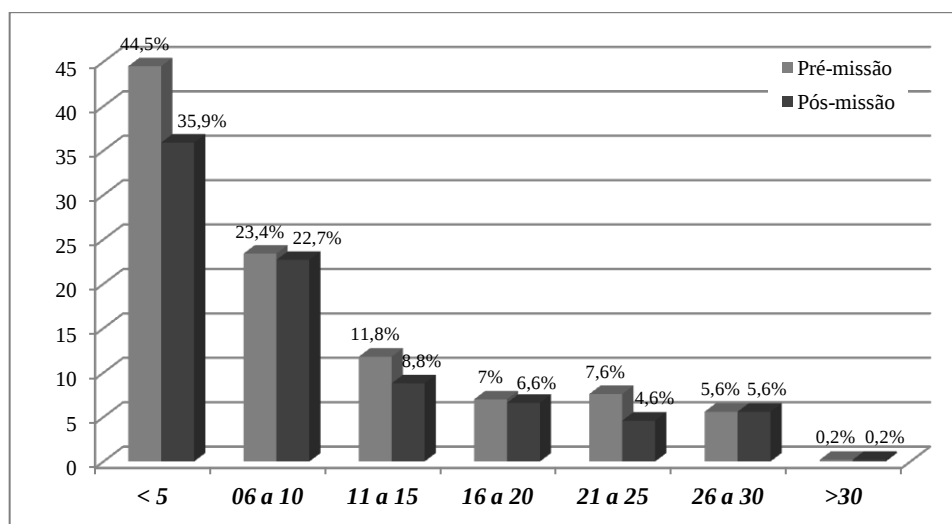
Figura 11. Distribuição da Amostra por Situação na Instituição



No que concerne ao tempo de permanência na Instituição, observa-se pela Figura 12 que a maior parte dos militares estão há menos de 5 anos na Instituição: pré-missão (n=223; 44,5%) e pós-missão (n=180; 35,9%).

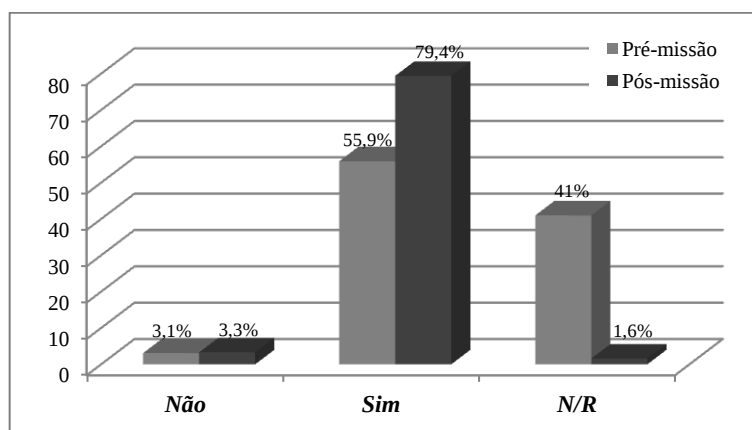
As Figuras 11 e 12 mostram uma percentagem bastante significativa de militares em regime de contrato e com menos de 5 anos na Instituição, portanto, militares jovens.

Figura 12. Distribuição da Amostra por Tempo de Permanência na Instituição



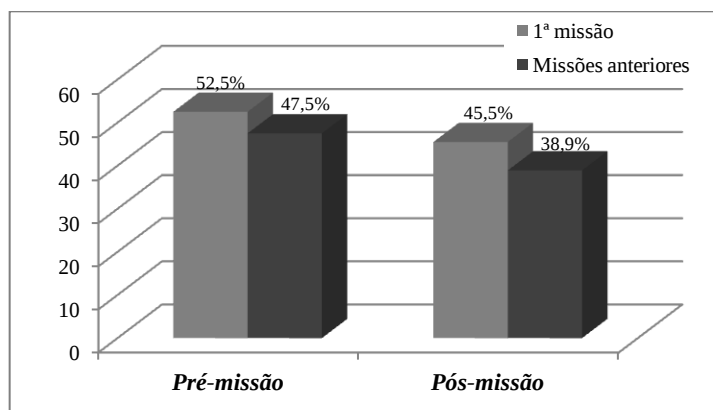
Em relação à frequência do contacto com os camaradas a maior parte dos militares mantém contactos frequentes: pré-missão (n=280; 55,9%) aumentando na pós-missão (n=398; 79,4%) (Figura 13).

Figura 13. Distribuição da Amostra por Frequência do Contacto com Camaradas



Quanto à experiência nas missões, a Figura 14 apresenta uma percentagem repartida por aqueles que participaram pela primeira vez nas missões: pré-missão (n=263; 52,5%) e pós-missão (n=228; 45,5%) e aqueles que já haviam participado em missões anteriores: pré-missão (n=238; 47,5%) e pós-missão (n=195; 38,9%).

Figura 14. Distribuição da Amostra por Experiência nas Missões



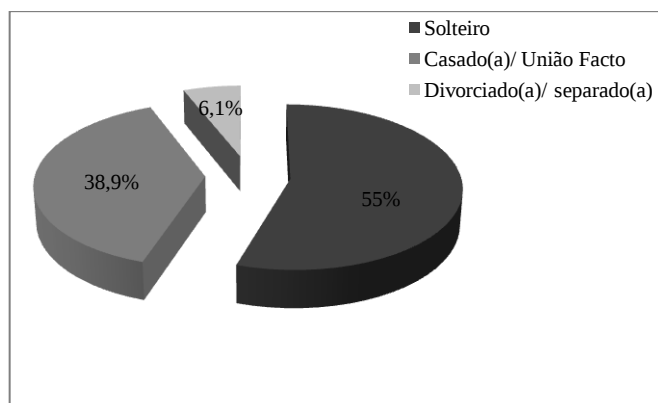
4.4.2. Caracterização sociodemográfica dos participantes da subamostra “clínica”.

Após a caracterização sociodemográfica da amostra geral, pensamos ser importante caracterizar a subamostra dos militares com sintomatologia de PSPT, em pós-missão (n=113).

O anexo B apresenta a tabela com as características sociodemográficas (gerais e militares) da subamostra dos militares com PSPT, constituída por 113 militares, 107 do género masculino (94,7%) e 6 do género feminino (5,3%) com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos (M=29,96; DP=8,47).

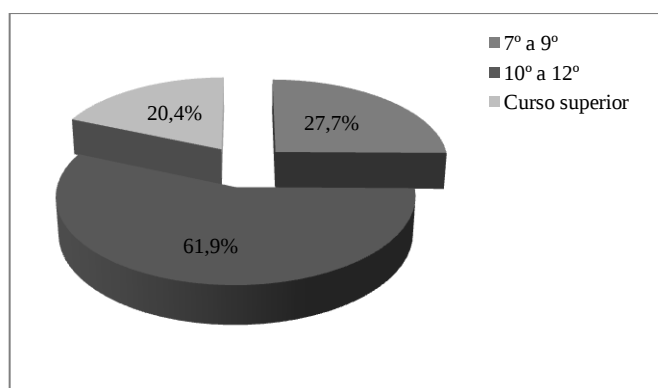
Em relação ao estado civil, pode-se verificar pela Figura 15 que a maior parte dos participantes são solteiros (n=62; 55%), seguido de casados/união de facto (n=44; 38,9%).

Figura 15. Distribuição dos Participantes por Estado Civil (Subamostra Clínica)



Relativamente às habilitações literárias, a Figura 16 mostra que os participantes repartem-se entre o 10º e 12º ano de escolaridade (n=70; 61,9%), o 7º a 9º (n=23; 27,7%) e o curso superior (n=20; 20,4%).

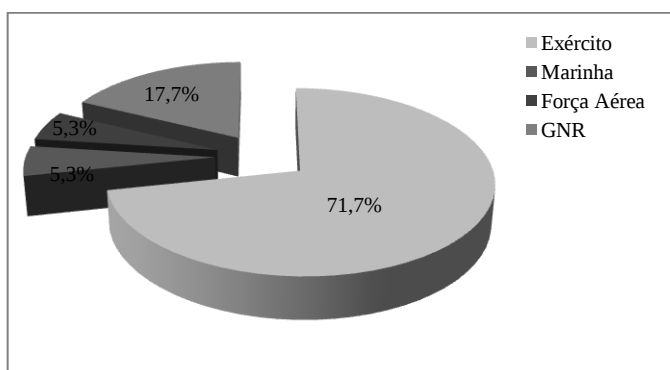
Figura 16. Distribuição dos Participantes por Habilitações Literárias



De seguida iremos analisar as características sociodemográficas da situação militar.

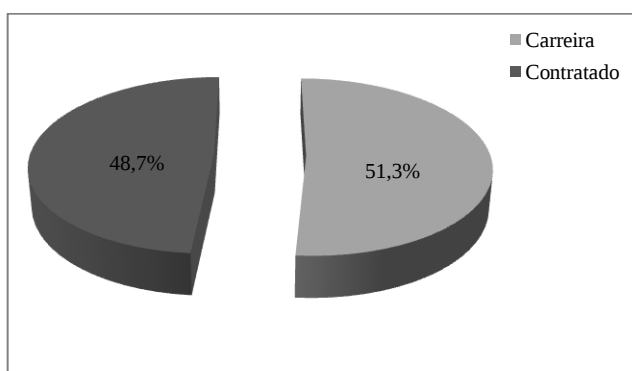
Em relação à distribuição dos militares pelos Ramos das Forças Armadas, observa-se pela Figura 17 que a maior parte dos militares pertence ao Exército (n=81; 71,7%), seguido da GNR (n=20; 17,7%).

Figura 17. Distribuição dos Participantes pelos Ramos e GNR



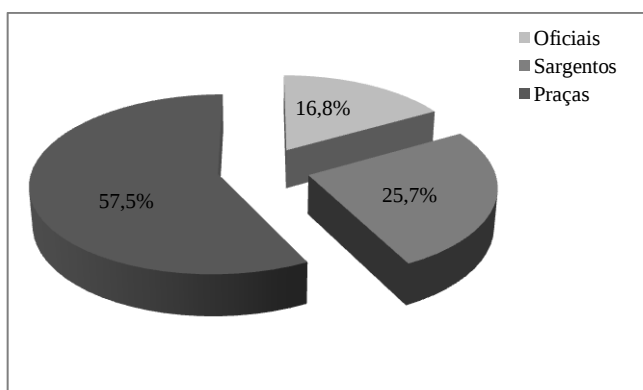
Relativamente à situação dos militares na Instituição, a Figura 18 mostra que estão repartidos por aqueles que são de carreira e pertencem aos quadros permanentes (n=58; 51,3%) e os que são contratados (n=55; 48,7%).

Figura 18. Distribuição dos Participantes por Situação na Instituição



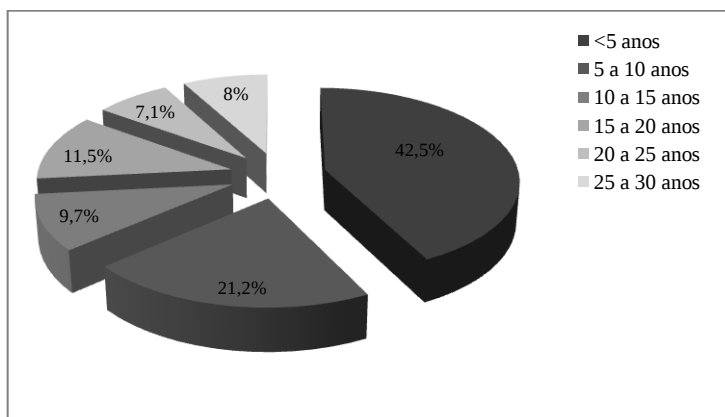
Em relação à distribuição por categorias ou postos, a maioria dos militares pertence à categoria de Praças (n=65; 57,5%), seguido dos Sargentos (n=29; 25,7%) e dos Oficiais (n=19; 16,8) (Figura 19).

Figura 19. Distribuição dos Participantes por Postos/Categorias



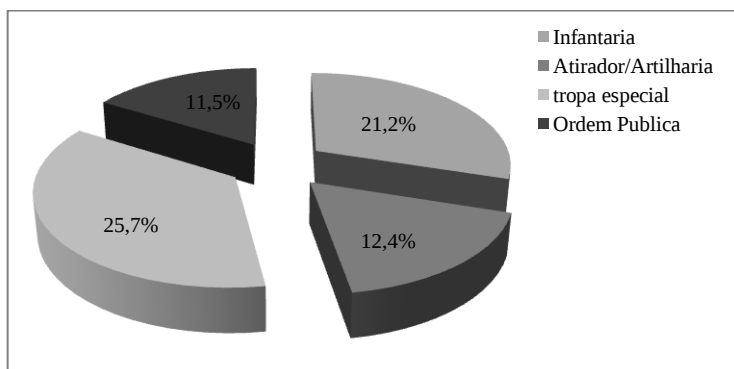
No que concerne ao tempo de permanência na Instituição militar, a Figura 20 mostra que a maior parte dos participantes tem menos de 5 anos de permanência na Instituição (n=48; 42,5%) e entre os 5 e os 10 anos (n=24; 21,2%).

Figura 20. Distribuição dos Participantes por Tempo de Permanência na Instituição



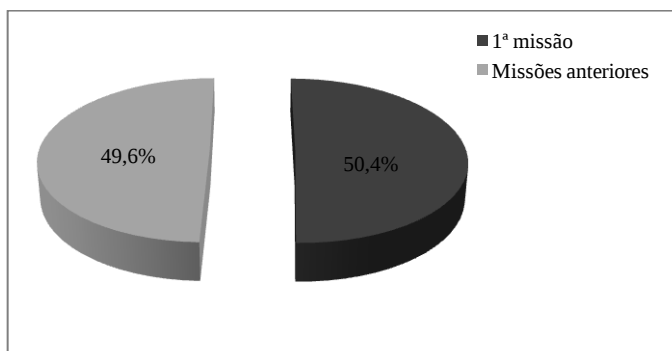
Relativamente à especialidade dos militares, as mais representadas são a tropa especial (n=29; 25,7%) e a infantaria (n=24; 21,2%) (Figura 21).

Figura 21. Distribuição dos Participantes por Especialidade



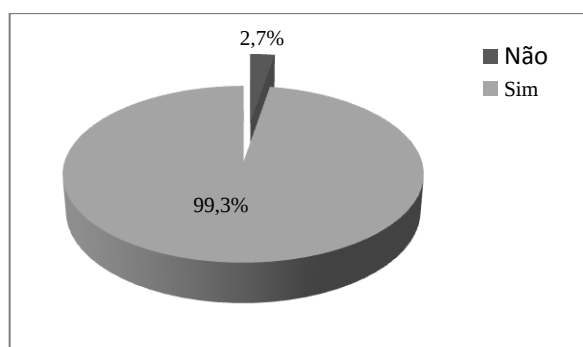
Quanto à experiência nas missões, a Figura 22 mostra que os militares estão repartidos entre os que participam pela primeira vez na missão (n=57; 50,4%) e os que já participaram em missões anteriores (n=56; 49,6%).

Figura 22. Distribuição dos Participantes por Experiência nas Missões



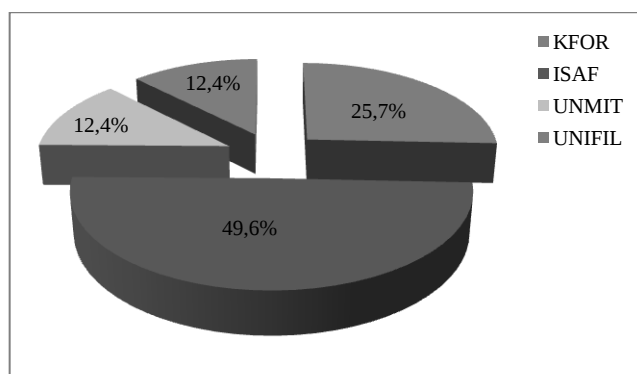
Em relação ao contacto com os camaradas, apenas 2,7% (n=3) não mantêm contactos frequentes com outros camaradas (Figura 23).

Figura 23. Distribuição dos Participantes por Frequência de Contactos



Relativamente aos militares identificados com sintomatologia de PSPT em pós-missão, podemos observar pela Figura 24 que estão distribuídos pela missão do Afeganistão (n=56; 49,6%), seguido do Kosovo (n=29; 25,7%), Líbano (n=14; 12,4%) e Timor (n=14; 12,4%).

Figura 24. Distribuição dos Participantes por Sintomatologia de PSPT nas Missões



4.5. Instrumentos

Para atingir os objectivos propostos pela presente investigação e considerando a revisão da literatura efectuada, ao nível da prevalência de PSPT, da comorbilidade associada, e de outras variáveis em estudo relacionadas com a PSPT, nomeadamente a variável pessoal auto-estima e as variáveis psicossociais coping e suporte social, foi criado um protocolo de investigação, constituído por uma “bateria de instrumentos” com uma primeira parte de recolha de dados para a caracterização sociodemográfica da amostra e uma segunda parte constituída por instrumentos de avaliação da presença de sintomatologia relacionada com o(s) acontecimento(s) traumático(s), desajustamento emocional, auto-estima, estratégias de *coping* e suporte social (Anexo C).

Os instrumentos de auto-relato, geralmente utilizados em ciências sociais, partem da premissa que são os próprios sujeitos os mais indicados para responderem sobre si mesmos, ainda que possam aumentar o risco de enviesamento pela desejabilidade social (Vilelas, 2009). No presente estudo o facto da recolha ter sido efectuada em grupo, este risco pode ter existido.

Os critérios de selecção dos instrumentos basearam-se nas seguintes premissas: boas qualidades psicométricas, nomeadamente ao nível da sua consistência interna; validação para a população portuguesa; tivessem já sido utilizados em estudos com amostras de militares portugueses e serem adequados à população em estudo.

Importante referir que os instrumentos utilizados não estão adaptados à população em estudo, pelo que descrevemos as suas características de acordo com a população a que foram aferidos. Este facto pode levantar algumas fragilidades na sua adequabilidade em militares, no entanto todos os instrumentos já foram aplicados em outros estudos com militares portugueses participantes em OP, e mostraram uma boa fidelidade e consistência interna. O presente estudo, pela dimensão da sua amostra, tem também por objectivo a adaptação dos instrumentos utilizados. Na tabela XX pode observar-se os instrumentos e seus objectivos.

Tabela 2

Instrumentos Utilizados e Seus Objectivos

Variáveis em estudo	Instrumentos	Objectivos
Variáveis gerais e militares	Questionário sociodemográfico	Recolha de dados sociodemográfico gerais e da vida militar.
Acontecimento traumático	Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Military Version – Versão militar (PCL-M), (Weathers, Litz, Herman, Huska, e Keane, 1993, validado e adaptado para a população militar por Carvalho, T., J. Pinto Gouveia, Cunha, M. & Duarte, J., 2014)	Avalia presença de sintomas de PSPT relacionados com o acontecimento militar.
Psicopatologia ou desajustamento emocional	Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R), (Lipman, Derogatis e Covi, 1977, validado e adaptado para a população portuguesa por A. Baptista, 1993)	Avalia a presença de sintomas de desajustamento emocional.
Auto-estima	Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito e UAL (SERTHUAL), (validado para a população portuguesa por Tap, Hipólito, Nunes e Brites, 2008)	Avalia a percepção que o sujeito tem de si.
Estratégias de coping	Escala Toulousiana de Coping (ETC), (Sordes-Ader, Fsián, Esparbès e Tap, 1997, adaptado e validado para a população portuguesa por Tap, Costa e Alves, 2005).	Avalia a estratégias de coping que a pessoa utiliza quando enfrenta uma situação difícil.
Suporte social	Multi-Dimensional Support Scale (MDSS), (Winefield, Winefield e Tiggemann, 1992), traduzido por Lory e Baptista, 1997)	Avalia a frequência e satisfação com o suporte social.

Seguidamente são caracterizados os instrumentos de avaliação utilizados, referindo também a pertinência dos mesmos para o presente estudo.

4.5.1. Questionário sociodemográfico. (Anexo D)

Foi construído um questionário para o presente estudo, integrando questões com vista à recolha de informação sobre as características sociodemográficas gerais (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias) e militares (Ramo, situação na Instituição, posto, especialidade), da amostra e algumas questões relacionadas com as motivações e experiência militar, decorrente das missões. No final do questionário foram colocadas duas questões abertas, relacionadas com os acontecimentos marcantes durante a vida militar e com as dificuldades de adaptação quando regressam das missões, que permitiram compreender alguns efeitos colaterais (positivos e negativos) dos instrumentos de avaliação utilizados no protocolo.

4.5.2. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Military Version (PCL-M). (Anexo E)

A PSPT Checklist (PCL) é um instrumento desenvolvido por Weathers, Litz, Herman, Huska, e Keane (1993), adaptada e validada para a população portuguesa por Marcelino e Gonçalves (2012). A escala é utilizada para o rastreamento de prováveis diagnósticos da PSPT e possui três versões:

- A **PCL-C (versão civil)**, utilizada com qualquer população civil sobre sintomas em relação às experiências stressantes traumáticas. Os sintomas referem-se a eventos não específicos.
- A **PCL-S (versão para evento específico)**, utilizada para sintomas claramente associados a um evento ou uma experiência stressante específica (e. g., assalto, desastre ou acidente).
- **PCL-M (versão militar)**, especificamente desenvolvida para a avaliação das consequências de experiências traumáticas de carácter militar. A PCL-M foi validada por Bliese et al. (2008) numa amostra de 352 militares que regressaram do Iraque e Afeganistão. Os valores de corte mais adequados foram entre 30 e 34. Segundo a reflexão teórica que serve de suporte este instrumento é considerado o mais utilizado e adequado para os militares do activo ou na reserva.

A versão portuguesa foi traduzida, adaptada e validada para a população militar portuguesa, por Carvalho, T., J. Pinto Gouveia, Cunha, M. & Duarte, J. (2014), numa amostra de 86 antigos combatentes da guerra do Ultramar, apresentando a mesma estrutura que a versão original e os autores concluíram ser um instrumento adequado para o rastreamento de sintomas de PSPT na população militar.

As escalas da PCL são constituídas por 17 itens que permitem avaliar os sintomas fundamentais para o diagnóstico de PSPT, segundo a DSM-IV-TR (2002), e estão organizadas em três categorias de sintomas: reexperienciação, evitamento/embotamento e

hiper-reactividade. No presente estudo, utilizámos a versão militar (PCL-M), questionário de auto-avaliação desenvolvido para avaliar a severidade e a frequência dos sintomas em militares expostos a situações traumáticas.

Para o preenchimento da escala é necessário que o militar apresente o critério A1 da DSM-IV: “vivenciar ou testemunhar um acontecimento traumático”.

A resposta aos 17 itens é dada numa escala de auto-resposta (de gravidade) de Likert que pode variar de 1 (*nada*) a 5 (*extremamente*), em que é pedido ao indivíduo para assinalar em que medida apresentou os sintomas.

De entre as várias finalidades da PCL, a pesquisa e a clínica são as mais utilizadas, incluindo: 1) Selecção para PSPT (triagem/screening de indivíduos para PSPT); 2) Auxiliar de avaliação diagnóstica para PSPT; 3) Monitoramento na mudança de sintomatologia durante e após o tratamento.

No que respeita à cotação, a PCL pode ser efectuada de várias formas:

- Um *score de gravidade* total de sintomas (o score pode variar entre 17 e 85) que pode ser obtido somando os scores de cada um dos 17 itens das subescalas do critério B (itens 1 a 5), Critério C (itens 6 a 12), e Critério D (itens 13 a 17), que têm opções de resposta de gravidade entre 1 "*nada*" e 5 "*extremamente*".
- O padrão-chave para o diagnóstico de PSPT é uma entrevista clínica estruturada baseada na Clinician-Administered PSPT Scale (CAPS).

A não ser possível este método, pode ser efectuado um provável diagnóstico da seguinte forma: 1) Determinar se um indivíduo satisfaz os sintomas dos critérios da DSM-IV, isto é, pelo menos um sintoma do critério B (reexperiência intrusiva), pelo menos três sintomas do critério C (evitamento e embotamento), e pelo menos dois sintomas do critério D (excitabilidade aumentada); 2) Determinar se o score de gravidade total (score 17 a 85) excede um determinado *cut-point* (significativo $>$ ou $= 3$, ou seja ≥ 50), ou de acordo com a Tabela 4; 3) Combinar os dois métodos atrás referidos para garantir que um indivíduo tem gravidade suficiente, bem como o necessário padrão de sintomas e severidade limiar exigido pela DSM.

Não existindo um método absoluto para determinar o ponto de corte da PCL, torna-se importante considerar o objectivo da avaliação. Sendo a finalidade do presente estudo a pesquisa, pensamos ser mais adequado seguir-se o ponto de corte em conformidade com a Tabela 3. Deve considerar-se a extremidade baixa da escala se o objectivo é de triagem/screening de PSPT, desejável para maximizar a detecção de possíveis casos, e pontuações na extremidade alta do intervalo se o objectivo é auxiliar no diagnóstico da PSPT.

Tabela 3

Pontos de Corte Sugeridos pelo National Center for PTSD (2010), Triagem e Diagnóstico de PSPT

<i>Contexto</i>	<i>Rastreio</i>	<i>Diagnóstico</i>
Serviços especializados em saúde mental	48	56
Cuidados de saúde primários	25	33
Militares em missão no Iraque/Afganistão	25	28
Abuso de substâncias	36	44
Acidentes de viação	44	50

Nota: Traduzida e adaptada para o presente estudo de: National Center for PTSD, June 2010 page 1 of 2, Using the PTSD Checklist; <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/ptsd-checklist.asp>.

A PCL-M apresenta excelentes qualidades psicométricas, sendo referida uma boa consistência interna global dos 17 sintomas, com o coeficiente de *alfa de Cronbach* de 0.97. Para o agrupamento dos sintomas do critério B, com *alfa* de 0.90; dos sintomas do critério C, com *alfa* de 0.89; e para os sintomas do critério D, com *alfa* de 0.91. A PCL-M, demonstra uma boa fidedignidade teste-reteste, com um *alfa de Cronbach* de 0.96 (Weathers et al., 1993).

Marcelino e Gonçalves (2012), na validação da PCL-C para a população portuguesa, encontraram um *alfa de Cronbach* total de 0.94 e 0.86, 0.87 e 0.88 para os critérios B, C e D, respectivamente. Carvalho, et al. (2014), na validação da PCL-M para a população militar portuguesa encontrou valores semelhantes (*alfa* total = .94) confirmando a fiabilidade deste instrumento. Na nossa amostra, também se verificou uma boa consistência interna da PLC-M, com um *alfa* total de 0.86 e 0.81, 0.80 e 0.72 para os critérios B, C e D.

A PCL é referida pela literatura como sendo o 2º teste mais utilizado em investigação, a seguir à CAPS, no que se refere à avaliação de PSPT, não apenas na avaliação da severidade dos sintomas (itens com score igual a 3 ou superior), mas também ao nível do diagnóstico de PSPT (17 itens com a presença de sintomas fundamentais para os critérios B, C e D da DSM-IV-R e CID-10), (Elhai et., 2005).

4.5.3. Symptom Checklist 90 - Revised (SCL-90-R). (Anexo F)

A Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R), de Lipman, Derogatis e Covi (1977), validada e adaptada para a população portuguesa por Baptista (1993), é um questionário de auto-avaliação de natureza multidimensional constituído por 90 itens que avaliam a presença de psicopatologia e mal-estar psicológico, ou seja, sintomas de desajustamento emocional, em populações psiquiátricas, mas também em indivíduos que não se encontram perturbados emocionalmente. A resposta aos itens é dada numa escala de Likert que pode variar de 1

(*nada*) a 5 (*extremamente*), onde a pessoa escolhe a opção que melhor descreva o grau com que cada afirmação ou determinado problema o afectou, ou lhe cria mal-estar.

Tem como objectivo identificar os sintomas de desajustamento emocional e integra nove dimensões específicas: Somatização (12 itens), Obsessões e compulsões (10 itens), Sensibilidade Interpessoal (9 itens), Depressão (13 itens), Ansiedade (10 itens), Hostilidade (6 itens), Ansiedade Fóbica (7 itens), Ideação Paranóide (6 itens) e Psicoticismo (10 itens).

Segundo a revisão teórica da aplicação deste instrumento ao nível dos sintomas de ajustamento emocional é um dos instrumentos mais utilizados. Por exemplo, a SCL-90-R foi utilizada por Paiva, Cerdeira, Rodrigues e Ferro (1997), num estudo em 1346 militares participantes em missões de paz na Bósnia-Herzegovina e descreveram as dimensões da seguinte forma:

Somatização: Reflecte o mal-estar resultante da percepção da disfunção corporal ou da percepção do funcionamento somático, ou seja, queixas relacionadas com o sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratório, dores ou desconforto muscular, bem como queixas dolorosas e equivalentes somáticos afectivos, nomeadamente dores de cabeça, dores de costas, desconforto muscular e outros de ansiedade somática.

Obsessão-compulsiva: Inclui sintomas que descrevem condutas, pensamentos e impulsos que o indivíduo considera absurdos e indesejáveis, que geram uma intensa angústia e que são difíceis de resistir, evitar ou eliminar, além de outras vivências e fenómenos cognitivos em geral e característicos dos transtornos de personalidades obsessivas.

Sensibilidade interpessoal: Através desta dimensão, são avaliados sentimentos de inadequação, insegurança ou inferioridade pessoal, face a outras pessoas. As manifestações mais características são a auto depreciação, falta de autoconfiança, timidez, embaraço e desconforto nas relações com os outros e as expectativas negativas relativas a essas relações.

Depressão: Inclui itens que procuram identificar um largo espectro de sintomatologia depressiva, tais como sintomas de afecto e humor disfórico, sinais de isolamento, perda de interesse pelos acontecimentos de vida, falta de motivação e energia vital, sentimentos de desesperança e vazio, desvalorização, culpa excessiva, sendo igualmente contempladas a perda de objectivos e ideias autodestrutivas.

Ansiedade: Esta dimensão reflecte um conjunto de sintomas e comportamentos associados com a ansiedade manifestada através de indicadores gerais de tensão como nervosismo, agitação, tensão emocional, assim como sinais cognitivos de ansiedade generalizada (sentimentos de terror, de apreensão e medo) e de ataques de pânico.

Hostilidade: Reflecte pensamentos, sentimentos e condutas próprias de estados e comportamentos de agressividade, tais como ira, irritabilidade, raiva e ressentimento. Os itens vão desde sentimentos de aborrecimento e impulsividade até discussões e explosões de temperamento incontrolável.

Ansiedade Fóbica: É definida como uma resposta de medo persistente, irracional e desproporcionado relativamente a uma pessoa, local, espaços públicos, objectos ou situações específicas, geralmente complicadas, originando comportamentos de fuga ou evitação.

Ideação Paranóide: Representa o comportamento paranóide, fundamentalmente alteração do pensamento ao nível projectivo, gerando comportamentos de hostilidade, desconfiança, suspeita, grandiosidade, perda de autonomia, desilusão e actividade delirante.

Psicoticismo: Esta dimensão fornece um *continuum* de indícios de um certo tipo de vida esquizóide, desde o isolamento interpessoal ligeiro até à evidência de comportamentos psicóticos (como alucinações e sintomas primários de esquizofrenia).

Escala Adicional: Há 7 itens adicionais na SCL-R-90 que não fazem parte de nenhuma das nove dimensões. Esses itens foram incluídos porque possuem significância clínica, contribuindo para o total global da escala e são utilizados na avaliação final.

A SCL 90-R permite ainda obter, para além dos resultados das subescalas, 3 índices globais de mal-estar: o Índice Global de Sintomas que combina a informação do número de sintomas com a sua intensidade; o Total de Sintomas Positivos ou de Respostas Positivas, que reflecte apenas o número de sintomas presentes; e o Índice de Sintomas Positivos que é uma medida de intensidade ajustada para o número de sintomas presentes.

Em termos de características psicométricas, a SCL 90-R apresenta níveis adequados tanto de consistência interna avaliados pelo *alfa de Cronbach*, que variam entre 0.84 (sensibilidade interpessoal) e 0.90 (depressão), como de estabilidade temporal avaliada pelo teste-reteste, que, num intervalo de uma semana, apresentou valores de correlação que variaram entre 0.80 (hostilidade) e 0.90 (ansiedade) (Degoratis & Lazarus, 1994, citado por Soares, 2007). A versão portuguesa deste questionário encontrou também valores elevados ao nível da consistência interna variando entre 0.74 e 0.90 (Batista, 1993).

Na nossa amostra a consistência interna da escala variou entre um mínimo de 0.61 na dimensão psicoticismo e um máximo de 0.72 na dimensão somatização, podendo afirmar-se que o instrumento apresenta uma boa consistência interna a nível global.

4.5.4. Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito e UAL (SERTHUAL). (Anexo G)

A Escala de Estima de Si, designada SERTHUAL (Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito & UAL, 2006), é um instrumento que resulta de um estudo aprofundado sobre o conceito de estima de si (ou auto-estima), tendo sido adaptada por Tap e Vasconcelos (2004) e validada para a população portuguesa por Tap, Hipólito, Nunes e Brites (2008) numa amostra de 448 sujeitos. Esta escala surge na sequência de um conjunto de investigações realizadas a partir de dois outros instrumentos: a Escala de Auto-estima de Rogers (EAE) e a Nova Escala de Auto-Estima de Toulouse (NETAE).

De acordo com Tap, Hipólito e Nunes (2009), o peso estatístico dos itens de ambas as escalas encontrado pelo valor *alfa de Cronbach*, identificou os itens mais fortes (a partir de 0.60), tendo a escala apresentado boas propriedades psicométricas, nomeadamente ao nível de validade e da fidelidade com o *alfa* a variar entre .65 a .85, o que torna a escala um instrumento estável em relação aos itens que a compõem.

Tap e Vasconcelos (2004) num estudo com a população portuguesa encontraram um bom valor de consistência interna, avaliado através do *alfa de Cronbach* ($\alpha = .82$). Para a presente amostra, foi encontrado um alfa total de 0.92, variando ao nível das suas dimensões entre um mínimo de 0.64 na dimensão perturbações anómicas e um máximo de 0.87, na dimensão auto-satisfação geral, revelando uma boa fidelidade e consistência interna.

A SERTHUAL foi utilizado por Correia, Hipólito e Teles (2008) num estudo com 100 militares portugueses participantes em missões no Iraque e no Afeganistão, apresentando um bom nível de fidelidade, com valores de *alpha de Cronbach* variando entre .63 e .83, com um *alpha* total de .78. Os vários factores que compõem a escala apresentaram índices elevados de consistência interna, ou seja, os itens que constituem cada um dos factores e sub-factores têm níveis muito elevados de correlação entre si.

Na amostra do presente estudo, o *alfa de Cronbach* variou entre um mínimo de 0.64 nas perturbações anómicas e um máximo de 0.86 na auto-satisfação geral, com um *alfa* total de 0.92 na Estima de si geral. As boas propriedades psicométricas levou-nos a adoptar este instrumento que, no entanto, julgamos deverá ser aprofundada a sua utilização em estudos posteriores, em militares, para avaliar a sua validade consistente.

A Escala SERTHUAL é constituída por 60 itens, acerca dos quais o sujeito se deverá posicionar, tendo por base a percepção que tem de si mesmo. A resposta aos itens é dada numa escala de Likert que pode variar de 1 (*nada*) a 5 (*extremamente*). Dos 60 itens, 30 são

positivos e estão integrados em cinco dimensões positivas. Os restantes 30 itens são negativos e estão integrados em cinco dimensões negativas (Tabela 4).

Tabela 4

Dimensões Positivas e Negativas da SERTHUAL

<i>Dimensões positivas</i>	<i>Dimensões negativas</i>
Auto-satisfação geral	Negação e depreciação de si
Expansão sócio-normativa	Tensões relacionais
Maturidade sócio pessoal	Perturbações anómicas
Valorização psíquica e intelectual	Tensões emocionais
Valorização social, académica e profissional	Hostilidade consigo mesmo

Dimensões positivas:

Auto-satisfação geral: O sujeito percebe-se como tendo uma visão optimista e positiva de si, confiante e com manifesta necessidade de afirmação perante si e os outros.

Expansão sócio-normativa: O sujeito revela um desejo de atingir objectivos geralmente de grande importância e desempenhar um papel na sociedade. Procura a participação em movimentos de solidariedade e aprecia as relações interpessoais e grupais.

Maturidade sócio pessoal: o sujeito percebe-se e sente-se uma pessoa responsável, que gosta não só de tomar as suas decisões como levá-las até ao fim. Valoriza o pensamento racional e a tolerância e demonstra maturidade emocional e gosto frequente por satisfazer os seus superiores.

Valorização psíquica e intelectual: o sujeito percebe o seu corpo de uma forma extremamente positiva, quer no que diz respeito aos seus atributos físicos como sentir-se sexualmente atraente e orgulhoso do seu corpo, mas também das suas partes intelectuais como a ambição e inteligência.

Valorização social, académica e profissional: o sujeito considera-se como sendo uma pessoa amável que aprecia os outros, trabalhador e sociável. Revela confiança no seu futuro e demonstra satisfação a nível de resultados profissionais, académicos e escolares.

Dimensões negativas:

Negação e depreciação de si: o sujeito percebe-se como sendo um inútil e para a qual não existe esperança. Tem o sentimento de que ninguém o pode ajudar, não se respeita a si próprio e sente-se apático. Percebe-se como incapaz de enfrentar acontecimentos da vida.

Tensões relacionais: o sujeito percebe-se como desinteressante pois sente que os outros o evitam. Tem tendência para se isolar dos outros, demonstra ser pouco activo em situações de grupo e considera-se pouco atraente, pior do que os outros e que os outros não podem confiar em si.

Perturbações anómicas: o sujeito percebe-se como possuidor de poucos valores e princípios ou modelos pessoais. Sente-se afectivamente perturbado e demonstra sentimentos de receio em relação ao sexo. Existe uma total desvalorização de si mesmo e acredita que não merece a confiança de ninguém.

Tensões emocionais: o sujeito tem o sentimento de que não controla a sua agressividade, que é frequentemente impulsivo e colérico com sentimentos de nervosismo e tensão. Demonstra uma personalidade aditiva e sente-se muitas vezes desencorajado com os seus resultados.

Hostilidade consigo mesmo: o sujeito percebe-se como muito inseguro em relação a si próprio, com sentimentos de extrema passividade e falta de energia. Revela um receio constante de falhar e desvaloriza constantemente as suas realizações. Sente-se incapaz de resolver os seus conflitos internos e de enfrentar situações de crise ou dificuldades.

Ao analisarmos as dimensões positivas e negativas, poderemos conhecer quais as áreas que o sujeito dá maior importância, na percepção que possui de si mesmo, quer seja na dimensão positiva ou negativa da Estima de Si. O valor atribuído a cada item da escala, pelo sujeito, permitirá calcular a média e o total de cada dimensão e elaborar o perfil individual do índice geral de Estima de Si Positivo e do índice geral de Estima de Si Negativo, bem como o índice geral de Estima de Si, o qual resulta da diferença entre o índice positivo e o índice negativo (análise qualitativa ou intra-individual). Podemos ainda comparar os resultados obtidos pelo sujeito com os resultados da população normativa, em termos percentílicos (análise quantitativa ou inter-individual), (Tap, Hipólito & Nunes, 2009).

4.5.5. Escala Toulousiana de Coping (ETC). (Anexo H)

A Escala Toulousiana de Coping (ETC), de Sordes-Ader, Fsián, Esparbès e Tap (1997), foi adaptada e validada, numa amostra de 1000 sujeitos, para a população portuguesa por Tap, Costa e Alves (2005) e consideraram ser um bom instrumento de medida na forma como os indivíduos lidam com a adversidade.

É um questionário de auto-resposta constituído por 54 itens e tem por objectivo avaliar qual a estratégia de *coping* que a pessoa utiliza quando enfrenta uma situação difícil. A resposta aos itens é dada numa escala de Likert que pode variar de 1 (*nada*) a 5 (*extremamente*), de acordo como situa a sua reacção. Segundo os autores, a escala é composta por três campos de conduta, que articula os aspectos ligados à acção (comportamental), à informação (cognitivo), e aos aspectos afectivos (emoção).

O campo comportamental representa o conjunto dos processos através dos quais o indivíduo prepara e gere a acção; o campo cognitivo representa o processo pelo qual o indivíduo trata as informações provenientes do acontecimento, elabora-as e adapta-as, em função da situação; e o campo afectivo, constituído pelo conjunto das reacções emocionais e dos sentimentos mais ou menos normativos, que permitem ao indivíduo legitimar os seus actos e as suas aspirações (Tap & Vasconcelos, 2004). A articulação destes três campos, levam à emergência de seis estratégias diferentes, designadamente: Focalização, Suporte Social, Retraimento, Conversão, Controle e Recusa. Do cruzamento dos três campos com as seis estratégias, surgem dezoito dimensões (Tabela 5).

Tabela 5

Relação entre os Campos e as Estratégias de Coping

CAMPOS			
<i>Estratégias</i>	<i>Acção</i>	<i>Informação</i>	<i>Emoção</i>
<i>Focalização</i>	Focalização activa	Focalização cognitiva	Focalização emocional
<i>Suporte social</i>	Cooperação	Suporte social informativo	Suporte social emocional
<i>Retraimento</i>	Retraimento social e comportamental	Retraimento mental	Aditividade
<i>Conversão</i>	Conversão comportamental	Aceitação	Conversão pelos valores
<i>Controlo</i>	Regulação das actividades	Controle cognitivo e planificação	Controle emocional
<i>Recusa</i>	Distracção	Denegação	Alexitimia

Nota. Adaptado de Tap, Costa e Alves (2005).

Através da Estratégia de Focalização, quando um indivíduo é confrontado com uma situação difícil e vivida por si como stressante, ele pode tentar resolver a situação de modo activo (focalização activa) ou analisar a situação (focalização cognitiva), ou por outro lado tornar-se condicionado pelas emoções, que se irá manifestar em sinais de irritação ou agressividade nas suas relações com os outros ou então desenvolver um sentimento de culpabilidade (focalização emocional).

O Suporte Social é a estratégia que implica um pedido, desejo ou necessidade de ajuda. Se o indivíduo procura resolver a situação através de um trabalho em conjunto com os outros, em cooperação, ele utiliza uma estratégia de suporte activa (cooperação). Por outro lado, ele pode ter necessidade de compreensão do ponto de vista cognitivo, pedindo conselhos e informações (suporte social informativo), ou pode ter necessidade do ponto de vista afectivo, de ser ouvido, receber conforto e reconhecimento (suporte social emocional).

O Retraimento está associado a uma ruptura das interacções sociais, uma tendência para se isolar do mundo exterior, e a um afastamento das outras pessoas (retraimento social e comportamental), ou uma tentativa de esquecer, uma recusa de pensar no problema, refugiar-se no sonho ou no imaginário (retraimento mental), ou então adoptar comportamentos

defensivos de compensação como a ingestão de medicamentos, comida, drogas, tabaco (aditividade).

A Conversão implica a mudança, a nível dos comportamentos, das posições cognitivas ou dos valores. Pode traduzir-se numa mudança de comportamento em função do problema (conversão comportamental), aceitar o problema qualquer que ele seja e aprender a viver com ele (aceitação), ou deixar à confiança de Deus (atitude de fé), adoptar uma outra filosofia de vida (conversão pelos valores).

O Controlo inclui o autocontrolo da situação, na coordenação dos comportamentos ou actividades e a contenção das emoções. Pode definir-se como uma resistência ao impulso de fazer juízos irreflectidos, tomar decisões precipitadas, procurar ter tempo para agir (regulação das acções ou actividades), traçar objectivos, fazer planos, tratar o problema de forma abstracta e lógica (controle cognitivo e planificação), ou não entrar em pânico, controlar as emoções de forma a não permitir que os outros se apercebam das emoções que vivencia (controle emocional).

A Recusa é a incapacidade de perceber e de aceitar a realidade da situação. Significa que o sujeito pode agir como se o problema não existisse, pode distrair-se ou fazer qualquer coisa de mais agradável (distracção), ou então pode esquecer o problema (denegação) ou ter dificuldades em descrever e gerir as suas próprias emoções e sentimentos (alexitimia).

A ETC permite ainda definir e encontrar um total de *coping* percebido como positivo e *coping* percebido como negativo. O *coping* positivo representa a soma das dimensões positivas utilizadas, irá acentuar o aspecto adaptativo; o *coping* negativo representa a soma das dimensões negativas e irá acentuar o aspecto defensivo.

O *coping* positivo associa os aspectos cognitivos ao suporte social (cooperação, ajuda informativa e apoio afectivo). Para o *coping* positivo, contribuem ainda as estratégias de focalização activa e o controlo emocional. O *coping* negativo implica uma articulação das estratégias de retraimento e da recusa, e organiza-se em torno da denegação, do retraimento mental e da alexitimia.

As estratégias ligadas ao *coping* negativo acentuam a tónica nos mecanismos de defesa, implicando uma transacção de ruptura com a situação stressante, levando ao retraimento sobre si próprio, à recusa da participação social, não permitindo uma adaptação positiva à situação adversa. Estas estratégias podem, a curto prazo, ser úteis na medida em que mantém a pessoa afastada de um contexto insuportável (Tap, Costa, & Alves, 2005).

Determinadas dimensões, em particular a conversão comportamental, a conversão pelos valores, a distracção e aceitação, são consideradas de forma mais ambivalente e servem

de mediadores entre os modelos positivos e negativos de *coping*. Por exemplo, a aceitação da situação é considerada positiva se ligada com o controle Emocional e considerada negativa se está associada à resignação. A conversão (mudança de comportamento e ou de valores) é entendida como positiva, se ela é o resultado do esforço para resolver o problema e é negativa quando se "prende" com um carácter emocional (culpabilidade e agressividade).

As dimensões resultantes da articulação dos campos com as estratégias permitem-nos perceber o modo como os indivíduos reagem sempre que enfrentam uma situação difícil, angustiante ou stressante, nos vários contextos da sua vida, nomeadamente ao nível psicossocial.

A análise de consistência interna revelou que a escala tem uma boa fidelidade, com os valores do *alfa de Cronbach* a variar em cada uma das subescalas entre 0.66 e 0.82, sendo o *alpha* total de 0.78.

A ETC foi utilizado por Correia, Hipólito e Teles (2008) num estudo com 100 militares portugueses participantes em missões no Iraque e no Afeganistão e na análise da sua consistência interna revelou uma boa fidelidade, com os valores do *alfa de Cronbach* a variar entre .66 e .85, apresentando um total de .83.

No presente estudo, o *alfa de Cronbach* variou entre um mínimo de 0.73 na dimensão conversão e um máximo de 0.86 na dimensão suporte social, apresentando um total de 0.94. As boas propriedades psicométricas levou-nos a adoptar este instrumento que, no entanto, julgamos deverá ser aprofundada a sua utilização em estudos posteriores, em militares, para avaliar a sua validade consistente.

4.5.6. Multi-Dimensional Support Scale (MDSS). (Anexo I)

A Multi-Dimensional Support Scale (MDSS), de Winefield, Winefield e Tiggemann (1992), foi validada em 483 sujeitos adultos e traduzida por Lory e Baptista (1997). É uma escala constituída por 19 itens no total que estão agrupados em três grupos ou categorias: família e amigos próximos; pares que se encontram em idênticas situações; e pessoas que exercem alguma autoridade ou supervisão sobre si e avalia a frequência e satisfação com o suporte social obtido nos últimos 30 dias.

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) em vez de tipos de apoio (emocional, instrumental e informacional) e mostraram a frequência e a adequação (satisfação) dos comportamentos de suporte.

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).

A escala MDSS foi utilizada por Tânia Morais (2009) numa amostra de 176 sujeitos em estudo comparativo entre um grupo de 99 militares portugueses em missão no Afeganistão e 97 adultos da população geral, e encontrou uma boa consistência interna, com todos os coeficientes de *alfa de Cronbach* a apresentarem valores superiores a .80.

Não tendo encontrado dados que permitam verificar a validade da escala para a população portuguesa, os valores obtidos, na nossa amostra, revelaram uma boa consistência interna, com o *alfa Cronbach* a variar entre um mínimo de 0.79 na dimensão frequência com a família e amigos próximos, e um máximo de 0.89 na dimensão frequência com pessoas de autoridade.

A ausência de dados de validação para a população portuguesa apresenta-se como uma fragilidade na literatura em apoio social, no entanto, o facto da escala MDSS já ter sido utilizada em estudos com militares das operações de paz e ter revelado boas qualidades psicométricas, levou-nos a optar por este instrumento que pensamos ser adequado ao estudo da nossa amostra.

4.6. Procedimentos

O presente estudo foi realizado com autorização formal do Ministério da Defesa Nacional – Estado Maior General das Forças Armadas (MDN – EMGFA) e do Comandante Geral da GNR, para efectuar a recolha de dados aos militares destacados para as Operações de Paz em missões da ONU e da NATO no ano de 2011. Após a autorização por parte do MDN – EMGFA foram contactados os gabinetes dos Chefes dos Ramos do Exército, Marinha, Força Aérea e Comando da GNR, que indicaram um Oficial de ligação entre o investigador e o Comandante da Força para estabelecerem o planeamento para a recolha dos dados.

O estudo, sendo de natureza longitudinal, implicou que a recolha de dados, para o desenvolvimento da investigação, se desenvolvesse em dois momentos de avaliação (pré-missão e, seis meses depois, em pós-missão) e pretendeu abranger o maior número de militares participantes nas missões Kosovo (KFOR), Afeganistão (ISAF), Líbano (UNIFIL) e Timor (UNMIT), durante o ano de 2011. Participaram militares dos três Ramos das Forças Armadas (Exército, Marinha e Força Aérea) e da GNR, de diferentes áreas ou especialidades.

Os dados foram recolhidos em grupo nas Unidades de aprontamento, especificamente em Santa Margarida, Academia Militar e Regimento de Engenharia em Espinho e foram incluídos todos os militares disponíveis e que aceitaram voluntariamente participar no estudo. A 1ª fase foi efectuada de Março a Junho de 2011, durante a fase de aprontamento, e a 2ª fase decorreu após os seis meses da missão, nos 30 dias após o regresso, de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012, efectuando-se nas mesmas condições.

A recolha dos dados realizou-se, em ambos os momentos, com a presença do investigador, tendo sido inicialmente efectuada uma breve apresentação dos objectivos do estudo. De seguida, o protocolo de investigação foi aplicado, de forma colectiva, aos militares sob a forma de questionários de auto-avaliação, demorando em média 45 minutos a ser respondido. Todos os militares foram informados do objectivo do estudo e da garantia de confidencialidade e anonimato em relação aos dados recolhidos, liberdade de participação e de desistência em qualquer momento da avaliação (Anexo C).

Toda a informação recolhida foi tratada de forma confidencial, ao abrigo do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). A Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa aprovou o projecto do presente doutoramento. O tratamento dos dados manterá o seu anonimato e não possibilitará o reconhecimento da sua identidade.

4.6.1. Procedimentos de análise estatística.

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 20.0 para Windows e o IBM SPSS AMOS 18.0.

A análise estatística e exploratória dos dados envolveu estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas, percentagens, médias e desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, usou-se como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância ($\alpha \leq 0.05$), inferindo-se que a relação testada não se deve ao acaso.

Foram utilizados testes paramétricos uma vez que os resultados assumem uma distribuição normal, tendo-se recorrido ao teste t de Student para amostras emparelhadas, quando se compararam os valores dos mesmos sujeitos em dois momentos diferentes (pré-missão com a pós-missão) e o teste t de Student para amostras independentes quando se comparou os valores de duas amostras independentes, pois as variáveis dependentes são de tipo quantitativo. Usou-se também a Anova One-Way quando se comparou os valores de mais de duas amostras independentes. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene.

Quando os pressupostos destes testes não estavam satisfeitos, o teste t de Student para amostras emparelhadas foi substituído pelo teste não paramétrico alternativo, designadamente, o teste de Wilcoxon e o teste t de Student para amostras independentes foi substituído pelo teste de Mann-Whitney. Nas situações em que a dimensão da amostra é superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central. Quando a homogeneidade não se encontrava satisfeita usou-se o teste t de Student ou a Anova One-Way com a correcção de Welch.

Na análise de correlação utilizou-se o coeficiente de correlação paramétrico de *Pearson*²⁰, para medir a associação ou relação entre as variáveis. A consistência interna foi avaliada pelo coeficiente de consistência interna *alfa de Cronbach*.

O modelo de regressão linear hierárquica foi utilizado para predizer o valor da variável dependente a partir de variáveis preditoras, ou seja, no sentido de verificar o ajustamento de um modelo explicativo da influência das variáveis psicológicas na PSPT. Os pressupostos deste modelo, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste Durbin-Watson), normalidade dos resíduos (teste Kolmogorov-Smirnov), multicolinearidade (VIF e Tolerance) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica) foram também analisados.

Na ausência de grupo de controlo, os militares sem PSPT funcionaram como grupo de controlo em relação aos militares com PSPT.

²⁰ Segundo a classificação de Cohen (1988), os valores das correlações são considerados fracos (entre 0 e .29), moderados (entre .30 e .49) e fortes (>.50).

PARTE V
RESULTADOS

Capítulo 5: Apresentação dos Resultados

Neste capítulo efectua-se a apresentação dos resultados referentes às análises estatísticas dos dados recolhidos, organizados no sentido de dar resposta aos objectivos propostos e às hipóteses formuladas. No final, para além dos objectivos e hipóteses de investigação, serão apresentados resultados complementares relativos a outras análises exploratórias efectuadas.

Começaremos por apresentar a análise descritiva e comparativa dos militares com sintomatologia de PSPT em pré-missão e pós-missão e por tipo de missão, tendo em conta o objectivo geral do estudo.

Após esta análise, efectuamos a análise inferencial tendo em vista os objectivos específicos e as hipóteses de investigação propostas, centrando-nos na análise comparativa entre as variáveis sociodemográficas e a PSPT em pós-missão e a análise comparativa (sujeitos emparelhados – como exemplo: 1T0=pré-missão e 1T1=pós-missão; 2T0 – 2T1; 3T0 – 3T1, etc.) entre a pré-missão e a pós-missão nas variáveis psicológicas (psicopatologia, auto-estima, coping e suporte social), com e sem PSPT, bem como a análise de correlação entre estas variáveis.

Por fim é apresentada uma análise do modelo da regressão linear hierárquica, em pós-missão, com o objectivo de encontrar preditores significativos da PSPT e analisar a variância explicada por cada um dos blocos preditores.

5.1. Identificar e Avaliar a Prevalência de PSPT na Pré-Missão e Pós-Missão

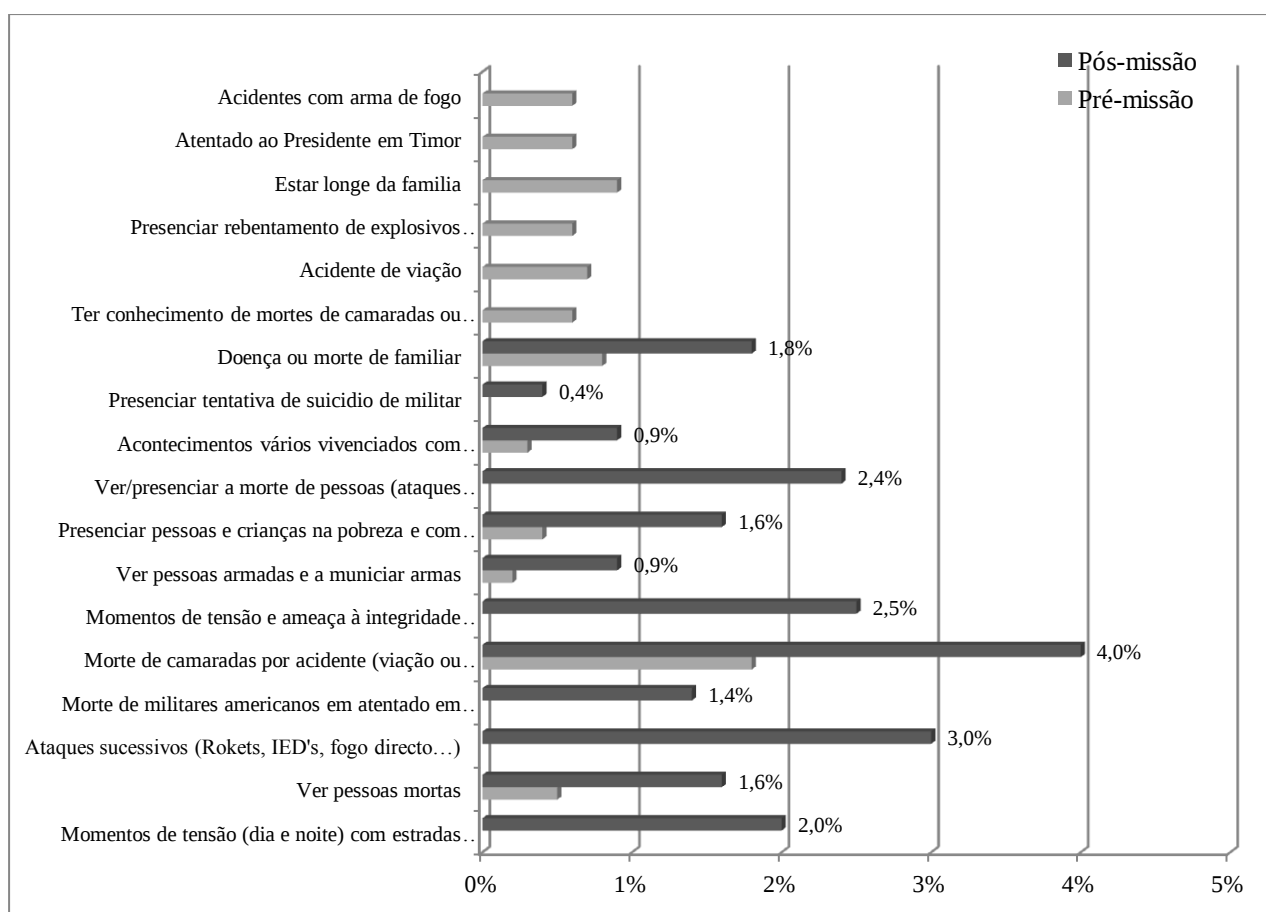
A prevalência de PSPT foi avaliada de acordo com o DSM IV-R, seguindo os critérios de diagnóstico para PSPT, nomeadamente:

- 1) Critério A1 (ter sido exposto, vivenciado, testemunhado ou ter conhecimento de um acontecimento potencialmente traumático);

Como se pode observar na Figura 25, os principais acontecimentos traumáticos vivenciados e referidos pelos militares, em pré-missão, estão relacionados com a morte de camaradas por acidente (1,8%); estar longe da família (0,9%) e doença ou morte de familiares (0,8%).

Em pós-missão, foram: a morte de camaradas por acidente de viação ou em missão de serviço (4%), ataques sucessivos de vária natureza (3%), sentir momentos de tensão e ameaça à sua integridade física (2,5%) e ver/presenciar a morte de pessoas em consequência de ataques (2,4%).

Figura 25. Acontecimentos Traumáticos em Pré-missão (n=40) e em Pós-missão (n=113)



- 2) Pelo menos um sintoma do Critério B (reexperienciação intrusiva), pelo menos 3 sintomas do critério C (evitação e embotamento), e pelo menos 2 sintomas do critério D (excitabilidade aumentada);
- 3) Sintomas clinicamente significativos, possíveis de categorizar numa eventual perturbação de adaptação ou de ajustamento não satisfazendo todos os critérios B, C e D.

Utilizou-se o método de cotação mais adequada ao estudo (pesquisa), seguindo o critério de validação do *screening* ou rastreamento de militares na pré-missão e na pós-missão e auxiliar de diagnóstico de PSPT, para serem encaminhados para acompanhamento e intervenção clínica. Seguiu-se os critérios para o diagnóstico de PSPT, utilizando o ponto de corte sugerido pelo NCPTSD (2010), para apoiar o diagnóstico de casos com PSPT em missões de paz internacionais.

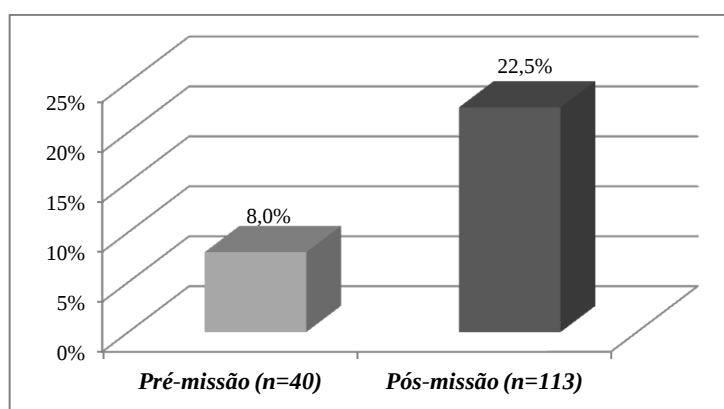
Como se observa pela Tabela 6 e a Figura 26, da amostra total (n=501), na pré-missão, 40 militares (8%) referiram sintomas de PSPT e 461 (92%) não referiram sintomas de PSPT. Na pós-missão, 113 militares (22,5%) referem sintomas de PSPT e 310 militares (62%) não revelaram sintomatologia de PSPT. Entre a fase pré-missão e a fase pós-missão, desistiram 78 militares (15,6%).

Tabela 6

Pré-missão e Pós-missão (com e sem PSPT)

Pré-missão (n=501)				Pós-missão (n=423)				Perdas/desistências	
C/PSPT		S/PSPT		C/PSPT		S/PSPT			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
40	8	461	92	113	22.5	310	62	78	15.5

Figura 26. PSPT em Pré-missão e Pós-missão



A Tabela 7 e a Figura 27, mostram que o total de sintomatologia de PSPT em pré-missão é de 8%, sendo 0,6% com provável diagnóstico total de PSPT e 7,4% com diagnóstico parcial ou sintomas clinicamente significativos ao nível de 2 critérios (1,4%), 1 critério (3,6%) e sem nenhum dos critérios (2,4%).

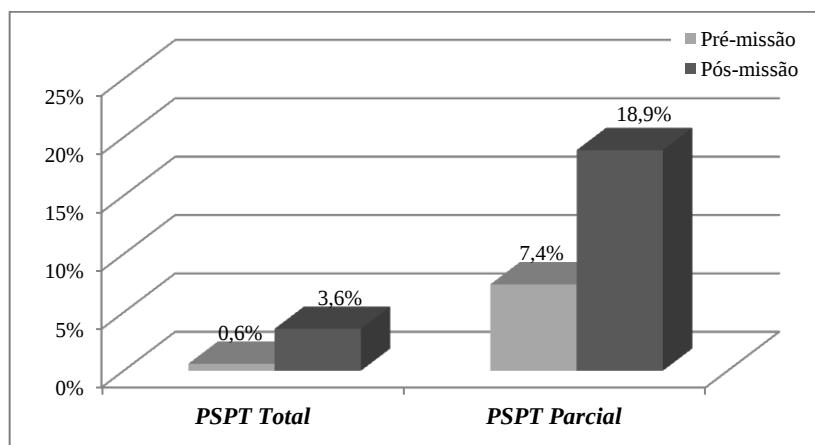
Na pós-missão, o total de sintomatologia relacionada com a PSPT é de 22,5%, sendo 3,6% com provável diagnóstico total de PSPT e 18,9% com diagnóstico parcial de PSPT ou com sintomas clinicamente significativos ao nível de 2 critérios (3,7%), de 1 critério (8,8%), e sem nenhum dos critérios (6,4%).

Tabela 7

Crítérios de Diagnóstico para PSPT (DSM-IV e ICD-10)

Crítérios	Pré-missão		Pós-missão	
	n=40	%	n=113	%
Diagnóstico de PSPT	3	0,6	17	3,6
PSPT (2 Critérios)	7	1,4	18	3,7
PSPT (1 Critério)	18	3,6	44	8,8
Sintomas	12	2,4	32	6,4

Figura 27. PSPT Total e PSPT Parcial



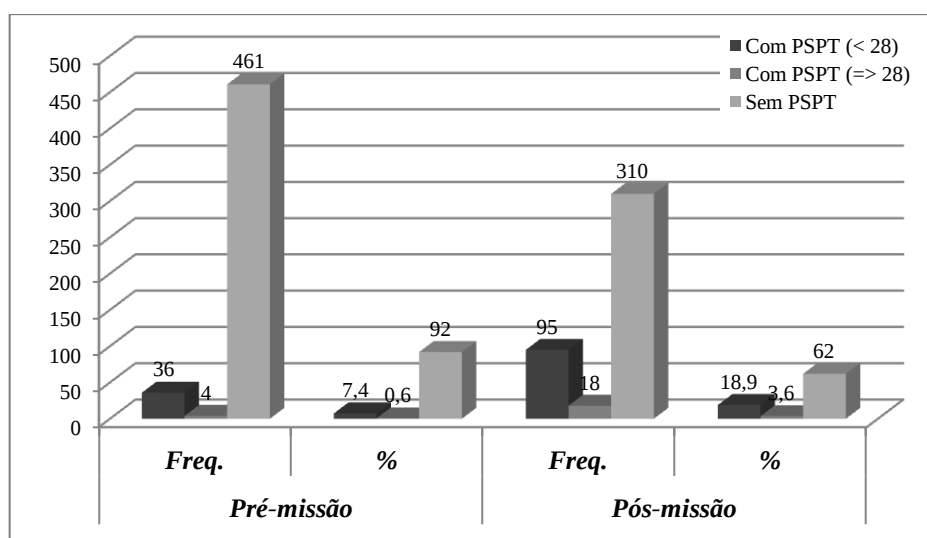
A Tabela 8 e a Figura 28, mostram os resultados da PSPT, observando-se um resultado total de sintomatologia de PSPT de 14,5%, em consequência dos acontecimentos traumáticos ocorridos durante a missão, com 3% dos militares com provável diagnóstico de PSPT e 11,5% com sintomas clinicamente significativos.

Tabela 8

Ponto de Corte Utilizado para a PSPT

	<i>Pré-missão</i>		<i>Pós-missão</i>		<i>Diferencial da missão</i>	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Com PSPT (< 28)	36	7,4	95	18,9	59	11,5
Com PSPT (=> 28)	4	0,6	18	3,6	14	3
Total PSPT	40	8	113	22,5	73	14,5
Sem PSPT	461	92	310	62	-----	-----
Total	501	100	423	84,5	-----	-----

Figura 28. Militares com e sem PSPT em Pré-missão e Pós-missão



5.1.2. Evolução da PSPT da Pré-missão para a Pós-missão.

Em relação à evolução da PSPT da pré-missão para a pós-missão, conforme mostra a Tabela 9, no 2º momento (pós-missão), desistiram (n=78; 15,6%), 70 (14%) sem PSPT e 8 (1,5%) com PSPT, deixaram de ter sintomas de PSPT (n=20; 4%), mantiveram sintomas de PSPT (n=12; 2,4%), surgiram novos casos com PSPT (n=101; 20,1%) e (n=290; 57,9%) não referiram PSPT.

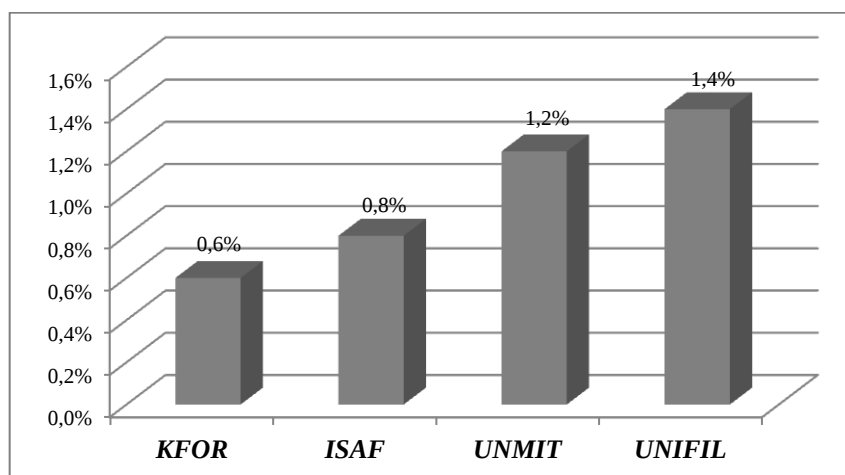
Tabela 9

Evolução dos Sintomas de PSPT da Pré-missão para a Pós-missão

Pré-missão (n=40)			Pós-missão (n=113)			
	n	%		n	%	
Militares com PSPT	40	8		20	4	Deixaram de ter PSPT (remissão de sintomas)
				12	2,4	Continuaram com PSPT (manutenção dos sintomas)
				8	1,6	Desistiram (perdas)
Militares sem PTSD	461	92		101	20,1	Passaram a ter PSPT (novos casos)
				290	57,9	Mantiveram-se sem PSPT
				70	14	Desistiram (perdas)

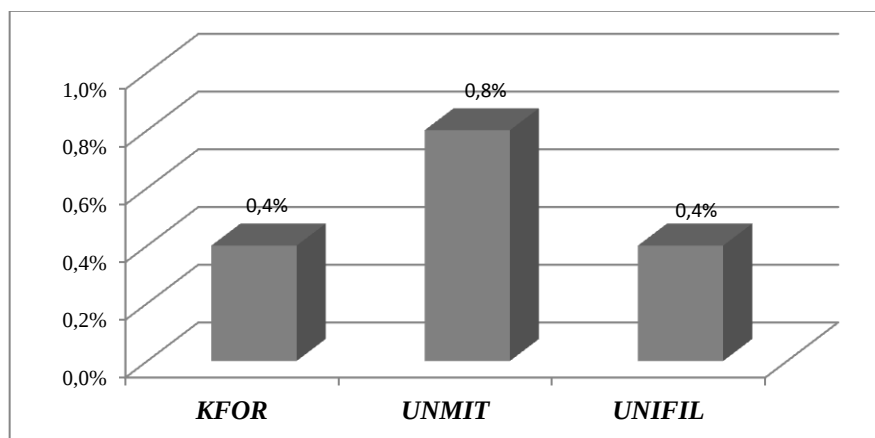
Em relação aos militares que deixaram de ter sintomas de PSPT na pós-missão, como se observa pela Figura 29, dos 20 militares (4%), participaram na missão da KFOR (n=3; 0,6%); na missão da ISAF (n=4; 0,8%); na missão da UNMIT (n=6; 1,2%) e na missão da UNIFIL (n=7; 1,4%), ou seja, 7 militares (1,4%) participaram nas missões da NATO e 13 militares (2,6%) em missões da ONU.

Figura 29. Missões onde os Militares Participaram e que Deixaram de ter Sintomas de PSPT



Como se observa pela Tabela 9, dos 78 militares que desistiram (perdas) da pré-missão para a pós-missão, 8 (1,6%) tinham sintomas de PSPT. Conforme Figura 30, destes militares, 2 (0,4%) participaram na missão da KFOR; 4 (0,8%) na missão da UNMIT e 2 (0,4%) na missão da UNIFIL.

Figura 30. Missões onde os Militares com PSPT Participaram e Desistiram em Pós-missão



Quando se analisam os valores da PCL-M entre os dois momentos de avaliação (pré-missão e pós-missão), como mostra a Tabela 10, constata-se que o valor da *PCL-M total* é mais elevado na pós-missão ($M=23.72$, $DP=9.20$) e mais baixo na pré-missão ($M=22.58$, $DP=6.16$), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t_{(151)} = -.73$, $p = .47$; *reexperiência intrusiva*, o valor é mais baixo na pós-missão ($M=6.62$, $DP=3.13$) e mais elevado na pré-missão ($M=7.00$, $DP=2.71$), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t_{(151)} = .67$, $p = .51$; *evitamento e embotamento*, o valor é mais elevado na pós-missão ($M=9.63$, $DP=4.03$) e mais baixo em pré-missão ($M=8.87$, $DP=2.96$), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t_{(151)} = -1.09$, $p = 0.28$; e *excitabilidade aumentada*, cujo valor é mais elevado na pós-missão ($M=7.45$, $DP=2.85$) e mais baixo em pré-missão ($M=6.70$, $DP=2.24$), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t_{(151)} = -1.51$, $p = 0.13$. Os sintomas intrusivos são mais frequentes na pré-missão e os sintomas de evitamento e embotamento e excitabilidade são mais evidentes na pós-missão.

Tabela 10

Comparação para a PSPT entre a Pré-missão e a Pós-missão

	<i>Pré-missão (n=40)</i>		<i>Pós-missão (n=113)</i>		t	p
	M	DP	M	DP		
PCL-M total	22.58	6.16	23.72	9.20	-.73	.47
Reexperiência intrusiva	7.00	2.71	6.62	3.13	.67	.51
Evitamento e embotamento	8.87	2.96	9.63	4.03	-1.09	.28
Excitabilidade aumentada	6.70	2.24	7.45	2.85	-1.51	.13

Nota: PCL-M=Perturbação de Stresse Pós-Traumático Checklist (versão militar)

Quando se analisam os valores na PCL-M entre os dois momentos de avaliação (pré-missão e pós-missão) nos sujeitos emparelhados (mantêm PSPT), conforme Tabela 11, observa-se que o valor da *PCL-M total* é mais baixo na pós-missão (M=22.17, DP=3.54) e mais elevado na pré-missão (M=25.42, DP=7.94), embora a diferença não seja estatisticamente significativa $Z = -1.39, p = .17$; na *reexperiência intrusiva* o valor é mais baixo na pós-missão (M=6.08, DP=1.93) e mais elevado na pré-missão (M=8.00, DP=3.88), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z = -1.27, p = .21$; no *evitamento e embotamento* o valor é mais baixo na pós-missão (M=9.17, DP=2.48) e mais elevado na pré-missão (M=10.25, DP=4.02), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z = -.95, p = .34$; e na *excitabilidade aumentada*, sendo o valor mais baixo na pós-missão (M=6.92, DP=1.73) e mais elevado na pré-missão (M=7.17, DP=2.62), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $Z = -.12, p = .90$.

Tabela 11

Comparação (sujeitos emparelhados) entre a Pré-missão e Pós-missão em Militares que Mantêm PSPT

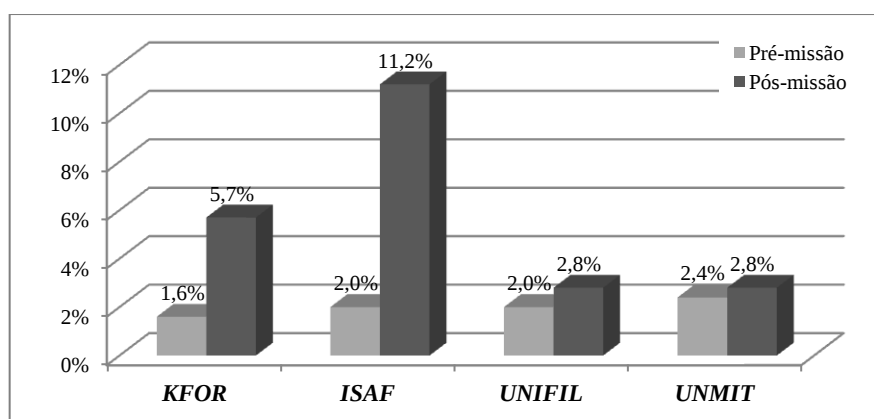
	<i>Pré-missão (n=12)</i>		<i>Pós-missão (n=12)</i>		<i>Z</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
PCL-M total	25.42	7.94	22.17	3.54	-1.39
Reexperiência intrusiva	8.00	3.88	6.08	1.93	-1.27
Evitamento e embotamento	10.25	4.02	9.17	2.48	-.95
Excitabilidade aumentada	7.17	2.62	6.92	1.73	-.12

Nota: PCL-M=Perturbação de Stresse Pós-Traumático Checklist (versão militar)

5.2. Comparar a PSPT entre a Pré-missão e a Pós-missão, por Tipo de Missão

Em relação à tipologia das missões, a Figura 31, mostra as diferenças de PSPT entre a pré-missão e a pós-missão, respectivamente: KFOR (4,1%), ISAF (9,2%), UNIFIL (0,8%) e UNMIT (0,4%).

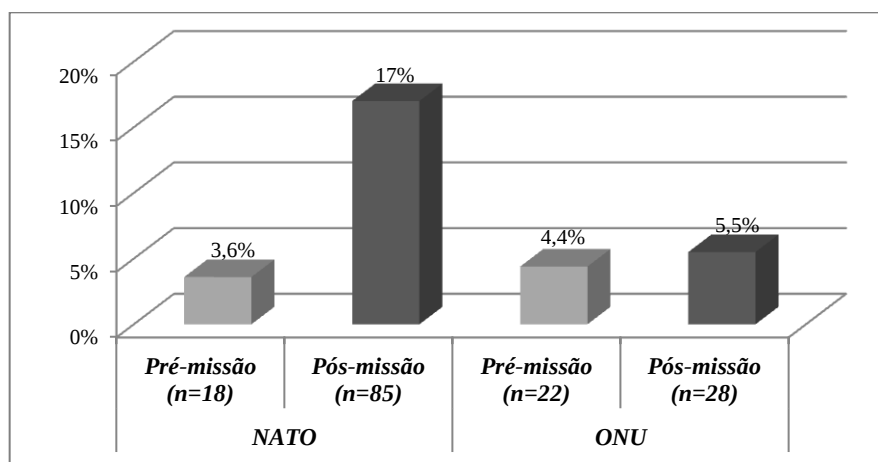
Figura 31. PSPT em Pré-missão e Pós-missão por Tipo de Missão



A Figura 32, mostra que dos 8% dos militares que revelaram sintomas de PSPT na pré-missão, 3,6% foram destacados para as missões da NATO (Kosovo e Afeganistão) e 4,4% foram destacados para as missões da ONU (Timor e Líbano).

Na pós-missão, dos 22,5% dos militares que revelaram sintomas de PSPT, 17% participaram nas missões da NATO (Kosovo e Afeganistão), enquanto 5,5% participaram nas missões da ONU (Timor e Líbano). Podemos ainda observar que nas missões da ONU, a PSPT aumentou da pré-missão para a pós-missão em 1,1%, enquanto nas missões da NATO o aumento foi bastante mais significativo (13,4%).

Figura 32. PSPT em Missões da ONU e da NATO em Pré-missão e Pós-missão



5.3. Analisar as Variáveis (Sociodemográficas e Psicológicas) Relacionadas com a PSPT

Atendendo a que a literatura refere que as variáveis sociodemográficas e psicológicas, nomeadamente a psicopatologia, autoestima, coping e suporte social se relacionam com o desenvolvimento da PSPT, e tendo em vista as hipóteses previamente definidas, apresentamos de seguida o estudo inferencial da análise comparativa e correlacional, entre a pré-missão e a pós-missão, nas variáveis em estudo. De forma a facilitar a descrição dos resultados os mesmos seguirão a ordem dos objectivos propostos.

5.3.1. Avaliar a Relação entre a PSPT e as Variáveis Sociodemográficas.

Foram avaliadas as relações entre a PSPT e as variáveis sociodemográficas em pós-missão. Em relação ao estado civil, a Tabela 12 mostra que os casados apresentam valores de PSPT mais baixos ($M=23.21$, $DP=9.67$) e os solteiros valores mais elevados ($M=24.12$, $DP=9.68$), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t_{(99)} = .45$, $p = .65$.

Tabela 12*Comparação entre Estado Civil e PSPT*

	<i>Solteiros</i>		<i>Casados</i>		t
	M	DP	M	DP	
PCLM	24.12	9.68	23.21	9,67	.45

Relativamente à idade, os militares do escalão etário 36-40 anos apresentam valores de PSPT mais baixos (M=21.73, DP=3.45) e os do escalão mais jovem (até 25 anos) apresentam valores mais elevados (M=24.60, DP=10.04), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F_{(4, 108)} = .44, p = .78$ (Tabela 13).

Tabela 13*Comparação entre Escalões Etários e PSPT*

	<i>Até 25</i>		<i>26-30</i>		<i>31-35</i>		<i>36-40</i>		<i>> 40</i>		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
PCLM	24.60	10.04	24.21	12.94	23.80	6.97	21.73	3.45	21.93	2.68	.44

Ao nível das habilitações literárias, os militares com habilitações entre o 10º e o 12º ano apresentam valores de PSPT mais baixos (M=23.27, DP=7.74) e os do 7º ao 9º ano apresentam valores mais elevados (M=26.58, DP=9.78), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F_{(2, 109)} = .24, p = .79$ (Tabela 14).

Tabela 14*Comparação entre Habilitações Literárias e PSPT*

	<i>7º a 9º ano</i>		<i>10º a 12º</i>		<i>Licenciatura</i>		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
PCLM	26.58	9.78	23.27	7.74	24.44	13.50	.24

Em relação à experiência nas missões, a Tabela 15 mostra que os militares que já participaram em missões anteriores apresentam valores de PSPT mais baixos (M=23.18, DP=9.16) e os militares que participam pela 1ª vez valores mais altos (M=24.18, DP=9.28), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t_{(111)} = .57, p = .57$.

Tabela 15*Comparação entre a Experiência nas Missões e PSPT*

	<i>1ª missão</i>		<i>Participou em outras missões</i>		t
	M	DP	M	DP	
PCLM	24.18	9.28	23.18	9.16	.57

Relativamente à diferença de médias entre as missões, os militares que estiveram no Líbano (UNIFIL) apresentam valores de PSPT mais baixos ($M=21.78$, $DP=4.54$) e os que estiveram no Afeganistão (ISAF) valores mais elevados ($M=24.58$, $DP=11.22$), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F_{(3, 109)} = .43$, $p = .74$ (Tabela 16).

Tabela 16

Comparação entre as Missões e PSPT

	<i>KFOR</i>		<i>ISAF</i>		<i>UNIFIL</i>		<i>UNMIT</i>		F
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
PCLM	23.41	7.34	24.58	11.22	21.78	4.54	22.78	7.15	.43

Ao nível dos postos ou categorias, observa-se pela Tabela 17 que os Sargentos apresentam valores de PSPT mais baixos ($M=21.89$, $DP=4.60$) e os Oficiais valores mais elevados ($M=24.47$, $DP=13.15$), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F_{(2, 110)} = .76$, $p = .47$.

Tabela 17

Comparação entre Postos/Categorias e PSPT

	<i>Oficiais</i>		<i>Sargentos</i>		<i>Praças</i>		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
PCLM	24.47	13.15	21.89	4.60	24.30	9.39	.76

Em relação à situação na Instituição, os militares de carreira ou dos quadros permanentes, apresentam valores de PSPT mais baixos ($M=23.13$, $DP=8.77$) e os contratados valores mais elevados ($M=24.32$, $DP=9.68$), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t_{(111)} = -.68$, $p = .49$ (Tabela 18).

Tabela 18

Comparação entre Militares de Carreira e Contratados e PSPT

	<i>Carreira</i>		<i>Contratado</i>		t
	M	DP	M	DP	
PCLM	23.13	8.77	24.32	9.68	-.68

Relativamente ao tempo de permanência na Instituição, a Tabela 19, mostra que os militares com mais de 20 anos de tempo de serviço apresentam valores de PSPT mais baixos ($M=22.05$, $DP=3.00$) e os com menos tempo de serviço valores mais elevados ($M=24.47$, $DP=10.95$), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F_{(2, 110)} = 0.72$, $p = .48$.

Tabela 19

Comparação entre Antiguidade (Tempo de Permanência na Instituição) e PSPT

	<i>Até 10 anos</i>		<i>11-20 anos</i>		<i>> 20 anos</i>		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
PCLM	24.47	10.95	22.57	5.33	22.05	3.00	.72

Ao nível das especialidades, os militares da especialidade Ordem Pública (GNR) apresentam valores de PSPT mais baixos (M=22.46, DP=7.34) e os de artilharia/atirador (Exército) valores mais elevados (M=27.81, DP=16.75), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $F_{(4, 87)} = .57, p = .68$ (Tabela 20).

Tabela 20

Comparação entre Especialidades e PSPT

<i>Especialidades</i>	M	DP	F
Infantaria	23.41	8.00	.57
Artilharia/Atirador	27.81	16.75	
Tropa especial (fuzileiros, paraquedistas, comandos)	24.86	11.13	
Outras especialidades de apoio	22.90	3.17	
Ordem Pública	22.46	7.34	

5.3.2. Avaliar a Relação entre a PSPT e a Psicopatologia.

Para analisar a relação entre a PSPT e a psicopatologia efectuamos uma análise correlacional e uma análise comparativa (sujeitos emparelhados) entre a pré-missão e a pós-missão, com e sem PSPT, para a SCL-90-R, na amostra geral e na subamostra clínica.

Ao efectuarmos a análise correlacional observamos, pela Tabela 21, que na pré-missão existem relações fortes e estatisticamente significativas, entre a SCL-90-R, ao nível da ansiedade, depressão, hostilidade e psicoticismo com as dimensões da PCL-M, reexperienciação intrusiva, evitamento e embotamento e PCL-M total. As correlações existentes são positivas variando entre um mínimo na *ansiedade e psicoticismo e a reexperienciação intrusiva* ($r=.58, p < .05$) e um máximo na *hostilidade e a PCL-M total* ($r=.90, p < .01$). De referir que não se observou qualquer relação estatisticamente significativa entre as dimensões da SCL-90-R e a dimensão excitabilidade aumentada da PCL-M.

Na pós-missão as relações entre o PCL-M e SCL-90-R são todas estatisticamente significativas e positivas. As correlações são fortes, variando entre a *ideação paranóide e a reexperienciação intrusiva* ($r=.61, p < .01$), e entre a *depressão e a PCL-M total* ($r=.83, p < .01$).

Tabela 21

Correlações entre a SCL-90-R e a PCL-M em Pré-missão e Pós-missão

PCL-M	Pré-missão				Pós-missão			
	Reexp. Intrusiva	Evitamento e Embotamento	Excitabilidade Aumentada	PCL-M Total	Reexp. Intrusiva	Evitamento e Embotamento	Excitabilidade Aumentada	PCL-M Total
SCL-90-R								
Somatizações	-.163	.014	.372	.050	.726**	.685**	.702**	.764**
Obsessões e compulsões	.437	.450	.182	.502	.673**	.717**	.731**	.769**
Ansiedade	.576*	.603*	.109	.624*	.721**	.716**	.708**	.778**
Sensibilidade interpessoal	.271	.285	.158	.329	.738**	.787**	.730**	.822**
Depressão	.560	.652*	.094	.636*	.751**	.771**	.749**	.825**
Hostilidade	.613*	.887**	.449	.898**	.640**	.665**	.624**	.702**
Ansiedade fóbica	.361	.319	-.030	.329	.675**	.709**	.664**	.746**
Ideação paranóide	.239	.164	.090	.230	.613**	.716**	.618**	.713**
Psicoticismo	.580*	.662*	-.052	.602*	.697**	.747**	.667**	.771**
Escalas adicionais	.365	.380	.231	.448	.690**	.640**	.737**	.743**

Nota: SCL-90-R= Symptom Checklist 90 Revised; PCL-M= Perturbação de Stresse Pós-Traumático Checklist (versão militar). * $p < .05$, ** $p < .01$

Ao efectuarmos a análise comparativa, na amostra geral, observamos na Tabela 22, que os militares com PSPT apresentam diferenças estatisticamente significativas nos valores em pré-missão e pós-missão em todas as dimensões psicopatológicas, com os valores significativamente mais baixos em pré-missão e mais elevados na pós-missão. Assim: *Somatização* [pré-missão (M=13.23, DP=1.86); pós-missão (M=14.58, 5.29)], $t_{(110)} = -2.58$, $p = .01$; *Obsessões e compulsões* [pré-missão (M=11.80, DP=2.56); pós-missão (M=13.47, DP=5.54)], $t_{(110)} = -3.00$, $p = .00$; *Sensibilidade interpessoal* [pré-missão (M=9.59, DP=1.16); pós-missão (M=10.84, DP=4.30)], $t_{(110)} = -2.97$, $p = .00$; *Depressão* [pré-missão (M=13.81, DP=1.43); pós-missão (M=15.87, DP=6.26)], $t_{(110)} = -3.44$, $p = .00$; *Ansiedade* [pré-missão (M=10.70, DP=1.46); pós-missão (M=11.92, DP=4.83)], $t_{(110)} = -2.55$, $p = .01$; *Hostilidade* [pré-missão (M=6.48, DP=.94); pós-missão (M=7.94, DP=3.57)], $t_{(110)} = -4.29$, $p = .00$; *Ansiedade fóbica* [pré-missão (M=7.08, DP=.31); pós-missão (M=7.86, DP=3.18)], $t_{(110)} = -2.55$, $p = .01$; *Ideação paranóide* [pré-missão (M=6.78, DP=1.45); pós-missão (M=7.75, DP=3.66)], $t_{(110)} = -2.73$, $p = .00$; *Psicoticismo* [pré-missão (M=10.28, DP=.90); pós-missão (M=11.40, DP=4.48)], $t_{(110)} = -2.60$, $p = .01$; e *Escalas adicionais* [pré-missão (M=8.01, DP=1.53); pós-missão (M=8.95, DP=3.26)], $t_{(110)} = -2.77$, $p = .00$.

Ao contrário, nos militares sem PSPT encontramos valores significativamente mais elevados na pré-missão e mais baixos na pós-missão em relação às seguintes dimensões: *Obsessões e compulsões* [pré-missão (M=11.39, DP=2.16); pós-missão (M=10.97, DP=2.21)], $t_{(279)} = -2.47$, $p = .01$; *Ansiedade* [pré-missão (M=10.58, DP=1.34); pós-missão (M=10.31,

DP=.96)], $t_{(279)} = -2.94$, $p = .00$; e *Escala*s adicionais [pré-missão (M=8.04, DP=1.71); pós-missão (M=7.76, DP=1.37)], $t_{(279)} = -2.41$.

Tabela 22

Comparação (sujeitos emparelhados) entre a Pré-missão e Pós-missão para SCL-90-R (com PSPT e sem PSPT)

SCL-90-R	C/PSPT (n=111)					S/PSPT (n=280)				
	Pré-missão		Pós-missão		t	Pré-missão		Pós-missão		t
	M	DP	M	DP		M	DP	M	DP	
Somatização	13.23	1.86	14.58	5.29	-2.58*	13.02	1.92	12.78	1.86	1.83
Obsessões e compulsões	11.80	2.56	13.47	5.54	-3.00**	11.39	2.16	10.97	2.21	2.47**
Sensibilidade interpessoal	9.59	1.16	10.84	4.30	-2.97**	9.49	1.11	9.38	1.27	1.32
Depressão	13.81	1.43	15.87	6.26	-3.44**	13.81	1.80	13.59	1.61	1.61
Ansiedade	10.70	1.46	11.92	4.83	-2.55*	10.58	1.34	10.31	.96	2.94*
Hostilidade	6.48	.94	7.94	3.57	-4.29***	6.35	0.91	6.34	1.30	.16
Ansiedade fóbica	7.08	.31	7.86	3.18	-2.55*	7.10	0.51	7.07	.41	1.18
Ideação paranóide	6.78	1.45	7.75	3.66	-2.73**	6.64	1.54	6.51	1.33	1.24
Psicoticismo	10.28	.90	11.40	4.48	-2.60*	10.24	.81	10.17	.78	1.11
Escalas Adicionais	8.01	1.53	8.95	3.26	-2.77**	8.04	1.71	7.76	1.37	2.41*

Nota: SCL-90-R= Symptom Checklist 90 Revised. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Em relação à subamostra clínica (113 casos com sintomatologia de PSPT), na pré-missão, não foram encontradas diferenças de médias estatisticamente significativas, nos valores com e sem PSPT, ao nível das dimensões psicopatológicas, no entanto os valores médios foram superiores nos militares com PSPT em todas as dimensões (Tabela 23).

Tabela 23

Comparação para SCL-90-R em Pré-missão (com PSPT e sem PSPT)

SCL-90-R	C/ PSPT (n=112)		S/ PSPT (n=307)		t
	M	DP	M	DP	
Somatização	13.22	1.86	12.99	1.86	1.14
Obsessões e compulsões	11.79	2.56	11.37	2.11	1.66
Sensibilidade interpessoal	9.58	1.16	9.47	1.07	.92
Depressão	13.80	1.43	13.79	1.75	.08
Ansiedade	10.71	1.46	10.56	1.31	.97
Hostilidade	6.47	.94	6.34	.88	1.39
Ansiedade fóbica	7.08	.30	7.10	.50	-.35
Ideação paranóide	6.78	1.44	6.65	1.54	.77
Psicoticismo	10.28	.89	10.23	.80	.57
Escalas adicionais	8.00	1.53	7.98	1.66	.09

Nota: SCL-90-R= Symptom Checklist 90 Revised.

Ao contrário, na pós-missão, como se verifica na Tabela 24 e Figura 33, foram encontradas diferenças de médias estatisticamente significativas em todas as dimensões da variável psicopatológica, sendo que os militares com PSPT apresentaram valores médios significativamente mais elevados que os militares sem PSPT. Assim: *Somatização* [com PSPT (M=14.55, DP=5.27); sem PSPT (M=12.78, DP=1.86)], $t_{(110)} = 4.92$, $p = .00$; *Obsessões e*

compulsões [com PSPT (M=13.44, DP=5.53); sem PSPT (M=10.97, DP=2.20)], $t_{(110)} = 6.33$, $p = .00$; *Sensibilidade interpessoal* [com PSPT (M=10.82, DP=4.28); sem PSPT (M=9.7, DP=1.27)], $t_{(110)} = 5.14$, $p = .00$; *Depressão* [com PSPT (M=15.85, DP=6.24); sem PSPT (M=13.59, DP=1.60)], $t_{(110)} = 5.63$, $p = .00$; *Ansiedade* [com PSPT (M=11.90, DP=4.81); sem PSPT (M=10.31, DP=.96)], $t_{(110)} = 5.31$, $p = .00$; *Hostilidade* [com PSPT (M=7.92, DP=3.56); sem PSPT (M=6.33, DP=1.30)], $t_{(110)} = 6.47$, $p = .00$; *Ansiedade fóbica* [com PSPT (M=7.85, DP=3.17); sem PSPT (M=7.07, DP=.41)], $t_{(110)} = 4.04$, $p = .00$; *Ideação paranóide* [com PSPT (M=7.73, DP=3.65); sem PSPT (M=6.51, DP=1.33)], $t_{(110)} = 4.89$, $p = .00$; *Psicoticismo* [com PSPT (M=11.38, DP=4.46); sem PSPT (M=10.17, DP=.77)], $t_{(110)} = 4.41$, $p = .00$; e, *Escala adicionais* [com PSPT (M=8.93, DP=3.25); sem PSPT (M=7.75, DP=1.36)], $t_{(110)} = 5.05$, $p = .00$.

Tabela 24

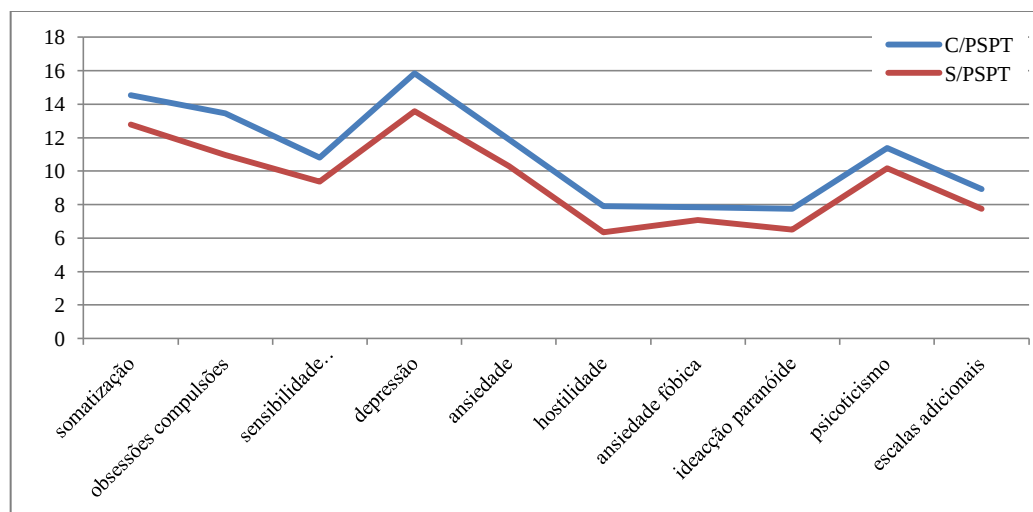
Comparação para SCL-90-R em Pós-missão (com PSPT e sem PSPT)

SCL-90-R	C/ PSPT (n=112)		S/ PSPT (n=280)		t
	M	DP	M	DP	
Somatização	14.55	5.27	12.78	1.86	4.92***
Obsessões e compulsões	13.44	5.53	10.97	2.20	6.33***
Sensibilidade interpessoal	10.82	4.28	9.7	1.27	5.14***
Depressão	15.85	6.24	13.59	1.60	5.63***
Ansiedade	11.90	4.81	10.31	.96	5.31***
Hostilidade	7.92	3.56	6.33	1.30	6.47***
Ansiedade fóbica	7.85	3.17	7.07	.41	4.04***
Ideação paranóide	7.73	3.65	6.51	1.33	4.89***
Psicoticismo	11.38	4.46	10.17	.77	4.41***
Escala adicionais	8.93	3.25	7.75	1.36	5.05***

Nota: SCL-90-R= Symptom Checklist 90 Revised. *** $p < .001$

Para uma melhor visualização apresenta-se na Figura 33 as diferenças estatisticamente significativas para a SCL-90-R em pós-missão (com e sem PSPT).

Figura 33. Comparação para SCL-90-R em Pós-missão (com PSPT e sem PSPT)



5.3.3. Avaliar a Relação entre a PSPT e a Auto-estima.

Para analisar a relação entre a PSPT e a auto-estima efectuamos uma análise correlacional e uma análise comparativa (sujeitos emparelhados) entre a pré-missão e a pós-missão, com e sem PSPT, para a SCL-90-R, na amostra geral e na subamostra clínica.

Ao efectuarmos a análise correlacional observamos, pela Tabela 25 que, na pré-missão existem algumas correlações fortes, estatisticamente significativas e positivas, entre algumas dimensões da SERTHUAL e o evitamento e embotamento da PCL-M, nomeadamente entre a *negação e depreciação de si e o evitamento e embotamento* ($r=.61$, $p < .05$), entre as *tensões emocionais e o evitamento e embotamento* ($r=.74$, $p < .01$), e entre a *estima de si negativa e o evitamento e embotamento* ($r=.68$, $p < .05$) e entre as *tensões emocionais e a PCL-M total* ($r=.62$, $p < .05$).

Na pós-missão, existem correlações estatisticamente significativas (positivas e negativas) em praticamente todas as dimensões, entre a PCL-M e a SERTHUAL, sendo na generalidade fracas e moderadas, variando entre a *valorização social, académica e profissional e a reexperenciação intrusiva* ($r=-.21$, $p < .05$, fraca), e entre a *estima de si geral e a PCL-M total* ($r=-.44$, $p < .01$, moderada).

Tabela 25

Correlações entre a SERTHUAL e a PCL-M em Pré-missão e Pós-missão

PCL-M	Pré-missão				Pós-missão			
	Reexp. Intrusiva	Evitamento e Embotamento	Excitabilidade Aumentada	PCL-M Total	Reexp. Intrusiva	Evitamento e Embotamento	Excitabilidade Aumentada	PCL-M Total
SERTHUAL								
Auto-satisfação Geral	-.266	.101	.030	-.069	-.277**	-.267**	-.288**	-.299**
Expansão socio-normativa	-.340	.044	.091	-.114	-.222*	-.178	-.189	-.211*
Maturidade socio-pessoal	-.345	.048	.008	-.142	-.232**	-.262**	-.261**	-.273**
Valorização psíquica e intelectual	-.398	.031	.132	-.136	-.136	-.148	-.184	-.167
Negação e depreciação si	.276	.614*	.188	.509	.342**	.293**	.206*	.307**
Valorização social, académica e profissional	-.298	.020	.067	-.108	-.211*	-.283**	-.237*	-.268**
Tensões relacionais	.390	.509	-.063	.428	.308**	.328**	.177	.302**
Perturbações anómicas	.048	.345	.162	.252	.429**	.322*	.269**	.369**
Tensões emocionais	.344	.744**	.213	.616*	.368**	.360**	.266**	.364*
Hostilidade consigo próprio	.163	.539	.307	.455	.294*	.297**	.235*	.301**
Estima de si positiva	-.351	.052	.072	-.122	-.248**	-.261**	-.267**	-.280**
Estima de si negativa	.309	.677*	.199	.561	.392**	.360**	.258**	.370**
Estima de si geral	-.519	-.284	-.025	-.407	-.431	-.417**	-.346**	-.435**

Nota: PCL-M=Perturbação de Stresse Pós-Traumático Checklist (versão militar); SERTHUAL=Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito e UAL. * $p < .05$, ** $p < .01$

Ao efectuarmos a análise comparativa, na amostra geral, conforme se observa pela Tabela 26, encontramos, nos militares com PSPT, diferenças estatisticamente significativas, apresentando valores mais baixos em pré-missão e mais elevados na pós-missão, nas seguintes dimensões: *Negação e depreciação si* [pré-missão (M=8.16, DP=3.77); pós-missão (M=9.97, 4.80)], $t_{(104)} = -3.22, p = .00$; *Tensões relacionais* [pré-missão (M=8.78, DP=4.00); pós-missão (M=10.78, 5.42)], $t_{(104)} = -3.37, p = .00$; *Perturbações anómicas* [pré-missão (M=8.11, DP=2.99); pós-missão (M=9.17, 4.98)], $t_{(104)} = -2.05, p = .04$; *Tensões emocionais* [pré-missão (M=10.11, DP=4.27); pós-missão (M=11.61, 5.12)], $t_{(104)} = -2.51, p = .01$; *Hostilidade consigo próprio* [pré-missão (M=11.13, DP=3.61); pós-missão (M=12.86, 4.54)], $t_{(104)} = -3.24, p = .02$; e, *Estima de si negativa* [pré-missão (M=46.33, DP=15.59); pós-missão (M=54.28, 22.06)], $t_{(104)} = -3.29, p = .01$. Ao nível da *Estima de si geral*, os valores são significativamente mais elevados na pré-missão (M=67.39, DP=31.71) e mais baixos na pós-missão (M=60.41, DP=30.13), $t_{(104)} = -1.99, p = .05$.

Nos militares sem PSPT não encontramos diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 26

Comparação (sujeitos emparelhados) entre Pré-missão e Pós-missão para SERTHUAL (com PSPT e sem PSPT)

SERTHUAL	C/PSPT (n=105)					S/PSPT (n=282)				
	Pré-missão		Pós-missão		t	Pré-missão		Pós-missão		t
	M	DP	M	DP		M	DP	M	DP	
Auto-satisfação geral	23.17	5.73	22.79	4.66	-.61	24.06	4.94	24.12	4.63	-.19
Expansão socio-normativa	22.84	5.84	23.14	3.80	-.50	23.14	4.80	22.81	4.44	.87
Maturidade socio-pessoal	22.95	5.68	23.34	3.94	-.65	23.46	4.74	23.90	4.33	-1.27
Valorização psíquica e intelectual	21.83	5.45	22.30	4.48	-.92	22.27	5.06	22.51	4.84	-.71
Valorização social, académica, profissional	22.92	5.49	23.11	3.96	-.34	23.29	4.65	23.55	4.38	-.73
Negação depreciação si	8.16	3.77	9.79	4.80	-3.22**	7.50	2.72	7.96	3.57	-1.83
Tensões relacionais	8.78	4.00	10.78	5.42	-3.37**	8.56	3.12	8.69	3.68	-.51
Perturbações anómicas	8.11	2.99	9.17	4.98	-2.05*	7.81	2.77	8.27	3.37	-1.97
Tensões emocionais	10.11	4.27	11.61	5.12	-2.51*	9.21	3.41	9.26	3.55	-.22
Hostilidade consigo próprio	11.13	3.61	12.86	4.54	-3.24**	10.42	4.12	10.31	3.68	.37
Estima de si negativa	46.33	15.59	54.28	22.06	-3.29**	43.54	12.84	44.51	14.93	-.90
Estima de si positiva	113.72	26.32	114.69	18.09	-.37	116.59	21.45	116.89	20.04	-.19
Estima de si geral	67.39	31.71	60.41	30.13	1.99*	73.29	26.08	72.36	28.96	.47

Nota: SERTHUAL=Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito e UAL. * $p < .05$, ** $p < .01$

Em relação à subamostra clínica (113 casos com sintomatologia de PSPT), na pré-missão, como verificamos na Tabela 27, foram encontradas diferenças de médias estatisticamente significativas, nos valores com e sem PSPT, com os militares com PSPT a

apresentarem valores médios significativamente mais elevados que os militares sem PSPT, ao nível das seguintes dimensões: *negação e depreciação de si* [com PSPT (M=8.15, DP=3.72); sem PSPT (M=7.52, DP=2.76)], $t_{(109)} = 1.87, p = .06$; *tensões emocionais* [com PSPT (M=10.07, DP=4.21); sem PSPT (M=9.25, DP=3.46)], $t_{(109)} = 2.01, p = .04$; *hostilidade consigo próprio* [com PSPT (M=11.13, DP=3.63); sem PSPT (M=10.36, DP=4.10)], $t_{(109)} = 1.72, p = .08$; e, *estima de si negativa* [com PSPT (M=46.25, DP=15.41); sem PSPT (M=43.47, DP=12.87)], $t_{(109)} = 1.83, p = .06$.

Ao nível da *Estima de si geral*, os valores médios são significativamente mais elevados nos militares sem PSPT (M=73.11, DP=25.95) e mais baixos nos militares com PSPT (M=67.18, DP=31.72), $t_{(109)} = -1.72, p = .05$.

Portanto, os militares com PSPT apresentam valores mais elevados que os militares sem PSPT na negação e depreciação de si, tensões emocionais e hostilidade consigo próprio, com influência na estima de si negativa.

Tabela 27

Comparação para SERTHUAL em Pré-missão (com PSPT e sem PSPT)

SERTHUAL	C/ PSPT (n=110)		S/ PSPT (n=299)		t
	M	DP	M	DP	
Auto-satisfação geral	23.15	5.78	24.03	4.92	-1.53
Expansão socio-normativa	22.75	5.94	23.02	4.88	-.45
Maturidade socio-pessoal	22.85	5.79	23.41	4.67	-1.01
Valorização psíquica e intelectual	21.81	5.51	22.29	5.05	-.82
Valorização social académica e profissional	22.87	5.55	23.24	4.67	-.68
Negação depreciação de si	8.15	3.72	7.52	2.76	1.87**
Tensões relacionais	8.78	3.93	8.47	3.09	.82
Perturbações anómicas	8.09	2.97	7.84	2.81	.80
Tensões emocionais	10.07	4.21	9.25	3.46	2.01*
Hostilidade consigo próprio	11.13	3.63	10.36	4.10	1.72**
Estima si negativa	46.25	15.41	43.47	12.87	1.83**
Estima si positiva	113.44	26.78	116.36	21.33	-1.14
Estima si geral	67.18	31.72	73.11	25.95	-1.92*

Nota: SERTHUAL=Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito e UAL. * $p < .05$, ** $p < .01$

Na pós-missão, conforme Tabela 28, foram encontradas diferenças de médias estatisticamente significativas, nos valores com e sem PSPT, ao nível das seguintes dimensões: *auto-satisfação geral*, os valores são mais baixos nos militares com PSPT (M=22.74, DP=4.68), e mais elevados nos militares sem PSPT (M=24.06, DP=4.77), $t_{(107)} = -2.46, p = .05$; *negação e depreciação de si*, os valores são mais altos nos militares com PSPT (M=9.80, DP=4.82) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=7.98, DP=3.57), $t_{(107)} = 4.07, p = .00$; *tensões relacionais*, os valores são mais altos nos militares com PSPT (M=10.77, DP=5.38) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=8.67, DP=3.67), $t_{(107)} = 4.44, p = .00$;

perturbações anômicas, os valores são mais altos nos militares com PSPT (M=9.17, DP=4.96) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=8.27, DP=3.34), $t_{(107)} = 2.07$, $p = .04$; *tensões emocionais*, os valores são mais altos nos militares com PSPT (M=11.59, DP=5.11) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=9.24, DP=3.56), $t_{(107)} = 5.17$, $p = .00$; *hostilidade consigo próprio*, os valores são mais altos nos militares com PSPT (M=12.88, DP=4.50) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=10.29, DP=3.66), $t_{(107)} = 5.88$, $p = .00$; *estima de si negativa*, os valores são mais altos nos militares com PSPT (M=54.20, DP=22.06) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=44.44, DP=14.87), $t_{(107)} = 5.06$, $p = .00$; e, e *estima de si geral*, os valores são mais baixos nos militares com PSPT (M=60.19, DP=30.51) e mais altos nos militares sem PSPT (M=72.09, DP=29.19), $t_{(107)} = -3.57$, $p = .00$.

Portanto, os militares com PSPT apresentaram valores superiores aos militares sem PSPT, na negação e depreciação de si, tensões relacionais, perturbações anômicas, tensões emocionais e hostilidade consigo próprio, com influência na estima de si negativa, e apresentaram valores médios inferiores na auto-satisfação geral e estima de si geral, em que os valores médios são maiores nos militares sem PSPT.

Tabela 28

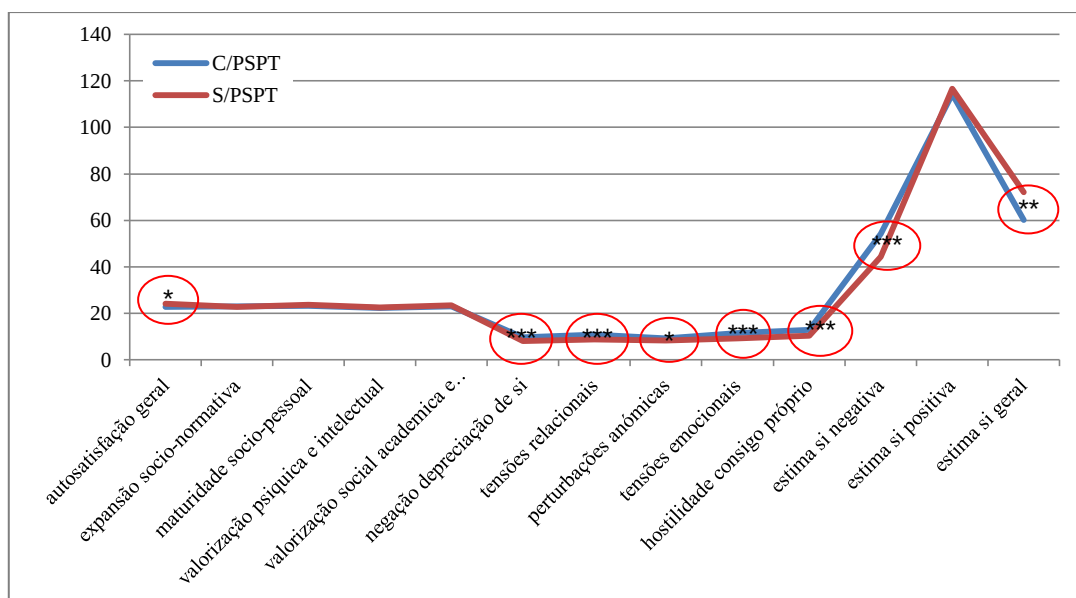
Comparação para SERTHUAL em Pós-missão (com PSPT e sem PSPT)

SERTHUAL	C/ PSPT (n=108)		S/ PSPT (n=290)		t
	M	DP	M	DP	
Auto-satisfação geral	22.74	4.68	24.06	4.77	-2.46*
Expansão socio-normativa	23.08	3.81	22.77	4.59	.64
Maturidade socio-pessoal	23.33	3.99	23.80	4.41	-.96
Valorização psíquica e intelectual	22.23	4.49	22.44	4.93	-.38
Valorização social académica e profissional	23.01	4.01	23.48	4.47	-.95
Negação depreciação de si	9.80	4.82	7.98	3.57	4.07***
Tensões relacionais	10.77	5.38	8.67	3.67	4.44***
Perturbações anômicas	9.17	4.96	8.27	3.34	2.08*
Tensões emocionais	11.59	5.11	9.24	3.56	5.17***
Hostilidade consigo próprio	12.88	4.50	10.29	3.66	5.88***
Estima si negativa	54.20	22.06	44.44	14.87	5.06***
Estima si positiva	114.39	18.26	116.53	20.62	-.94
Estima si geral	60.19	30.51	72.09	29.19	-3.57***

Nota: SERTHUAL=Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito e UAL. * $p < .05$, *** $p < .001$

Para uma melhor visualização apresenta-se na Figura 34 as diferenças estatisticamente significativas para a SERTHUAL em pós-missão (com e sem PSPT).

Figura 34. Comparação para SERTHUAL em Pós-missão (com PSPT e sem PSPT)



5.3.4. Avaliar a Relação entre a PSPT e o *Coping*.

Para analisar a relação entre a PSPT e o *coping* efectuamos uma análise correlacional e uma análise comparativa (sujeitos emparelhados) entre a pré-missão e a pós-missão, com e sem PSPT, para a ETC, na amostra geral e na subamostra clínica.

Ao efectuarmos a análise correlacional observamos pela Tabela 29, que, na pré-missão, existem correlações fortes (positivas e negativas) entre a PCL-M e a ETC, nomeadamente relações fortes e positivas entre a *aceitação e a reexperienciação intrusiva* ($r=.62$, $p < .05$), entre a *conversão e a reexperienciação intrusiva* ($r=.74$, $p < .01$), entre o *retraimento mental e o evitamento e embotamento* ($r=.77$, $p < .01$), entre a *focalização emocional e o evitamento e embotamento* ($r=.82$, $p < .01$), entre a *conversão de valores e o evitamento e embotamento* ($r=.66$, $p < .05$), entre o *coping negativo e o evitamento e embotamento* ($r=.71$, $p < .01$), entre o *retraimento mental e a PCL-M total* ($r=.69$, $p < .05$), entre a *focalização emocional e a PCL-M total* ($r=.74$, $p < .01$), entre a *conversão de valores e a PCL-M total* ($r=.60$, $p < .05$), e entre o *coping negativo e a PCL-M total* ($r=.59$, $p < .05$).

Por outro lado encontram-se correlações fortes negativas entre a *regulação das actividades e a excitabilidade aumentada* ($r=-.64$, $p < .01$), entre a *focalização cognitiva e a excitabilidade aumentada* ($r=-.87$, $p < .01$), entre o *suporte social informativo e a excitabilidade aumentada* ($r=-.61$, $p < .01$), entre a *aceitação e a excitabilidade aumentada*

($r=-.60$, $p < .05$), entre o *controlo cognitivo e planificação e a excitabilidade aumentada* ($r=-.83$, $p < .01$), e entre o *coping positivo e a excitabilidade aumentada* ($r=-.58$, $p < .05$).

Na pós-missão, existem correlações estatisticamente significativas em várias dimensões entre o PCL-M e a ETC, sendo na generalidade moderadas e positivas, variando entre a *alexitimia e a PCL-M total* ($r=.33$, $p < .01$) e entre o *coping negativo e a PCL-M total* ($r=.49$, $p < .01$). De referir a existência de duas correlações fortes e positivas entre a *focalização emocional e a PCL-M total* ($r=.54$, $p < .01$) e entre o *retraimento social e comportamental e a PCL-M total* ($r=.56$, $p < .01$). Para além da relação forte com a PCL-M total, mantém relações semelhantes nas três dimensões da PCL-M (reexperienciação intrusiva, evitamento e embotamento e excitabilidade aumentada).

Tabela 29

Correlações entre a ETC e a PCL-M em Pré-missão e Pós-missão

PCL-M	Pré-missão				Pós-missão			
	Reexp. Intrusiva	Evitamento e Embotamento	Excitabilidade Aumentada	PCL-M Total	Reexp. Intrusiva	Evitamento e Embotamento	Excitabilidade Aumentada	PCL-M Total
ETC								
Focalização activa	.476	.282	-.555	.193	-.085	-.058	-.092	-.083
Cooperação	.516	.163	-.533	.159	.020	.074	.037	.050
Retraimento social e comportamental	.162	.538	.050	.369	.532**	.552**	.440**	.556**
Conversão comportamental	.378	.569	-.168	.418	.264*	.395**	.263*	.342**
Regulação actividades	.113	.059	-.638*	-.125	.145	.256*	.176	.214
Distracção	.120	.352	-.187	.176	.160	.177	.163	.182
Focalização cognitiva	.420	.176	-.868**	.008	-.004	.059	-.001	.023
Suporte social informativo	.390	.086	-.609*	.033	.097	.101	.009	.080
Retraimento mental	.540	.766**	.120	.693*	.392**	.409**	.372**	.426**
Aceitação	.624*	.469	-.603*	.344	.092	.100	.053	.091
Controlo cognitivo e planificação	.350	.179	-.832**	-.013	-.025	-.005	-.050	-.026
Denegação	.043	.387	-.061	.197	.446**	.445**	.313**	.441**
Focalização emocional	.576	.824**	.135	.744**	.507**	.522**	.464**	.542**
Suporte social e emocional	.437	.249	-.387	.212	.045	.103	.004	.061
Aditividade	.555	.428	-.545	.308	.384**	.336**	.286**	.365**
Conversão de valores	.739**	.657*	-.282	.602*	.266*	.246*	.166	.248*
Controle emocional	.326	.448	-.322	.280	.167	.246*	.146	.208
Alexitimia	.560	.479	-.323	.410	.289**	.336**	.291**	.334**
Coping positivo	.502	.207	-.581*	.159	.026	.070	-.015	.034
Coping negativo	.547	.714**	-.120	.590*	.456**	.483**	.399**	.488**

Nota: ETC=Escala Toulousiana de Coping; PCL-M=Perturbação de Stresse Pós-Traumático Checklist (versão militar). * $p < .05$, ** $p < .01$

Ao efectuarmos a análise comparativa, na amostra geral, entre a pré-missão e a pós-missão, nos militares com e sem PSPT, conforme se observa pela Tabela 30, encontramos, nos militares com PSPT, diferenças estatisticamente significativas ao nível da *Conversão de valores*, sendo os valores mais elevados na pós-missão (M=7.36, DP=2.73) e mais baixos em pré-missão (M= 6.39, DP=2.92), $t_{(60)} = -2.04, p = .04$.

Nos militares sem PSPT encontramos as seguintes diferenças estatisticamente significativas: *Cooperação*, com os valores mais elevados na pré-missão (M=8.47, DP=3.29) e mais baixos na pós-missão (M=7.54, DP=2.99), $t_{(113)} = -2.51, p = .01$; *Distracção*, os valores são mais elevados na pré-missão (M=6.89, DP=2.99) e mais baixos na pós-missão (M=6.08, DP=2.52), $t_{(113)} = -2.55, p = .01$; *Retraimento mental*, os valores são mais elevados na pré-missão (M=5.50, DP=2.32) e mais baixos na pós-missão (M=4.95, DP=2.19), $t_{(113)} = 2.05, p = .04$; *Aceitação*, os valores são mais elevados na pré-missão (M=10.06, DP=3.18) e mais baixos na pós-missão (M=9.04, DP=3.46), $t_{(113)} = 2.95, p = .00$; *Focalização emocional*, os valores são mais elevados na pré-missão (M=4.46, DP=2.10) e mais baixos na pós-missão (M=3.89, DP=1.66), $t_{(113)} = 2.71, p = .00$; *Suporte social e emocional*, os valores são mais elevados na pré-missão (M=8.15, DP=3.35) e mais baixos na pós-missão (M=7.36, DP=3.07), $t_{(113)} = 2.09, p = .04$; *Alexitima*, os valores são mais elevados na pré-missão (M=5.69, DP=2.15) e mais baixos na pós-missão (M=4.97, DP=2.33), $t_{(113)} = 2.82, p = .00$; *Coping positivo*, os valores são mais elevados na pré-missão (M=35.52, DP=10.32) e mais baixos na pós-missão (M=32.96, DP=10.15), $t_{(113)} = 2.08, p = .04$; e *Coping negativo*, os valores são mais elevados na pré-missão (M=16.25, DP=5.52) e mais baixos na pós-missão (M=14.61, DP=5.61), $t_{(113)} = 2.76, p = .00$.

Portanto, nas estratégias de *coping* de cooperação, distracção, retraimento mental, aceitação, focalização emocional, suporte social e emocional e alexitimia, os militares sem PSPT, apresentam valores mais elevados em pré-missão e mais baixos em pós-missão.

Tabela 30*Comparação (sujeitos emparelhados) entre Pré-missão e Pós-missão para ETC (com PSPT e sem PSPT)*

ETC	C/PSPT (n=61)					S/PSPT (n=114)				
	Pré-missão		Pós-missão		t	Pré-missão		Pós-missão		t
	M	DP	M	DP		M	DP	M	DP	
Focalização activa	11.20	3.32	10.64	3.30	1.15	11.39	3.05	10.98	3.47	1.03
Cooperação	8.64	2.98	8.79	2.60	-.33	8.47	3.29	7.54	2.99	2.51*
Retraimento social e comportamental	4.61	2.05	4.87	2.05	-.78	4.22	2.24	3.96	1.55	1.18
Conversão Comportamental	5.93	2.68	6.28	2.88	-.85	5.83	3.03	5.34	2.37	1.56
Regulação actividades	6.93	2.66	6.66	2.24	.76	6.61	2.33	6.41	2.86	.67
Distracção	6.70	3.12	7.16	2.93	-.92	6.89	2.99	6.08	2.52	2.55*
Focalização cognitiva	9.74	3.56	9.95	3.40	-.44	9.35	3.39	9.42	3.44	-.20
Suporte social informativo	8.02	3.46	7.87	3.23	.30	7.51	3.06	7.08	3.09	1.10
Retraimento mental	5.72	2.57	5.88	2.58	.38	5.50	2.32	4.95	2.19	2.05*
Aceitação	9.79	3.03	9.54	3.21	.47	10.06	3.18	9.04	3.46	2.95**
Controlo cognitivo e planificação	9.77	3.74	10.57	3.25	-1.48	9.82	3.44	10.13	3.73	-.79
Denegação	5.39	2.45	5.03	1.91	.85	5.06	2.32	4.69	2.10	1.67
Focalização emocional	4.59	1.96	5.15	2.53	-1.55	4.46	2.10	3.89	1.66	2.71**
Suporte social e emocional	8.57	3.58	8.46	3.37	.23	8.15	3.35	7.36	3.07	2.09*
Aditividade	5.84	1.87	6.33	1.87	-1.41	5.82	1.89	5.85	1.93	-.15
Conversão de valores	6.39	2.92	7.36	2.73	-2.04*	6.38	2.57	5.93	2.34	1.67
Controlo emocional	8.64	3.10	8.26	3.05	.75	8.67	3.00	8.29	3.28	1.4
Alexitimia	5.85	2.80	6.03	2.34	-.42	5.69	2.15	4.97	2.33	2.82**
Coping positivo	36.43	11.01	35.75	9.98	.42	35.52	10.32	32.96	10.15	2.08*
Coping negativo	16.97	6.23	16.95	5.38	.02	16.25	5.52	14.61	5.61	2.76**

Nota: ETC=Escala Toulousiana de Coping. * $p < .05$, ** $p < .01$

Em relação à subamostra clínica (113 casos com sintomatologia de PSPT), na pré-missão, como verificamos na Tabela 31, apenas foi encontrada a diferença de médias estatisticamente significativa, nos valores com e sem PSPT, ao nível da dimensão *alexitimia*, sendo que os militares com PSPT apresentam valores mais elevados ($M=5.99$ $DP=2.87$) e os militares sem PSPT com valores mais baixos ($M=5.42$, $DP=2.14$), $t_{(76)} = 1.77$, $p = .08$.

Tabela 31*Comparação para ETC em Pré-missão (com PSPT e sem PSPT)*

ETC	C/ PSPT (n=77)		S/ PSPT (n=190)		t
	M	DP	M	DP	
Focalização activa	11.39	3.19	11.06	3.27	.75
Cooperação	8,64	2.92	8.39	3.10	.59
Retraimento social e comportamental	4.61	2.03	4.26	2.09	1.24
Conversão comportamental	5.95	2.88	5.60	2.79	.91
Regulação actividades	6.87	2.55	6.41	2.34	1.43
Distracção	6.90	3.20	6.77	2.93	.31
Focalização cognitiva	9.68	3.42	8.99	3.39	1.49
Suporte social informativo	7.94	3.35	7.38	2.99	1.33
Retraimento mental	5.78	2.55	5.41	2.23	1.19
Aceitação	9.84	3.05	9.70	3.20	.34
Controlo cognitivo e planificação	9.90	3.68	9.22	3.60	1.39
Denegação	5.25	2.42	5.14	2.18	.35
Focalização emocional	4.57	1.98	4.36	2.02	.79
Suporte social e emocional	8.79	3.45	8.24	3.38	1.21
Aditividade	5.82	1.76	5.50	1.84	1.30
Conversão valores	6.47	2.95	6.16	2.60	.83
Controle emocional	8.56	2.99	8.42	3.02	.35
Alexitimia	5.99	2.87	5.42	2.14	1.77**
Coping negativo	17.01	6.35	15.97	5.28	1.38
Coping positivo	36.75	10.59	35.07	10.19	1.21

Nota: ETC=Escala Toulousiana de Coping. ** $p < .01$

Na pós-missão, como se verifica pela Tabela 32, foram encontradas diferenças de médias estatisticamente significativas, nos valores com e sem PSPT, ao nível das seguintes dimensões: *cooperação*, os valores são mais elevados nos militares com PSPT (M=8.75, DP=2.60) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=7.62, DP=2.88), $t_{(83)} = 3.04$, $p = .00$; *retraimento social e comportamental*, os valores são mais elevados nos militares com PSPT (M=5.19, DP=2.32) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=4.26, DP=1.89), $t_{(83)} = 3.45$, $p = .00$; *conversão comportamental*, os valores são mais elevados nos militares com PSPT (M=6.40, DP=2.77) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=5.44, DP=2.38), $t_{(83)} = 2.89$, $p = .00$; *distracção*, os valores são mais elevados nos militares com PSPT (M=7.25, DP=2.88) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=6.13, DP=2.59), $t_{(83)} = 3.15$, $p = .00$; *focalização cognitiva*, os valores são mais elevados nos militares com PSPT (M=9.83, DP=3.18) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=8.95, DP=3.43), $t_{(83)} = 1.99$, $p = .04$; *retraimento mental*, os valores são mais elevados nos militares com PSPT (M=6.08, DP=2.56) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=5.25, DP=2.34), $t_{(83)} = 2.60$, $p = .01$; *controlo cognitivo e planificação*, os valores são mais elevados nos militares com PSPT (M=10.36, DP=3.14) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=9.49, DP=3.84), $t_{(83)} = 1.80$, $p = .07$; *focalização emocional*, os valores são mais elevados nos militares com PSPT (M=5.32, DP=2.57) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=4.19, DP=1.90), $t_{(83)} = 3.98$, $p = .00$; *suporte social e*

emocional, os valores são mais elevados nos militares com PSPT (M=8.31, DP=3.32) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=7.45, DP=2.99), $t_{(83)} = 2.08, p = .04$; *Aditividade*, os valores são mais elevados nos militares com PSPT (M=6.52, DP=2.04) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=5.89, DP=1.98), $t_{(83)} = 2.39, p = .03$; *conversão de valores*, os valores são mais elevados nos militares com PSPT (M=7.46, DP=2.54) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=6.14, DP=2.47), $t_{(83)} = 3.99, p = .00$; *alexitimia*, os valores são mais elevados nos militares com PSPT (M=6.15, DP=2.35) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=5.16, DP=2.31), $t_{(83)} = 3.22, p = .00$; *coping negativo*, os valores são mais elevados nos militares com PSPT (M=17.70, DP=5.78) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=15.44, DP=5.87), $t_{(83)} = 2.92, p = .00$; e, *coping positivo*, os valores são mais elevados nos militares com PSPT (M=35.50, DP=9.71) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=32.87, DP=10.10), $t_{(83)} = 1.98, p = .04$.

Portanto, na pós-missão, os militares com PSPT apresentaram valores médios superiores aos militares sem PSPT nas estratégias de *coping* de cooperação, retraimento social e comportamental, conversão comportamental, distração, focalização cognitiva, retraimento mental, controlo cognitivo e planificação, focalização emocional, suporte social emocional aditividade, conversão de valores e alexitimia, com influência no coping positivo e negativo.

Tabela 32

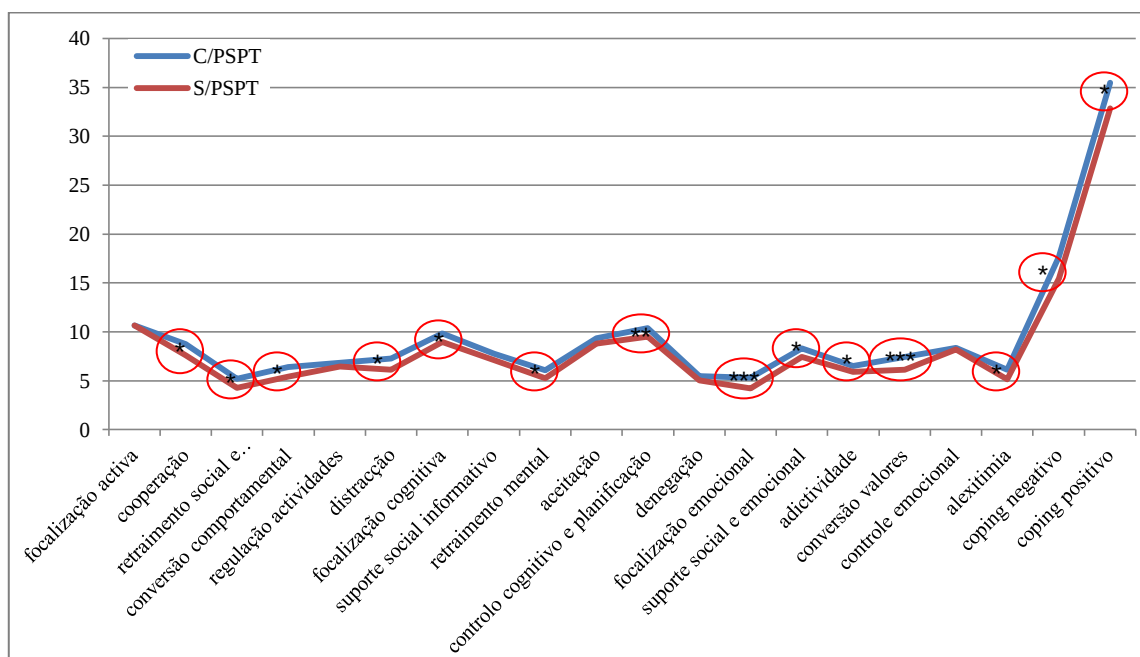
Comparação para ETC em Pós-missão (com PSPT e sem PSPT)

ETC	C/ PSPT (n=84)		S/ PSPT (n=175)		t
	M	DP	M	DP	
Focalização activa	10,67	3,14	10,67	3,62	-.00
Cooperação	8,75	2,60	7,62	2,88	3.04*
Retraimento social e comportamental	5,19	2,32	4,26	1,89	3.45*
Conversão comportamental	6,40	2,77	5,44	2,38	2.89*
Regulação actividades	6,82	2,21	6,43	2,73	1.13
Distracção	7,25	2,88	6,13	2,59	3.15*
Focalização cognitiva	9,83	3,18	8,95	3,43	1.99*
Suporte social informativo	7,77	3,26	7,13	3,10	1.53
Retraimento mental	6,08	2,56	5,25	2,34	2.60*
Aceitação	9,35	3,07	8,79	3,47	1.24
Controlo cognitivo e planificação	10,36	3,14	9,49	3,84	1.80**
Denegação	5,46	2,14	5,03	2,17	1.52
Focalização emocional	5,32	2,57	4,19	1,90	3.98***
Suporte social e emocional	8,31	3,32	7,45	2,99	2.08*
Aditividade	6,52	2,04	5,89	1,98	2.39*
Conversão valores	7,46	2,54	6,14	2,47	3.99***
Controle emocional	8,35	2,94	8,19	3,24	.38
Alexitimia	6,15	2,35	5,16	2,31	3.22*
Coping negativo	17,70	5,78	15,44	5,87	2.92*
Coping positivo	35,50	9,71	32,87	10,10	1.98*

Nota: ETC=Escala Toulousiana de Coping. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Para uma melhor visualização apresenta-se na Figura 35 as diferenças estatisticamente significativas para a ETC em pós-missão (com e sem PSPT).

Figura 35. Comparação para ETC em Pós-missão (com PSPT e sem PSPT)



5.3.5. Avaliar a Relação entre a PSPT e o Suporte Social.

Para analisar a relação entre a PSPT e o suporte social efectuamos uma análise correlacional e uma análise comparativa (sujeitos emparelhados) entre a pré-missão e a pós-missão, com e sem PSPT, para a MDSS, na amostra geral e na subamostra clínica.

Ao efectuarmos a análise correlacional observamos pela Tabela 33, que, na pré-missão, as correlações entre o PCL-M e a MDSS, são fortes e negativas, entre a satisfação com a *família e amigos próximos e o evitamento e embotamento* ($r=-.62$, $p < .05$), entre a *satisfação com a família e amigos próximos e a PCL-M total* ($r=-.63$, $p < .05$), entre a *satisfação com pessoas de autoridade e a reexperienciação intrusiva* ($r=-.65$, $p < .05$), entre a *satisfação com pessoas de autoridade e o evitamento e embotamento* ($r=-.69$, $p < .05$) e entre a *satisfação com as pessoas de autoridade e a PCL-M total* ($r=-.77$, $p < .05$), encontrando-se uma correlação forte positiva entre a *frequência com os pares e a reexperienciação intrusiva* ($r=.72$, $p < .01$).

Na pós-missão, as correlações significativas são fracas e negativas, variando entre a *frequência com a família e amigos próximos e o evitamento e embotamento* ($r=-.20$, $p < .05$), e entre a *satisfação com a família e amigos próximos e o evitamento e embotamento* ($r=-.23$, $p < .05$).

Tabela 33

Correlações entre a MDSS e a PCL-M em Pré-missão e Pós-missão

PCL-M	Pré-missão				Pós-missão			
	Reexp. Intrusiva	Evitamento e Embotamento	Excitabilidade Aumentada	PCL-M Total	Reexp. Intrusiva	Evitamento e Embotamento	Excitabilidade Aumentada	PCL-M Total
MDSS								
Satisfação família e amigos próximos	-.326	-.617*	-.478	-.630*	-.087	-.227*	-.134	-.173
Frequência família e amigos próximos	.174	-.316	-.536	-.252	-.031	-.195*	-.202*	.162
Satisfação com os pares	-.038	-.490	-.155	-.318	-.079	.056	.060	.018
Frequência com os pares	.720**	.447	-.126	.537	.032	.012	-.012	.012
Satisfação pessoas autoridade	-.647*	-.687*	-.327	-.773*	-.163	-.093	-.111	-.130
Frequência pessoas autoridade	-.330	-.345	-.495	-.500	.046	.009	-.074	-.005

Nota: MDSS= Multi-Dimensional Support Scale; PCL-M= Perturbação de Stresse Pós-Traumático Checklist (versão militar). * $p < .05$, ** $p < .01$

Ao efectuarmos a análise comparativa, na amostra geral, conforme se observa na Tabela 34, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a pré-missão e a pós-missão, quer nos militares com PSPT, quer nos militares sem PSPT.

Tabela 34

Comparação (sujeitos emparelhados) entre Pré-missão e Pós-missão para MDSS (com PSPT e sem PSPT)

MDSS	C/PSPT (n=109)					S/PSPT (n=301)				
	Pré-missão		Pós-missão		t	Pré-missão		Pós-missão		t
	M	DP	M	DP		M	DP	M	DP	
Frequência família e amigos próximos	22,03	3,62	21,91	4,41	,25	21,79	4,16	21,49	4,47	,92
Satisfação família e amigos próximos	19,48	2,90	20,04	2,07	-1,76	20,01	2,54	20,11	2,15	-,59
Frequência pares	16,63	3,88	16,30	4,56	,69	15,69	4,10	15,83	4,50	-,48
Satisfação pares	16,68	2,72	17,11	2,14	-1,44	16,70	2,82	17,010	2,308	-1,74
Frequência pessoas autoridade	14,41	4,24	14,10	4,66	,65	14,19	4,29	13,677	4,642	1,68
Satisfação pessoas autoridade	14,76	5,49	13,94	4,68	1,32	14,73	4,27	14,59	4,49	,45

Nota: MDSS= Multi-Dimensional Support Scale

Em relação à subamostra clínica (113 casos com sintomatologia de PSPT), na pré-missão, conforme se observa na Tabela 35, foram encontradas diferenças de médias estatisticamente significativas, nos valores com e sem PSPT, ao nível das seguintes dimensões: *satisfação com a família e amigos próximos*, os valores são mais baixos nos militares com PSPT (M=19.45, DP=2.89) e mais elevados nos militares sem PSPT (M=20.01, DP=2.54), $t_{(110)} = -1.92$, $p = .06$; e a *frequência com os pares*, os valores são mais elevados

nos militares com PSPT (M=16.71, DP=3.89) e mais baixos nos militares sem PSPT (M=15.64, DP=4.10), $t_{(110)} = 2.38, p = .02$.

Tabela 35

Comparação para MDSS em Pré-missão (com PSPT e sem PSPT)

MDSS	C/ PSPT (n=111)		S/ PSPT (n=303)		t
	M	DP	M	DP	
Frequência família amigos próximos	22,04	3,63	21,74	4,15	,658
Satisfação família amigos próximos	19,45	2,89	20,01	2,54	-1,925**
Frequência pares	16,71	3,89	15,64	4,10	2,382*
Satisfação pares	16,68	2,71	16,71	2,81	-,098
Frequência pessoas autoridade	14,54	4,29	14,17	4,28	,777
Satisfação pessoas autoridade	14,76	5,43	14,75	4,26	,021

Nota: MDSS= Multi-Dimensional Support Scale. * $p < .05$, ** $p < .01$

Na pós-missão, como mostra a Tabela 36, não foram encontradas diferenças de médias estatisticamente significativas, nos valores com e sem PSPT, ao nível das dimensões da variável suporte social.

Tabela 36

Comparação para MDSS em pós-missão (com PSPT e sem PSPT)

MDSS	C/ PSPT (n=110)		S/ PSPT (n=307)		t
	M	DP	M	DP	
Frequência família amigos próximos	21,79	4,60	21,49	4,46	,605
Satisfação família amigos próximos	20,01	2,06	20,07	2,23	-,271
Frequência pares	16,32	4,54	15,93	4,50	,784
Satisfação pares	17,12	2,13	17,01	2,32	,417
Frequência pessoas autoridade	14,05	4,66	13,76	4,64	,579
Satisfação pessoas autoridade	13,99	4,66	14,58	4,46	-1,180

Nota: MDSS= Multi-Dimensional Support Scale

5.4. Analisar a Moderação e Mediação

Tendo em conta a revisão da literatura, no que se refere aos efeitos de mediação ou moderação, foram efectuadas análises exploratórias dos efeitos de mediação e moderação entre as variáveis psicológicas ou variáveis em estudo (psicopatologia, auto-estima, coping e suporte social) na pré-missão e a PSPT em pós-missão, no entanto não foram encontrados resultados com significado estatístico do efeito das variáveis psicológicas na PSPT.

5.5. Analisar as Variáveis Psicológicas Predictoras da PSPT

Atendendo a que a literatura refere algumas variáveis predictoras para o desenvolvimento da PSPT, nomeadamente as variáveis sociodemográficas (p.e. idade, nível de escolaridade, experiência nas missões, entre outras) e variáveis psicológicas designadamente: a psicopatologia, a auto-estima, o *coping* e o apoio social, foram explorados modelos de análise de regressão linear e múltipla e regressões logísticas entre as variáveis sociodemográficas e variáveis psicológicas em pré-missão e a PSPT em pós-missão, com o objectivo de encontrar preditores significativos para o desenvolvimento da PSPT. Os resultados das análises não apresentaram preditores estatisticamente significativos.

No entanto, foram também exploradas análises dos preditores significativos da PSPT em pós-missão. Utilizamos o modelo da regressão linear hierárquica, identificando-se como variáveis independentes ou predictoras, as dimensões da psicopatologia, da auto-estima, do *coping* e do suporte social.

A escolha deste modelo teve também como objectivo analisar a variância explicada por cada um dos blocos predictoros. No modelo de regressão linear hierárquica, entraram apenas as dimensões das variáveis que em cada bloco de preditores se revelaram estatisticamente significativas. Os resultados obtidos podem ser analisados na Tabela 37.

Todos os modelos são estatisticamente significativos e no total as variáveis independentes ou variáveis psicológicas em estudo, explicam 69,4% da variância da variável dependente (PSPT) [$(\beta = 23.70, t(78) = 13.60, p = .01)$]. O acréscimo de variância explicada por cada modelo pode ser analisado na coluna R^2 change.

O modelo 1, através das dimensões psicopatológicas, ansiedade fóbica e ideação paranóide, explica 60% da variância; o modelo 2 (expansão socio-normativa e tensões emocionais, da auto-estima) explica 4,6%; o modelo 3 (focalização emocional e retraimento social e comportamental, do *coping*) explica 4,4%; e o modelo 4 (satisfação com as pessoas de autoridade, do suporte social) acrescenta apenas 0,5% ao total da variância explicada. Ou seja, as dimensões da variável psicopatológica explicam 60% do total da variância, enquanto as dimensões das variáveis auto-estima, coping e suporte social acrescentam apenas 9,5%. Estas variáveis têm influência significativa no desenvolvimento da PSPT.

Os coeficientes de regressão das dimensões *ansiedade fóbica* $\beta = 1.22, t(78) = 4.34, p = .000$, *ideação paranóide* $\beta = .85, t(78) = 4.17, p = .000$, *expansão socio-normativa* $\beta = -.39, t(78) = -2.50, p = .015$ e *focalização emocional* $\beta = .69, t(78) = 1.74, p = .086$, revelaram-se estatisticamente significativos.

Tabela 37*Modelo da Regressão Linear Hierárquica em Pós-missão*

Modelo	Variáveis independentes	R ²	R ² change	F	β	95% CI
1	(Constante)	.60	.60	23.70***	5.22**	[1,38, 9,05]
	Ansiedade fóbica				1.35***	[,76, 1,94]
	Ideacção paranóide				1.06***	[,63, 1,49]
2	(Constante)	.65	.46	34.70***	13.77***	[5,55, 21,99]
	Ansiedade fóbica				1.33***	[,75, 1,90]
	Ideacção paranóide				1.00***	[,59, 1,42]
	Expansão socio-normativa				-.44**	[-,76, -,13]
	Tensões emocionais				.20	[-,08, ,48]
3	(Constante)	.69	.44	27.41***	11.09**	[3,06, 19,12]
	Ansiedade fóbica				1.23***	[,67, 1,79]
	Ideacção paranóide				.89***	[,49, 1,29]
	Expansão socio-normativa				-.37**	[-,68, -,06]
	Tensões emocionais				-.14	[-,48, ,197]
	Focalização emocional				.77**	[,07, 1,54]
	Retraimento social e comportamental				.47	[-,37, 1,31]
4	(Constante)	.69	.05	23.70***	13.60**	[4,31, 22,89]
	Ansiedade fóbica				1.22***	[,66, 1,78]
	Ideacção paranóide				.85***	[,44, 1,26]
	Expansão socio-normativa				-.39**	[-,70, -,080]
	Tensões emocionais				-.11	[-,46, ,23]
	Focalização emocional				.69*	[-,01, 1,47]
	Retraimento social e comportamental				.54	[-,31, 1,39]
	Satisfação pessoas autoridade				-.15	[-,42, ,13]

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

5.6. Analisar Outros Resultados Relevantes

Foram efectuadas outras análises descritivas e exploratórias dos dados referentes às vivências dos militares nas missões, nomeadamente ao nível das motivações para participarem nas missões, o sentimento que tiveram ao servir o país, a forma como mantêm contacto com os camaradas, a importância que dão ao suporte social, os acontecimento(s) ou situação(ões) mais marcantes na vida do militar, dificuldades de adaptação sentidas ao regressar da missão e situações mais difíceis com que se confrontaram, no decorrer das missões.

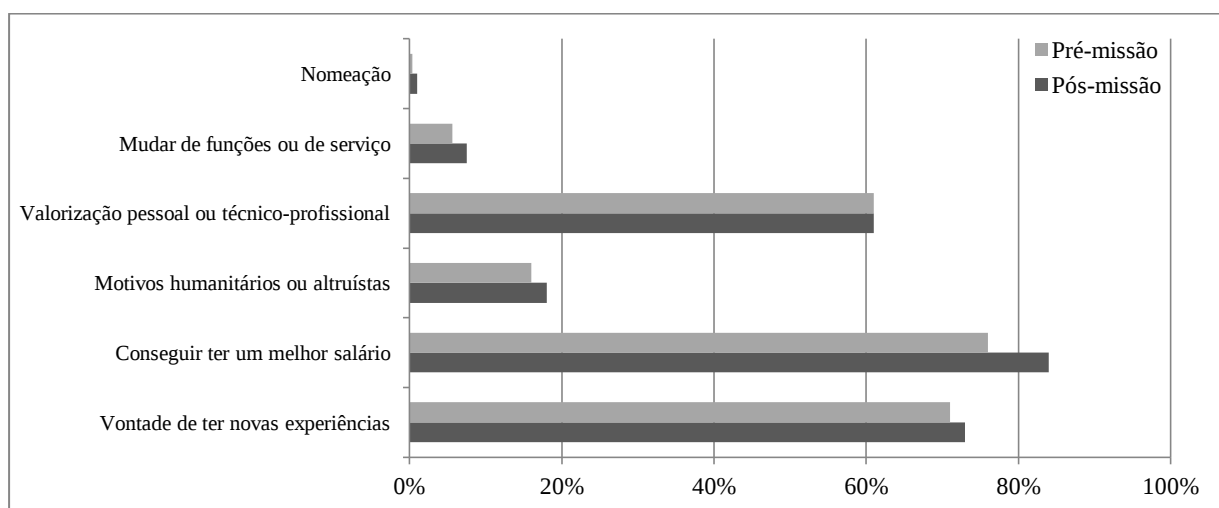
5.6.1. Vivência dos Militares nas Missões.

As vivências dos militares nas missões foram caracterizadas através da análise de conteúdo dos dados recolhidos no questionário sociodemográfico da amostra, ao nível das

frequências e percentagens de cada categoria, referindo as que mais se destacam na sua distribuição.

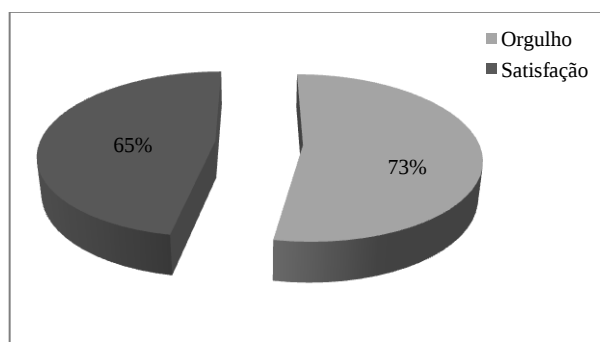
No que se refere às motivações para participar na missão, podemos verificar pela Figura 36, que as principais razões que levaram os militares a participarem na missão são essencialmente de 3 níveis: conseguir ter um melhor salário (pré-missão=76%; pós-missão=84%), com a relevância do factor instrumental; vontade de ter novas experiências (71%; 73%), mais relacionada com os militares contratados e mais jovens; e, valorização pessoal ou técnico profissional (61%), evidenciando estar mais relacionada com os militares de carreira. Não se verificaram alterações nas motivações da pré-missão para a pós-missão.

Figura 36. Principais Razões que Motivaram os Militares a ir para a Missão em Pré-missão e Pós-missão (n=423)



Relativamente aos sentimentos dos militares em relação ao servir o País, a Figura 37 mostra que as respostas repartem-se pelos sentimentos de orgulho (65%) e satisfação (73%).

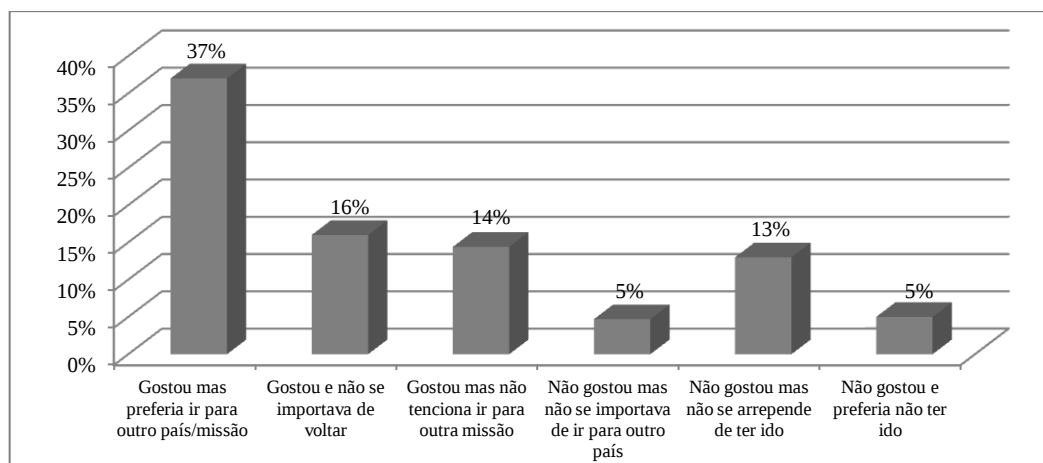
Figura 37. O que Sentiu ao Servir o País



Em relação à participação na missão, a Figura 38 mostra que 37% dos militares gostaram, mas preferiam participar em missões noutros países; 16% referem que gostaram e

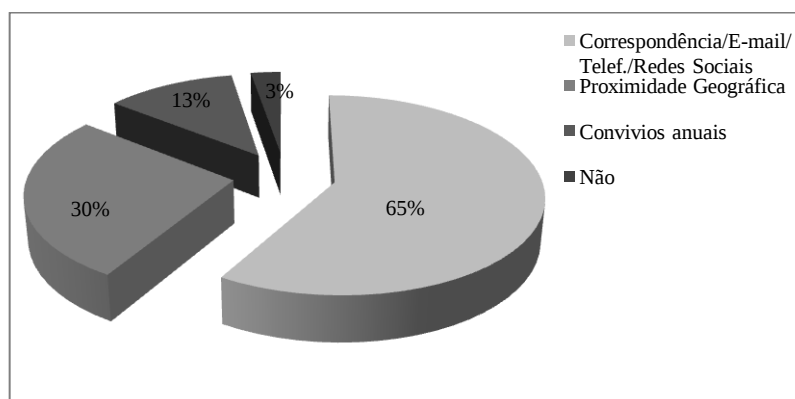
não se importavam de voltar; 14% gostaram, mas não tencionam ir para outra missão; e 13% não gostaram, mas não se arrependem de ter ido.

Figura 38. Relativo à Missão



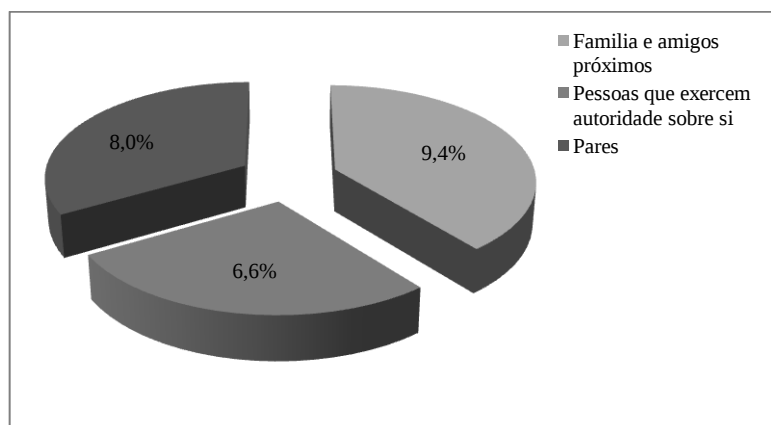
No que se refere aos contactos com os camaradas, como se observa pela Figura 39, a maior parte dos militares mantém contactos frequentes com outros camaradas através de correspondência via telefone, mail ou redes sociais (65%), seguido dos contactos frequentes através da proximidade geográfica (30%).

Figura 39. Forma da Frequência de Contactos com os Camaradas



Quanto há avaliação que fazem sobre a importância do suporte social *da sua família e amigos próximos, das pessoas da sua idade que estejam em idênticas situações* (p.e., os seus camaradas), e sobre *as pessoas que exerçam alguma autoridade sobre si* (p.e., os seus comandantes). Numa escala de importância de 1 a 10, a Figura 40, mostra que os militares dão maior importância à família e amigos próximos (9,4%), seguido dos pares (camaradas) (8,0%) e menos importância dada às pessoas que exercem autoridade sobre eles (6,6%).

Figura 40. Importância do Suporte Social



Em relação aos acontecimentos ou situações que mais marcaram o militar durante a sua vida militar, destacam-se as atuais missões de paz e também a missão do Iraque (2003 e 2004) para os militares da GNR (5,2%); a experiência da missão no Afeganistão (4,7%) e o início da vida militar coincidente com o período da recruta e juramento de bandeira (4,7%); e a participação pela primeira vez nas missões de paz ao serviço de Portugal (3,5%), (Tabela 38).

Tabela 38

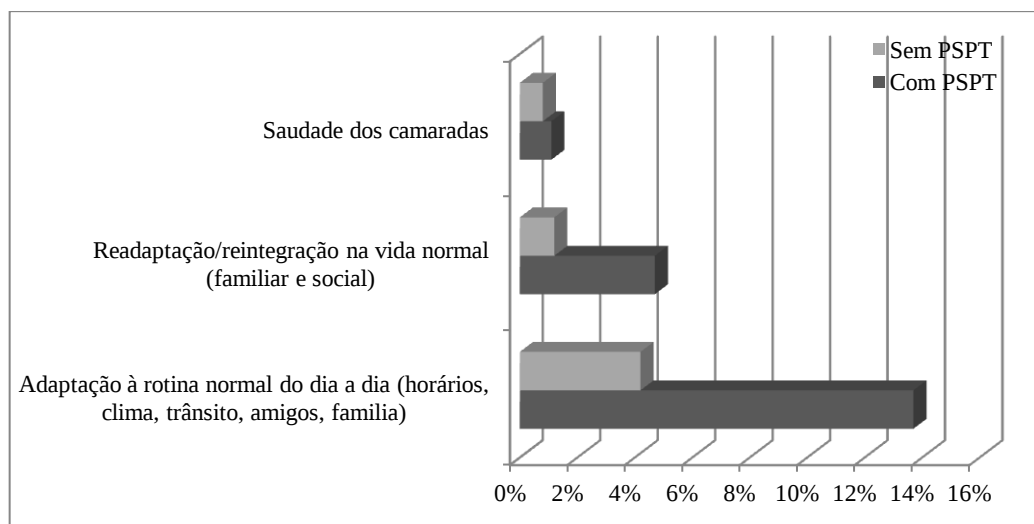
Acontecimento(s) ou Situação(ões) mais Marcantes Durante a Vida Militar

<i>Acontecimentos</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
As missões de paz (atuais e Iraque)	22	5,2
A experiência da missão no Afeganistão	20	4,7
Recruta e Juramento de bandeira	20	4,7
Participar na (1ª) missão a representar Portugal	15	3,5
Espírito de corpo e camaradagem	12	2,8
1ª missão em Timor (positivo e negativo - instabilidade naquele momento)	11	2,6
Morte ou ferimento de camaradas	9	2,1
Ver pessoas no limiar da pobreza	8	1,9
Afastamento da família	8	1,9
Frequência de cursos	7	1,7
Degradação da Instituição Militar	6	1,5
Bloqueio nas promoções	6	1,5
Outras situações (diferença de culturas, contacto com insurgentes,...)	19	4,5

Relativamente às principais dificuldades de adaptação sentidas pelos militares ao regressarem das missões, no “regresso a casa”, como se verifica na Figura 41, estão relacionadas com a dificuldade de adaptação à rotina normal do dia-a-dia (com PSPT=13,7%; sem PSPT=4,2%), de reintegração na vida normal (familiar e social) (com PSPT=4,7%; sem

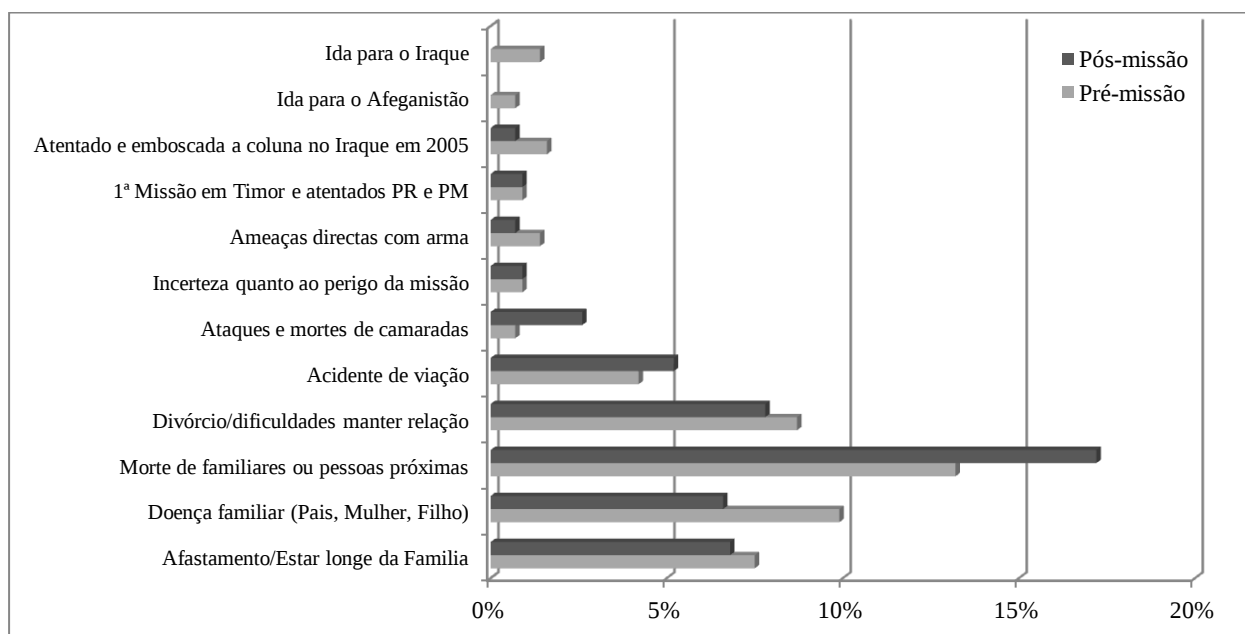
PSPT=1,2%); e também com saudades dos camaradas (com PSPT=1,1%; sem PSPT=0,8%), principalmente nas primeiras semanas, após o regresso das missões.

Figura 41. Dificuldades de Adaptação Sentidas ao Regressar da(s) Missão(ões)



As situações mais difíceis identificadas pelos militares em pré-missão e pós-missão, conforme se observa pela Figura 42, referem-se à morte de familiares ou pessoas próximas (17,2%; 13,2%); dificuldades em manter a relação no casal/divórcio (8,7%; 7,8%); a doença das pessoas próximas (Pais, Mulher, Filhos) (9,9%; 6,6%); o afastamento familiar/estar longe da família (7,7%; 6,8%); e acidentes de viação (4,2%; 5,2%). De referir que 218 militares (51,1%) dos 423 militares avaliados em pré-missão e pós-missão, confrontaram-se com situações difíceis.

Figura 42. Situações Difíceis com que os Militares se Confrontaram (n=218)



5.7. Síntese dos resultados

- 1) Trata-se de uma grande amostra (diversificada) de militares constituída na sua maioria por sujeitos do sexo masculino (94%) e que se encontram distribuídos por 4 missões internacionais, com níveis de risco diferentes.
- 2) Os acontecimentos traumáticos mais vivenciados durante as missões estão relacionados com a morte de camaradas em acidentes, ataques sucessivos de vária ordem, ver morrer pessoas, ou sentir a sua integridade física ser ameaçada.
- 3) Num 1º momento de avaliação (pré-missão) 8% dos militares apresentavam sintomas de PSPT, enquanto num 2º momento (pós-missão, decorridos 6 meses) esse valor subiu para 22,5%. Portanto, 14,5% dos militares manifestaram sintomatologia de PSPT decorrente das missões, com 3% de provável diagnóstico de PSPT e 11,5% com sintomatologia significativa. Do 1º momento para o 2º momento de avaliação 20 militares (4%) deixaram de apresentar sintomas de PSPT.
- 4) Na relação entre a PSPT e as variáveis sociodemográficas não se obtiveram diferenças significativas.
- 5) A relação entre a PSPT e a psicopatologia identificou relações fortes na psicopatologia prévia à missão ao nível da ansiedade, depressão e psicoticismo, relacionada com a intrusão e evitamento e em pós-missão todas as dimensões psicopatológicas têm uma relação forte com a PSPT.
- 6) Na relação entre a auto-estima e a PSPT, encontraram-se fortes relações em pré-missão, entre a negação e depreciação de si e as tensões emocionais com o evitamento, e em pós-missão, as relações são moderadas entre todas as dimensões da auto-estima, com uma diminuição geral da Estima de si nos militares com PSPT.
- 7) A relação entre ao *coping* e a PSPT, encontrou em pré-missão uma relação forte entre a aceitação e a conversão de valores e a reexperiência intrusiva e em pós-missão uma relação forte entre o retraimento social e comportamental e a focalização emocional, com todas as dimensões da PSPT.
- 8) A relação entre o suporte social e a PSPT, encontramos, em pré-missão, relações fortes, mas negativas (ausência), entre o evitamento e a satisfação com a família e amigos próximos e a satisfação com as pessoas de autoridade. Em pós-missão as relações entre o suporte social e a PSPT são inexistentes ou fracas.

- 9) Em relação aos preditores para o desenvolvimento de PSPT, foram encontrados marcadores psicológicos significativos em pós-missão, ao nível da ansiedade fóbica e ideação paranóide da psicopatologia, a expansão socio-normativa da auto-estima e a estratégia de coping de focalização emocional. No total do modelo explorado, estas variáveis explicam 60% da variância de sintomas de PSPT em pós-missão.
- 10) As principais motivações para os militares participarem nas missões são de carácter instrumental, valorização profissional e procura de novas experiências.
- 11) A maior parte dos militares não sentiram dificuldades de adaptação após o regresso das missões. Aquelas que referiram dificuldades, estas estão relacionadas com a adaptação à rotina normal, especificamente as relações com os amigos e familiares.
- 12) Na Tabela 39, pode observar-se a síntese de potenciais indicadores das variáveis psicológicas para o desenvolvimento da PSPT.

Tabela 39

Síntese de Indicadores das Variáveis Psicológicas no Desenvolvimento da PSPT

Variáveis Psicológicas	Factores protectores para o desenvolvimento da PSPT		Factores de risco para o desenvolvimento da PSPT	
	Pré-missão	Pós-missão	Pré-missão	Pós-missão
Psicopatologia (SCL-90-R)			- Ansiedade - Depressão - Hostilidade - Psicoticismo	- Somatizações - Obsessões e Compulsões - Ansiedade - Sensibilidade interpessoal - Depressão - Hostilidade - Ansiedade fóbica - Ideação paranóide - Psicoticismo
Auto-estima (SERTHUAL)			- Negação e depreciação si - Tensões emocionais - Hostilidade consigo próprio - Estima de si negativa - Estima de si geral negativa	- Ausência de auto-satisfação geral - Negação e depreciação si - Tensões relacionais - Perturbações anómicas - Tensões emocionais - Hostilidade consigo próprio - Estima de si negativa - Estima de si geral negativa

Variáveis Psicológicas	Factores protectores para o desenvolvimento da PSPT		Factores de risco para o desenvolvimento da PSPT	
	Pré-missão	Pós-missão	Pré-missão	Pós-missão
		- Distracção - Focalização cognitiva	- Focalização emocional - Conversão de valores - Alexitimia - Controlo cognitivo e planificação - Suporte social e emocional - Aceitação	- Conversão comportamental - Retraimento mental - Focalização emocional - Aditividade - Conversão de valores - Alexitimia
Suporte social (MDSS)	- Frequência com pares		- Ausência de satisfação com a família e amigos próximos - Ausência de satisfação com pessoas de autoridade	

Neste capítulo foram apresentados os resultados das análises estatísticas efectuadas ao nível da prevalência da PSPT em pré-missão e pós-missão e a relação entre a PSPT e as variáveis sociodemográficas e psicológicas, nomeadamente a sintomatologia psicopatológica a auto-estima, o *coping* e o suporte social, bem como a identificação de preditores psicológicos com influência no desenvolvimento da PSPT.

No capítulo seguinte iremos discutir e aprofundar estes resultados.

PARTE VI
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

Capítulo 6: Discussão dos resultados

Neste capítulo são discutidos os resultados obtidos, tentando interpretar e compreender o significado destes resultados, procurando integrá-los e relacioná-los com a revisão de literatura que serviu de referência, a sua importância para o conhecimento científico, bem como para a prática clínica, ao nível da caracterização da amostra e das variáveis sociodemográficas (gerais e da experiência militar), e das análises exploratórias efectuadas, nomeadamente a relação entre as variáveis em estudo, ao nível das associações entre a PSPT e as variáveis sociodemográficas e psicológicas, a comparação entre a pré-missão e a pós-missão (com e sem PSPT), e o modelo de regressão linear hierárquica, que identificou marcadores ou indicadores de variáveis predictoras para o desenvolvimento da PSPT.

O objectivo geral do presente estudo foi avaliar e analisar a prevalência da PSPT em militares portugueses participantes em Operações de Paz Internacionais, antes e depois das missões, considerando o tipo de missão, e a sua relação com a psicopatologia e com as variáveis psicológicas auto-estima, coping e suporte social.

Seguidamente são analisados e discutidos os objectivos propostos para o presente estudo e tentaremos validar as hipóteses de investigação formuladas. A discussão dos resultados será efectuada seguindo a ordem de apresentação dos mesmos.

6.1. Prevalência da PSPT em Pré-missão e em Pós-missão

Para respondermos a este objectivo utilizámos um dos instrumentos mais usados na avaliação do acontecimento traumático em militares (PCL-M), sendo preenchido apenas pelos militares que tinham vivenciado uma ou mais experiências traumáticas durante a vida militar, particularmente durante as missões de paz em que participaram.

Os acontecimentos traumáticos mais identificados pelos militares foram: presenciar ou ter conhecimento da morte de camaradas em missão relacionados com acidentes, ataques sucessivos de origem diversa (através de engenhos explosivos, fogo directo ou de sistemas de lançamento de armas de médio e longo alcance), ver e presenciar a morte de pessoas (militares e civis) em resultados de ataques, sentir momentos de tensão e a sua integridade física ameaçada em consequência das missões que desempenhavam e no contacto com forças hostis, doença ou morte de familiares e presenciar pessoas e crianças em pobreza extrema.

Foram encontrados 113 militares na pós-missão que referiram ter vivenciado pelo menos uma situação traumática, conforme atrás referidas, manifestando sintomas de PSPT

relacionados com as missões de paz. O estudo encontra uma prevalência geral de sintomatologia de PSPT de 22,5%, logo após o regresso das missões, no entanto, na avaliação efectuada antes das missões encontrou 8% dos militares com sintomas de PSPT.

De acordo com os critérios da DSM-IV-R para um provável diagnóstico de PSPT, os resultados obtidos em pós-missão referem-nos 3,6% (n=18) dos militares com diagnóstico de PSPT e 18,9% (n=95) com sintomas clinicamente significativos. Existindo uma percentagem prévia de 8% (n=40), a prevalência de PSPT, relacionada com as missões, objecto do presente estudo, foi apenas de 14,5% (n=73), sendo 3% (n=14) com diagnóstico provável de PSPT e 11,5% (n=59) com sintomas clinicamente significativos ou formas subclínicas da perturbação, como refere Schlenger et al. (1992), ou seja, com diagnóstico parcial, apresentando apenas 1 ou 2 dos 3 critérios para o diagnóstico total.

Assim, foram identificados sintomas prévios de PSPT, em pré-missão, sendo a maior parte relacionados com os militares que já haviam participado em missões anteriores. Por exemplo, no Iraque, nos Balcãs, no Afeganistão, ou em Timor. Os resultados vão ao encontro do estudo efectuado por Bertelsen (2009), em militares dinamarqueses, que identifica uma percentagem significativa de PSPT antes da missão.

Quando comparamos o nível de severidade, verificamos que os valores da PSPT são maiores em pós-missão, bem como nas dimensões evitamento e embotamento, e excitabilidade aumentada, embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, sugerindo que o aumento da PSPT não é devido à severidade dos sintomas, mas ao aumento de casos com sintomas de PSPT.

Os resultados são semelhantes e confirmam outros estudos internacionais: Richardson, Frueh e Acierno (2010); Garland e Gaskin (2010) encontram em conflitos recentes, nos militares americanos 4% a 17% de PSPT, e uma prevalência mais baixa (3% a 6%) em militares ingleses; Kang et. al (2003) apresentam uma prevalência geral de PSPT de 12,1%; Hoge, Auchterlonie e Milliken (2006) mostram no Afeganistão uma prevalência de 11,3% e em outros locais 8,5%; Tanielian & Jaycox (2008) encontram uma prevalência geral de 13,8%. No entanto, em relação às missões no Líbano, a prevalência em militares portugueses é mais baixa (2,8%), quando comparado com os estudos de Mehlum e Weisaeth (2002) que encontraram uma prevalência de PSPT de 5,2%. Em relação à missão em Timor os nossos resultados são semelhantes ao estudo de Ferrajão (2011) que encontrou uma prevalência de aproximadamente 3% de PSPT, em militares portugueses da GNR. No que se refere à missão do Afeganistão, os nossos resultados reforçam, em parte, o estudo de Maia e Osório (2012) em que encontram uma prevalência geral de PSPT de 11,5%, em militares portugueses. No

entanto a comparação com estes resultados deve verificar-se apenas na missão do Afeganistão e neste caso a nossa prevalência é maior.

O estudo, sendo longitudinal, permitiu identificar uma percentagem prévia de PSPT não relacionada com estas missões, ou seja, os 8% (n=40) dos militares que foram identificados com sintomas prévios de PSPT em pré-missão estavam relacionados com outras situações e com outras missões. Destes militares, quando voltaram a ser avaliados em pós-missão, metade (4%) não referiram sintomas de PSPT. O facto de 2,6% destes militares participarem em missões de baixo risco da ONU (UNIFIL e UNMIT) poderá justificar esta ausência de sintomatologia de PSPT, já não é tão compreensível que os 1,4% destes militares, que participaram nas missões de maior risco da NATO, também deixassem de referir sintomas de PSPT.

Estes resultados leva-nos a considerar, que os sintomas manifestados antes da missão eram subliminares e sem gravidade significativa, ou que algumas missões, para alguns militares, são reparadoras, pois alguns militares recuperam com as missões, podendo admitir-se a existência de um processo de crescimento pós-traumático, resultante de mudanças psicológicas positivas e superação pessoal que o militar experienciou através de um processo de confronto e vivência com o acontecimento traumático, como referem os estudos de Tedeschi e Calhoun (1996, 2004) e Tedeschi, Park e Calhoun (1997).

Estudos mais recentes (Jakovljevic et al., 2012), mostram a existência de factores de personalidade importantes que predizem o crescimento pós-traumático: a auto-estima, o optimismo, a avaliação da ameaça e as estratégias de *coping* mais adaptativas. Por outro lado, referem também, que a PSPT pode representar uma oportunidade para o crescimento psicológico devido à capacidade humana em se adaptar, apesar de ter que enfrentar adversidades e momentos difíceis como acontece com os militares nas missões de paz.

Por outro lado, outras investigações (Blanchard & Hickling, 1997) referem que esta situação de remissão de sintomatologia de PSPT não é rara, pois os indivíduos podem deixar de manifestar os sintomas, mas manter uma certa vulnerabilidade para posteriores problemas de saúde física e psicológica.

Tal como referido por vários investigadores (Nutt, Davidson, Zolar, 2000; Sadock & Sadock, 2003; Vaz Serra, 2003), deve evidenciar-se que a maior parte dos militares não desenvolveu sintomatologia de PSPT. No entanto, em alguns casos, poderá haver uma remissão ou diminuição dos sintomas até aos 3 meses, e em outros casos que não referiram manifestação de sintomas poderão surgir e necessitar de tratamento.

Em síntese: confirmou-se uma baixa prevalência de PSPT nos militares portugueses participantes em OP, para um diagnóstico provável de PSPT, e uma prevalência significativa de sintomatologia relacionada com a PSPT, sendo a percentagem geral de sintomas de PSPT semelhante a outros países. Ao aprofundarmos a expressão destes resultados, verificamos que a maior percentagem de casos com PSPT não foi relacionada com o combate, mas em funções de formação, assessoria e monitorização na missão da ISAF, o que parece estar relacionado com os níveis de ameaças e as variáveis de risco do contexto das missões e do TO.

A hipótese 1 de investigação em que se esperava encontrar sintomatologia de PSPT nos militares, antes e depois da missão, foi confirmada.

6.2. Comparar a PSPT entre a Pré-missão e a Pós-missão, por Tipo de Missão

Quando comparamos a sintomatologia de PSPT tendo em conta o tipo de missão, verificamos que antes das missões existem poucas diferenças de sintomatologia de PSPT entre os militares (KFOR=1,6%; ISAF=2%; UNIFIL=2% e UNMIT=2,4%). Por outro lado, depois das missões, a diferença é significativa com os militares das missões da NATO (KFOR=5,7% e ISAF=11,2%), a revelarem valores bastante superiores de sintomatologia de PSPT, quando comparado com os militares que participaram nas missões da ONU (UNIFIL=2,8% e UNMIT=2,8%).

Uma maior prevalência de PSPT encontrada nas missões da NATO (KFOR e ISAF), depois das missões, poderá ser compreendida pela avaliação das ameaças percepcionadas pelos militares nestas missões, onde existe na realidade um maior risco para os militares, e que vai de encontro à avaliação de maior risco e ameaças para estes TO quando comparados com as missões da ONU em que o risco e as ameaças são reduzidos.

Os estudos com militares de outros países também mostram uma maior prevalência de PSPT nas missões da NATO, nomeadamente no Afeganistão (Booth-Kewley, Larson, Highfill-McRoy, Garland e Gaskin (2010) quando comparado com as missões da ONU (Dirkzwager, Bramsen & Van der Ploeg, 2005).

A hipótese 2 de investigação em que se esperava encontrar diferenças de sintomatologia de PSPT ao nível da tipologia de missão foi confirmada.

6.3. Relação das Variáveis Sociodemográficas com a PSPT em Pós-missão

Em relação às variáveis sociodemográficas de âmbito geral, verificou-se que a maior parte dos militares são do género masculino; apesar de existirem mulheres, estas não desempenham funções operacionais, pois geralmente têm funções de apoio logístico-administrativo às missões. A média de idades é abaixo dos 30 anos, evidenciando o elevado número de militares jovens e pertencendo à categoria de praças (funções executivas), na situação de contratados e com poucos anos de permanência na Instituição. O factor idade pode influenciar a forma como os militares lidam com as situações potencialmente traumáticas. Estudos de Diehl, Coyle e Labouvie-Vief (1996); Whitty (2003) referem que as pessoas mais jovens apresentam maior imaturidade na elaboração das estratégias de *coping*, menos controlo de impulsos e tendência para avaliar negativamente as situações de conflito. Por outro lado o nível de habilitações literárias mais representativo encontra-se entre o 10º e 12º ano, o que poderá ser um factor positivo.

Em relação às variáveis relacionadas com a experiência militar, a maior parte dos militares pertence ao Exército (em missões no Líbano e no Kosovo) com expressão mais significativa de militares na situação de contratados e com menos de 10 anos na Instituição Militar, seguindo-se os militares da GNR (Timor), estes, em situação de carreira. Enquanto a missão do Afeganistão incluiu militares do Exército (o mais representativo), Marinha, Força Aérea e GNR, em missões mais técnicas e específicas de monitoramento e formação, com a maioria dos militares a pertencerem aos quadros permanentes e de carreira (Oficiais e Sargentos), com mais tempo de Instituição e com experiência de anteriores missões, o que significa uma preocupação das chefias na selecção e integração dos militares sem experiência, com outros mais experientes e que já tinham participado em missões anteriores, o que poderá favorecer uma melhor integração e enquadramento no contexto das missões, podendo este facto, diminuir potenciais riscos e aumentar os factores protectores facilitando uma melhor adaptação, quer individualmente, quer sobretudo para o contingente geral.

No nosso estudo não encontramos diferenças estatisticamente significativas ao nível das diferenças entre as variáveis sociodemográficas e a PSPT, no entanto, verificaram-se algumas diferenças de médias.

Os militares com idades compreendidas entre os 36 e 40 anos apresentam valores médios inferiores aos militares de outros escalões etários, sendo o escalão até aos 25 anos de idade aqueles que apresentam valores de PSPT mais elevados. Estes resultados reforçam o estudo de Bertelsen (2009) que identifica o grupo de militares mais jovens com maior

vulnerabilidade (os jovens estão mais expostos), bem como o estudo de Resick (2000) que refere os militares mais velhos com menos sintomatologia de PSPT do que os mais jovens.

Ao nível das habilitações literárias, observa-se que os militares com habilitações mais baixas (7º a 9º ano) apresentam valores de PSPT mais elevados, e aqueles entre o 10º e o 12º ano com valores de PSPT mais baixos. A literatura reforça estes resultados sobre os militares mais jovens e acrescenta que quanto mais baixo o nível de escolaridade, maior predisposição e risco mais elevado de desenvolverem PSPT (McNally, Bryant e Ehlers, 2003). O maior nível de habilitações pode significar também que os militares possuem recursos que lhes permitam um maior conhecimento das suas reacções e utilização mais diversificada e adequada das estratégias de *coping* para enfrentarem ou lidarem com as situações.

Verificamos também que os militares casados apresentam valores médios de PSPT inferiores aos solteiros. Os resultados do nosso estudo vão de encontro a outros estudos que referem as habilitações literárias e o estado civil como estando relacionados com a PSPT (Booth-Kewley, Larson, Highfill-McRoy, Garland e Gaskin, 2010).

Em relação aos postos ou categorias, os Sargentos apresentam valores médios mais baixos de PSPT e os Oficiais valores mais elevados. O estudo de Greenberg, Iversen, Hull, Bland e Wessely (2008) não confirma os nossos resultados, pois refere que os Oficiais foram os menos afectados, no entanto reforça os resultados em relação ao estado civil, ao referir que os militares casados foram também os menos afectados pela PSPT.

Verificou-se também que os militares de carreira, pertencendo aos quadros permanentes e com mais tempo de Instituição (mais do que 11 anos) apresentaram valores médios de PSPT inferiores aos militares na situação de contratados e com menos tempo de Instituição militar (menos de 10 anos). Estes resultados confirmam e complementam o que anteriormente foi referido relativamente aos militares mais jovens e com menos experiência na Instituição militar, sendo que a antiguidade e experiência nas missões é considerado um importante factor protector.

Em relação à experiência nas missões, os militares que participaram pela primeira vez nas missões apresentaram valores mais elevados do que aqueles que já tinham participado em missões anteriores. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Daskalov, Marinov e Stantchev (2007), mostrando que a experiência em missões anteriores pode ser um factor protector para o desenvolvimento da PSPT.

Ao nível das especialidades, os militares da especialidade de atirador apresentaram valores médios de PSPT superiores aos das outras especialidades. Na literatura não encontramos referências específicas às especialidades ou funções desempenhadas pelos

militares, no entanto a diferença encontrada poderá estar relacionada, com uma maior exposição no TO, o que vai de encontro a outros estudos que referem a exposição ao acontecimento como um factor de risco aumentado para o desenvolvimento da PSPT (Bramsen, et al., 2000; Kulka, et al.; Litz, et al., 1997; MacFarlane & Girolano, 1996; O'Brien, 1994).

A hipótese 3 em que se esperava encontrar relações entre as variáveis sociodemográficas e a PSPT não se confirmou.

6.4. Relação entre a PSPT e a Psicopatologia

Para validar este objectivo foi efectuada uma análise correlacional entre a PCL-M e a SCL-90-R (psicopatologia) para analisar a relação com a PSPT. Foi também efectuada uma análise da regressão linear hierárquica para avaliar o efeito da psicopatologia na variância de PSPT, bem como uma análise comparativa para identificar as diferenças entre a pré-missão e a pós-missão, com PSPT e sem PSPT.

Foi identificada psicopatologia prévia à missão relativa à ansiedade, depressão, hostilidade e psicoticismo, associados às dimensões reexperienciação intrusiva e ao evitamento e embotamento da PSPT, sugerindo alguma tensão e nervosismo, apreensão e medo, e também sentimentos de desesperança e perda de interesse pelos acontecimentos de vida, com falta de motivação e tendência para o isolamento, podendo reflectir pensamentos, sentimentos e estados mais agressivos como irritabilidade e impulsividade e outras alterações de temperamento. Estes resultados confirmam os estudos de Blanchard e Hickling (1997) e de Ehlers, Mayou e Bryant (1998) que referem como factores de risco pré-traumático a existência de perturbações psiquiátricas prévias nomeadamente a ansiedade e a depressão. Também os estudos de Brewin, Andrews e Valentine (2000), em relação à psicopatologia e vivências de adversidades prévias à missão, mostram que estas variáveis estão mais frequentemente associadas ao desenvolvimento de PAS e PSPT.

Na pós-missão os militares mantiveram estes sintomas desajustados (sintomas normais relacionados com a PSPT identificados na pesquisa científica) e desenvolveram outros sintomas e queixas somáticas (dor ou desconforto muscular, dores de cabeça e nas costas) e comportamentos mais hipervigilantes de respostas de medo persistente, irracional e desproporcionado que pode levar a comportamentos de hostilidade, de evitação e de desconfiança. Estes resultados vão de encontro aos estudos de MacFarlane e Papay (1992); Yehuda e Wong (2002); Roestel e Kersting (2008), em que encontram vários sintomas de desajustamento emocional e perturbações várias associadas a manifestações de PSPT. Hull et

al. (2009) também referem nos militares ingleses comorbilidade entre a PSPT e outras perturbações, nomeadamente: abuso de álcool, depressão, somatização, perturbações de pânico e perturbações neuróticas.

Verifica-se que não foi encontrada psicopatologia prévia associada à dimensão excitabilidade aumentada da PSPT, confirmando a nossa análise comparativa em que encontra uma maior frequência de sintomas intrusivos na pré-missão e de sintomas de excitabilidade aumentada na pós-missão.

Assim, ao nível da relação ou associação entre a PSPT e a psicopatologia ou sintomatologia de desajustamento emocional, os resultados apresentam uma associação forte entre a PSPT e todas as dimensões da psicopatologia, o que vai ao encontro de vários estudos que referem uma elevada comorbilidade (Kulka et. al, 1990; Friedman e Yehuda, 1995; McNally, 2003; Spitzer, 2007; McHugh, 2007; Elhai, 2008; Rosen, 2008). Também Sadock e Sadock (2003), referem factores de mau prognóstico relacionado com a comorbilidade, nomeadamente: somatização, evitamento, dificuldades de relacionamento interpessoal e excesso de álcool, e que predispõem à cronicidade e evolução da PSPT.

Os resultados do presente estudo revelaram uma sintomatologia prévia significativa de PSPT (reexperienciação intrusiva e evitamento e embotamento) associada à psicopatologia (ansiedade, depressão, hostilidade e psicoticismo), evidenciando a existência de factores prévios de risco para o desenvolvimento da perturbação e da psicopatologia.

Foi também efectuada uma análise do modelo de regressão linear hierárquica, verificando-se que a psicopatologia explica 60% de variância da PSPT, ou seja, mais de metade da variância é explicada pelas dimensões de desajustamento emocional da variável psicopatológica confirmando uma elevada comorbilidade com a PSPT e um significativo factor e preditor de risco para o desenvolvimento da PSPT.

Ao nível da diferença de médias entre a pré-missão e a pós-missão, mostra os militares com PSPT a apresentaram valores médios significativamente mais elevados em pós-missão, em todas as dimensões da variável psicopatológica, ou seja, nos sintomas de desajustamento emocional, quer na amostra geral ou na subamostra clínica, verificando-se ainda que a dimensão que apresenta a diferença mais significativa é a hostilidade. Por outro lado, observa-se que os valores mais elevados são encontrados ao nível da depressão e somatização, quer em pré-missão ou pós-missão. Nos militares sem PSPT não existem diferenças significativas entre a pré-missão e a pós-missão.

Os resultados demonstram que o impacto dos acontecimentos traumáticos vivenciados pelos militares está relacionado com um aumento da psicopatologia nos militares com PSPT,

confirmando os estudos de Di Nicola e colaboradores (2007) que encontraram em militares italianos em missão no Afeganistão valores mais elevados de ansiedade, depressão e PSPT quando comparados com militares não deslocados. No estudo de Paiva et. al (1997), em militares portugueses, também foram verificados valores superiores na hostilidade e ideação paranóide, antes e depois das missões.

Em síntese: confirma-se a existência de uma relação forte e uma elevada comorbilidade entre a PSPT e a psicopatologia ou sintomas de desajustamento emocional. Verificaram-se também diferenças significativas em todas as dimensões da psicopatologia, com os militares com PSPT a apresentarem valores mais elevados que os militares sem PSPT, em pós-missão, evidenciando a relação significativa entre a psicopatologia e a PSPT.

A hipótese 4 em que se esperava encontrar relações entre a psicopatologia e a PSPT, antes e depois da missão foi confirmada.

6.5. Relação entre a PSPT e a Auto-estima

Para validar este objectivo foi efectuada uma análise correlacional entre a PCL-M e a SERTHUAL para analisar a relação da auto-estima com a PSPT. Foi também efectuada uma análise comparativa para identificar as diferenças entre a pré-missão e a pós-missão, com PSPT e sem PSPT.

Em pré-missão, encontrámos uma relação forte entre a negação e depreciação de si, e as tensões emocionais com impacto na estima de si negativa, com a dimensão evitamento e embotamento da PSPT, evidenciando sentimentos negativos, alguma apatia e desvalorização e pouca confiança em relação a si, desligamento dos outros e dificuldades em enfrentar os acontecimentos. Os militares podem sentir nervosismo e tensão, excitabilidade e algumas dificuldades em controlar as suas emoções ao nível da impulsividade e agressividade, levando a comportamentos de evitação em relação a outras pessoas e a certos lugares ou situações. De referir, que o impacto da forte relação entre as tensões emocionais e a PSPT, reforça o sentimento de nervosismo e tensão e a dificuldade de controlo de comportamentos agressivos e impulsivos prévios à missão. Esta dimensão da auto-estima poderá ser um potencial indicador de risco para a pós-missão.

Em pós-missão, na generalidade, a relação entre a auto-estima e a PSPT é fraca a moderada, evidenciando uma diminuição geral da auto-estima nos militares com PSPT. As relações moderadas mais significativas estão relacionadas com as dimensões negativas da

auto-estima (negação e depreciação de si, tensões relacionais e emocionais, e hostilidade consigo próprio), com relação directa na estima de si negativa e na estima de si geral.

Observa-se ainda que se mantém a relação entre as tensões emocionais e a negação e depreciação de si com a PSPT (o encontro entre o imaginário e o real), mas uma relação menos intensa, surgindo relações significativas ao nível das tensões relacionais e hostilidade consigo próprio, que embora moderadas, sugerem a percepção de insegurança em relação a si, com receio de falhar e colocar em causa os camaradas, gerando-se a percepção de que os outros podem não confiar em si. A dificuldade para gerir os conflitos internos e de enfrentar situações difíceis podem levar a uma tendência para o afastamento e isolamento do grupo. Estes comportamentos dos militares com PSPT têm uma relação significativa e negativa na auto-estima geral.

Estes resultados são confirmados por Peixoto (2003) em que refere que uma auto-estima baixa associa-se a uma menor eficácia para responder às solicitações do meio, incapacidade, isolamento social e uma perspectiva pessimista de futuro. Também Agabi e Wilson (2005) se referem aos efeitos menos protectores de sentimentos relacionados com uma menor autoconfiança e auto-eficácia para enfrentar os problemas, bem como os estudos de Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003); McNally, Bryant & Ehlers (2003) ao identificarem que os mais fortes preditores para a PSPT são as respostas emocionais negativas, vivenciadas no momento e imediatamente após a experiência traumática.

Por outro lado, as sensações de ficarem distanciados de si mesmo ou terem a percepção de que o que está a acontecer não é real ou mesmo uma sensação de futuro incerto evidenciados após o acontecimento traumático, poderão estar relacionadas com a dissociação peri-traumática que tem sido apontada como tendo uma relação preditora e fortemente associada ao surgimento de PSPT (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Também Resick (2000) mostra que a exposição a acontecimentos traumáticos afecta o funcionamento interpessoal, a capacidade de criar e manter relações de amizade, a relação consigo próprio ao nível da auto-estima e autoconfiança, e sentimentos de insegurança.

Na diferença de médias entre a pré-missão e a pós-missão, na amostra geral, os militares com PSPT apresentam valores médios superiores em pós-missão em todas as dimensões, à excepção da estima de si geral (valores mais baixos), sendo as diferenças significativas, ao nível da negação e depreciação de si, tensões relacionais, perturbações anómicas, tensões emocionais e hostilidade consigo próprio (todas as dimensões negativas da auto-estima), com influência na estima de si negativa, e na estima de si geral. A dimensão com maior diferença significativa verificou-se nas tensões relacionais.

Os resultados evidenciam o impacto das dimensões negativas da auto-estima para os militares com PSPT, que se percebem como tendo pouca esperança e confiança em relação a si próprios e na ajuda que podem receber dos outros para enfrentar os acontecimentos. Estes sentimentos podem levar os militares a ficarem inseguros, com alguma passividade e até falta de energia, revelando receio de falhar, uma percepção de falta de confiança, insegurança e de autocontrolo, com alterações emocionais, normalmente ligadas ao nervosismo e tensão e à incapacidade de enfrentar situações difíceis e resolver alguns conflitos internos, bem como dificuldades na relação com os outros.

Nos militares sem PSPT não foram encontradas diferenças significativas em pré-missão e pós-missão.

Quando analisamos a subamostra clínica em pré-missão, verificam-se também diferenças estatisticamente significativas ao nível de algumas das dimensões da auto-estima, nomeadamente ao nível da negação e depreciação de si, tensões emocionais e hostilidade consigo próprio com influência na estima de si negativa, e na estima de si geral (valores mais baixos), apresentando valores mais elevados nos militares com PSPT nestas dimensões.

Na pós-missão, verificaram-se diferenças significativas em todas as dimensões negativas da auto-estima, ou seja, para além de se manterem a negação e depreciação de si, as tensões emocionais e a hostilidade consigo próprio, observam-se também diferenças significativas ao nível das tensões relacionais e das perturbações anómicas, com influência na estima de si negativa e na estima de si geral (valores mais baixos), em que as diferenças de médias também aumentaram, apresentando valores mais elevados nos militares com PSPT. Por outro lado, observam-se diferenças significativas ao nível da auto-satisfação geral com os militares sem PSPT a apresentarem valores mais elevados. Os resultados acentuam as dimensões negativas da auto-estima, confirmando que, na generalidade, os militares com PSPT têm uma percepção e avaliação de si própria mais negativa, percebendo-se como tendo menos capacidades que os militares sem PSPT. Por outro lado, observa-se que os militares sem PSPT têm uma auto-satisfação geral mais elevada.

Os resultados vão de encontro aos estudos de Turner e Roszell (1994, citados por Vaz Serra, 2007), que referem que as pessoas com uma auto-estima mais elevada sentirão menos tensões, frustrações e nervosismo, enfrentam melhor as implicações negativas que possam ocorrer com os acontecimentos potencialmente traumáticos e têm também um menor risco de desenvolver sintomas de ansiedade e depressão e uma melhor saúde e qualidade de vida. Pelo contrário, quando a auto-estima é baixa, a pessoa tem maior dificuldade em lidar com os acontecimentos, mostra-se perturbada, adopta uma atitude passiva perante a vida e quando se

compara com os outros sente-se inferior e quando se depara com um acontecimento ou situações adversas tem maior risco de desenvolver um quadro depressivo (Vaz Serra, 2007).

Vaz Serra (2003) refere que a ocorrência de um acontecimento traumático modifica a concepção e a compreensão que o individuo tem do mundo à sua volta e fá-la sentir mais vulnerável e com falta de controlo sobre as situações, diminuindo a auto-estima.

Em síntese: existe uma relação forte em pré-missão entre a PSPT e a negação e depreciação de si e as tensões emocionais com impacto na estima de si negativa, relação que diminuiu significativamente em pós-missão, surgindo outras dimensões negativas da auto-estima (tensões relacionais e hostilidade consigo próprio) que, apesar de terem uma relação moderada com a PSPT, influenciam a estima de si geral. Os militares com PSPT evidenciam uma auto-estima mais baixa e uma relação significativa com as emoções negativas. Esta relação é também confirmada nas diferenças significativas encontradas nas dimensões negativas, com os valores mais elevados nos militares com PSPT, em pós-missão. Por outro lado verifica-se que a auto-estima de si geral e a auto-satisfação geral é mais elevada nos militares sem PSPT.

Confirmaram-se também relações moderadas entre a PSPT e as dimensões negativas da auto-estima (negação e depreciação de si, tensões relacionais, tensões emocionais e hostilidade consigo próprio) e diferenças significativas encontradas nas dimensões negativas, com os militares com PSPT, em pós-missão, a apresentarem valores mais altos, e valores mais baixos na auto-satisfação geral e na auto-estima de si geral.

A hipótese 5 em que se esperava encontrar relações entre a auto-estima e a PSPT, antes e depois da missão foi confirmada.

6.6. Relação entre a PSPT e o *Coping*

Para validar este objectivo foi efectuada uma análise correlacional entre a PCL-M e a ETC para analisar a relação com a PSPT. Foi também efectuada uma análise comparativa para identificar as diferenças entre a pré-missão e a pós-missão, com PSPT e sem PSPT.

Na pré-missão, encontrámos relações fortes entre a reexperienciação intrusiva da PSPT e as dimensões do *coping* de aceitação e conversão de valores, mostrando que os militares têm a consciência de que a ida para a missão implica uma mudança a nível de comportamentos e aceitação de vivências e problemas de qualquer natureza, ou seja, sentem que terão que adoptar uma nova filosofia de vida.

Por outro lado, a relação forte entre a dimensão evitamento e embotamento da PSPT com o retraimento mental, focalização emocional e conversão de valores, com impacto no *coping* negativo e o recurso à utilização de estratégias menos adaptativas, mostram sentimentos divergentes: por um lado, utilizam estratégias que os levam a evitar pensar nos problemas e dificuldades que irão encontrar no TO, por outro lado, podem ter alguma dificuldade em distinguir o imaginário da realidade do que irão encontrar no terreno. Estes sentimentos emocionais podem provocar alterações nos militares deixando-os mais irritados e até agressivos nas relações com os outros, sobretudo pela percepção que têm de poderem vir a ter dificuldades de adaptação. Estas estratégias utilizadas de retraimento e conversão têm uma forte relação e influenciam o *coping* negativo, evidenciando que os militares com PSPT utilizam estratégias mais defensivas e menos adaptativas.

Os resultados vão de encontro aos estudos de Skinner e Edge (1998) que refere a dificuldade de adaptação quando a pessoa sente que não tem capacidades para lidar com as situações que enfrenta, reflectindo muitas vezes a dificuldade de se relacionar consigo próprio, com os outros e com o meio.

Existe ainda uma forte relação, mas negativa, entre a dimensão excitabilidade aumentada da PSPT e as dimensões regulação das actividades, focalização cognitiva, suporte social informativo, aceitação, controlo cognitivo e planificação, com influência no *coping* positivo, sugerindo a ausência de estratégias mais adaptativas, nomeadamente ao nível da focalização, suporte social e controlo, dificuldade cognitiva de analisar as situações, necessidade de ter acesso a informação para melhor compreender a envolvimento da missão, definição de objectivos, fazer planos, elaborar o problema com alguma lógica. Esta relação forte sugere que a ausência destas estratégias pode tornar o militar mais excitável (mais tenso e nervoso). De referir que existem três estratégias de *coping* com relação forte com a PSPT, o retraimento mental, a focalização emocional e a conversão de valores, que podem ser indicadores preditivos para o desenvolvimento de PSPT em pós-missão.

Na pós-missão, encontrámos relações fortes ao nível do retraimento social e comportamental e focalização emocional com todas as dimensões da PSPT, mostrando uma tendência para a ruptura das interacções sociais, o isolamento e afastamento das outras pessoas, ou para a dificuldade de expressar ou controlar as emoções, o que pode levar os militares a isolarem-se e manifestarem comportamentos de evitamento e embotamento afectivo, irritabilidade ou agressividade nas relações com os outros.

Os resultados confirmam os estudos de Johnsen, Eid, Laberg e Thayer (2002); Hoge, Austin e Pollack (2007), em que referem as estratégias de *coping* de evitação associadas a

níveis mais altos e a uma maior gravidade dos sintomas de PSPT, e em estudos longitudinais, o estilo evitativo está relacionado com o aumento do uso de álcool e a um menor bem-estar dos militares. No estudo de Van der Kolk (2000) a sintomatologia de PSPT mais dominante está relacionada com o evitamento. Por outro lado, Solomon, Avitzur e Mikulincer (1990), verificaram que a utilização de estratégias focalizadas na emoção estão geralmente relacionadas com a presença de sintomas psiquiátricos e os seus efeitos tem consequências negativas na saúde mental.

Ao nível da conversão de valores, a relação com a PSPT é fraca, sugerindo uma boa capacidade de adaptação a uma outra filosofia de vida, durante a missão, não se confirmando como indicador de risco em pré-missão. Verificaram-se ainda algumas relações moderadas entre a PSPT e as estratégias de conversão comportamental, retraimento mental, denegação, aditividade e alexitimia, evidenciando a existência de mudanças comportamentais nos militares, a tentativa de esquecer e não pensar nos problemas que encontram, comportamentos defensivos de compensação (abuso no tabaco, álcool ou outras drogas), e a dificuldade em descrever e expressar as suas emoções e sentimentos.

A relação entre a PSPT e as estratégias de *coping* estão significativamente relacionadas com o *coping* negativo, sugerindo estar mais ligadas a mecanismos de defesa que podem implicar uma ruptura com a situação potencialmente traumática (não reconhecer o acontecimento ou situação como traumática), levando o militar a um retraimento sobre si próprio e recusa na interação social, o que pode dificultar uma adaptação positiva à situação, ou por outro lado uma estratégia positiva de defesa por considerar haver risco na interação com pessoas desconhecidas e que podem ser uma ameaça. Os estudos de Tap, Costa e Alves (2005), mostram que estas estratégias de evitamento se foram utilizadas a curto prazo, podem ter sido úteis na medida em que mantiveram a pessoa afastada da situação adversa e causadora de elevada angústia. Por outro lado, Dirkzwager, Bramsen e Van der Ploeg (2003) demonstram que a utilização inadequada de estratégias de coping estava positivamente associada a maiores dificuldades de adaptação.

Quer em relação às respostas relacionadas com as dimensões negativas da auto-estima (negação e depreciação de si, e as tensões emocionais) com impacto na estima de si negativa ou das estratégias menos adaptativas (retraimento social e comportamental e focalização emocional) com forte relação com a PSPT, são confirmadas com os estudos de MacNally, Bryant e Ehlers (2003) ao referirem que a elevada percepção de ameaça e perigo pode levar uma pessoa a uma avaliação excessivamente negativa das consequências do confronto com o acontecimento traumático e nesse sentido pode evidenciar uma maior severidade dos sintomas

de PSPT. Outros autores referem respostas emocionais negativas no momento ou após a experiência traumática e que, estas respostas têm tendência para manter o problema (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003)

Também Riggs e Foa (2004) referem que é comum, após a vivência de um acontecimento traumático, ocorrerem sintomas típicos relacionados com medo e ansiedade, comportamentos de evitamento, anestesia emocional, sentimentos de culpabilidade, depressão, alterações da imagem de si próprio e do mundo, relações interpessoais comprometidas e abuso de álcool ou outras substâncias.

Na amostra geral, verificaram-se apenas diferenças de médias significativas, entre a pré-missão e a pós-missão, ao nível da estratégia de conversão de valores, com os militares com PSPT em pós-missão a apresentarem valores superiores, sugerindo alterações já efectuadas na sua filosofia de vida. Enquanto nos militares sem PSPT encontram-se diferenças significativas na cooperação, distração, retraimento mental, aceitação, focalização emocional, suporte social emocional e alexitimia, com influência no *coping* positivo, com os militares em pré-missão a apresentarem valores mais elevados do que em pós-missão.

Os resultados evidenciam, por um lado uma melhor aceitação e forma de lidar e resolver os problemas, através duma procura activa e de um trabalho conjunto com os outros, por outro lado, revelam sinais de irritação e agressividade nas suas relações com os outros camaradas, mostrando dificuldades em expressar ou controlar as suas emoções e sentimentos, e com necessidades afectivas de serem ouvidos e reconhecidos. Verifica-se, no entanto, que os militares sem PSPT, em pré-missão, utilizam mais estratégias de *coping* e mais variadas no sentido de se prepararem, de uma forma mais adaptativa, para enfrentarem as situações difíceis que irão encontrar durante a missão. Estes resultados confirmam os estudos de Lazarus e Folkman (1984), evidenciando os esforços comportamentais e cognitivos em acção, avaliando os recursos internos e externos, na sua relação com o ambiente, no sentido de lidarem com as exigências da missão.

Quando analisamos a subamostra clínica, os militares em pré-missão, com PSPT, apresentam, na generalidade, valores mais elevados do que os militares sem PSPT, mas apenas com diferenças significativas ao nível da alexitimia, significando a dificuldade prévia, antes de partirem para a missão, de descrever e gerir algumas emoções e sentimentos.

Na pós-missão mantiveram-se as diferenças significativas ao nível da estratégia de conversão de valores e verificaram-se também diferenças significativas ao nível de várias outras estratégias, nomeadamente: cooperação, retraimento social e comportamental, conversão comportamental, distração, focalização cognitiva, retraimento mental, controlo

cognitivo e planificação, focalização emocional, suporte social emocional, aditividade e alexitimia, significando que foram mobilizados, pelos militares, os vários tipos de estratégias no confronto com as situações difíceis; ao nível da acção (cooperação, retraimento social e comportamental e conversão comportamental), da informação (focalização cognitiva, retraimento mental e controlo cognitivo e planificação) ou relacionados com as emoções (focalização emocional, suporte social emocional, aditividade, conversão de valores e alexitimia), com os militares com PSPT a apresentarem valores mais elevados em todas as dimensões, com excepção para a estratégia de focalização activa (valores mais altos nos militares sem PSPT).

Assim, foram utilizadas estratégias de retraimento (social, comportamental e mental e aditividade), significando uma ruptura com as interacções sociais e uma tendência para se isolar do mundo exterior, levando a um afastamento das pessoas, podendo ocorrer a adopção de comportamentos defensivos de compensação (ingestão de substâncias - álcool ou tabaco), ou ainda uma tentativa de recusa em pensar no problema e refugiar-se no sonho ou imaginário. Estratégias de conversão (comportamental e de valores), no sentido de uma mudança de comportamentos em relação ao problema. Estratégias de recusa (distracção e alexitimia), mostrando uma dificuldade em perceber e aceitar a realidade da situação que encontraram, tentam esquecer que o problema existe, ou sentem dificuldades em gerir e descrever as suas próprias emoções e sentimentos. E, estratégias de focalização emocional, o que poderá evidenciar um esforço para controlarem ou regularem as suas emoções.

Num estudo efectuado por Anunciação (2010) sobre a relação entre as estratégias de *coping* e PSPT, com antigos combatentes da guerra do Ultramar, mostra que os combatentes com PSPT recorrem menos a estratégias de *coping* de resolução de problemas e manifestam mais sintomatologia como ansiedade, hostilidade, psicoticismo, quando comparados com combatentes sem PSPT. Lazarus e Folkman (1984) referem que quando as situações vivenciadas são avaliadas como sendo susceptíveis de mudança, normalmente utilizam-se estratégias de coping focadas no problema, mas se a situação é avaliada como sendo difícil de mudar, então a tendência é utilizar estratégias de coping centradas na emoção.

Em pré-missão, as estratégias menos utilizadas foram a focalização emocional e o retraimento social e comportamental (apresentam valores baixos) e que as diferenças significativas encontradas na pós-missão (valores mantem-se baixos) mostram que as diferenças surgem mais devido à intensidade e menos da frequência, ou seja, este tipo de estratégias podem ter sido utilizadas poucas vezes, mas são vivenciadas de uma forma mais intensa. Por outro lado, a estratégia mais utilizada (valores mais elevados) em pré-missão e

pós-missão, com e sem PSPT, foi a focalização activa, o que significa que a sintomatologia de PSPT não influencia esta estratégia de *coping*, pois os militares no TO, com ou sem PSPT, utilizam predominantemente mais estratégias activas ou de acção para resolver os problemas e enfrentar as situações difíceis.

O controlo cognitivo e planificação foi a segunda estratégia mais utilizada na pós-missão, para os militares com e sem PSPT, confirmando uma maior frequência para estabelecerem planos e objectivos (os militares, por norma, seguem planos de operações com objectivos muito concretos). Por outro lado, as diferenças mais significativas são ao nível das estratégias de focalização emocional e conversão pelos valores, mostrando o impacto das emoções e da alteração da filosofia de vida, nos militares com PSPT, sendo estas estratégias as que mais contribuíram para a sintomatologia de PSPT.

Os resultados mostram que em pré-missão as estratégias de retraimento e conversão têm uma forte relação com a PSPT, e na pós-missão mostram relações fortes ao nível das estratégias de retraimento social e comportamental e focalização emocional. Estas estratégias com influência no *coping* negativo mostram que os militares com PSPT utilizam estratégias mais defensivas e menos adaptativas, ou seja, mais centradas nas emoções e comportamentos de evitação, cujo objectivo é reduzir os níveis de ansiedade que estão associados aos acontecimentos potencialmente geradores de tensão. Estes resultados confirmam a maior parte dos estudos (Solomon, Mikulinder, & Flun, 1988; Fairbank, Hansen, & Fitterling, 1991; Zeidner & Bem-Zuar, 1994; Sutker, Davis, Uddo & Ditta, 1995; Sharkansky, King, King, & Wolfe, 2000), que referem as estratégias mais evitativas e centradas nas emoções estarem significativamente associadas a mais sintomas de PSPT.

Por outro lado, os militares com PSPT, em pós-missão, apresentam valores mais elevados em vários tipos de estratégias e estratégias mais activas no confronto com as situações difíceis;

Assim, confirma-se uma relação forte entre a PSPT e as estratégias de retraimento social e comportamental (tendência para o isolamento e ruptura social) e focalização emocional do *coping*, estratégias também mais referidas na literatura científica como estando relacionadas com a PSPT. Encontramos também diferenças, em pós-missão, em várias estratégias utilizadas ao nível da acção, comportamentais e afectivas, com os militares com PSPT a apresentarem valores mais elevados, ou seja, utilizam mais estratégias e mais variadas para lidar com as situações difíceis.

É importante referir recorrendo ao modelo apresentado por Lazarus e Folkman (1984) que o *coping* é entendido como um processo transaccional e em constante mutação de acordo

com as características da pessoa e da situação ou contexto do momento e que são normalmente utilizadas quer estratégias focadas no problema quer focadas nas emoções, pelo que pensamos não ser adequado considerar as estratégias mais ou menos adaptativas, principalmente no contexto das missões em que os militares estão expostos permanentemente a diversos acontecimentos e situações adversas. Por outro lado Aldwin e Yancura (2004) também referem que as estratégias de coping são eficazes quando conduzem a uma adequada adaptação da pessoa à situação adversa e como tal, uma estratégia pode ser adaptativa numa situação e não o ser noutro tipo de situação.

Em síntese: os resultados demonstram que, apesar das características específicas do enquadramento típico das missões, da experiência profissional, da preparação durante a fase de aprontamento, alguns militares tem dificuldades de se adaptar ao contexto da missão e às situações potencialmente traumáticas. É necessário ter em consideração características de personalidade e capacidade de adaptação ao ambiente adverso. A resposta a acontecimentos traumáticos tem em conta diversos factores que é necessário ter em conta para prevenir respostas desadaptadas.

A hipótese 6 em que se esperava encontrar relações entre o *coping* e a PSPT, antes e depois da missão foi confirmada.

6.7. Relação entre a PSPT e o Suporte Social

Para validar este objectivo foi efectuada uma análise correlacional entre a PCL-M e a MDSS para analisar a relação com a PSPT. Foi também efectuada uma análise comparativa para identificar as diferenças entre a pré-missão e a pós-missão, com PSPT e sem PSPT.

Na pré-missão, encontrámos relações fortes, mas negativas, entre a dimensão evitamento e embotamento da PSPT e as dimensões, satisfação com a família e amigos próximos e a satisfação com as pessoas de autoridade, o que pode significar que mesmo antes de partirem para a missão já é sentida a ausência e afastamento da família e amigos próximos. Quanto à satisfação com as pessoas de autoridade, referindo-se concretamente às chefias, é percebida como ainda estando ausente, ou pouco consistente, atendendo a que a maior parte dos militares encontram-se numa fase de aprontamento, não existindo ainda tempo suficiente para se conhecerem melhor e estabelecerem uma relação de confiança e segurança na hierarquia e nas chefias, quer ao nível da frequência, quer da satisfação do apoio social que efectivamente podem receber.

Na pós-missão, existem poucas relações entre a PSPT e o suporte social, e as existentes são fracas. A ausência de relações significativas evidencia que o suporte social teve pouca influência no desenvolvimento da PSPT. Por outro lado, a ausência de relações significativas sugere-nos que o apoio social durante a missão foi efectivo, através das capacidades e recursos individuais dos próprios militares, da instrução e preparação recebida na fase de aprontamento, das chefias, do apoio dos camaradas ou dos meios de comunicação e redes sociais colocados à disposição dos militares, incluindo uma linha telefónica de apoio permanente ou o skype, que facilitam o contacto permanente com os familiares e amigos, diminuindo a distância, e que podem ser considerados factores protectores para o desenvolvimento da PSPT.

Estes resultados mostram a importância atribuída a um suporte social adequado às necessidades dos militares (disponível e recebido) quando confrontados com situações potencialmente traumáticas e, como tal, um factor protector muito significativo para o desenvolvimento da PSPT e problemas de saúde mental, como referem vários estudos (Boscarino, 1995; Fontana, Rosenheck e Horvath, 1997; King, King, Fairbank, Keane, e Adams, 1998; Dessen e Braz, 2000; Resick, 2000; Vaz Serra, 2003; Smith et al., 2013).

Os nossos resultados reforçam o estudo de Osório e Maia (2010) que referem o enquadramento, o tipo de liderança, a disciplina, o treino e o suporte social do grupo, como factores que contribuem de forma significativa para uma diminuição de casos com PSPT. Moscarello (1990) também refere que os indivíduos que possuem um forte sistema de apoio social tendem a ter níveis mais baixos de morbilidade psicológica e maior possibilidade em superar as consequências dos efeitos traumáticos. Outras investigações (Vaz Serra, 2003; Batista & Torres, 2006) também comprovam a importância do apoio social e da percepção que as pessoas têm em pertencer a uma rede social forte, de quem podem receber ajuda quando têm necessidades ou passam por acontecimentos potencialmente traumáticos.

Na generalidade, não foram encontradas diferenças significativas quer na amostra geral ou na subamostra clínica, entre a pré-missão e a pós-missão, nos militares com e sem PSPT, sugerindo que os militares tiveram um adequado suporte e apoio social, ao nível da satisfação e da frequência, recebido das chefias, dos camaradas e no contacto permanente com a família e amigos, através das tecnologias de informação e comunicação colocadas à sua disposição (p.e., linha telefónica directa e skype, disponíveis em permanência).

No entanto, na subamostra clínica, em pré-missão, observaram-se diferenças significativas ao nível da satisfação com a família e amigos próximos, com os militares sem PSPT a apresentarem valores mais elevados, significando que a ausência da família e amigos

próximos é mais sentida. Por outro lado as diferenças encontradas ao nível da frequência com pares, apresentando valores mais elevados nos militares com PSPT, poderão significar uma maior importância dada aos camaradas como importante fonte de suporte social.

A investigação científica tem comprovado que as pessoas que pertencem ou têm a percepção de pertencer a uma rede social forte, de quem podem receber ajuda quando têm necessidades ou passam por acontecimentos traumáticos, sentem de forma menos intensa as situações de stresse (Vaz Serra, 2003). Também Barret e Mizes (1988); Boscarino (1995) verificaram que os militares com maior apoio social relataram menos sintomas de PSPT e depressão. Outros estudos mais recentes (Smith et al., 2013) encontraram em militares duas importantes fontes de apoio social protectoras para o desenvolvimento de PSPT: a unidade militar e os amigos e família, principalmente em situações difíceis, mostrando que o suporte social está associado a uma diminuição de risco para sintomas de saúde mental.

Os estudos de Resick (2000) podem ajudar a compreender a relevância do suporte social pela importância que tem nas diferentes fases do trauma, sendo mais evidente na função de gestão das reacções pós-traumáticas, no apoio que recebem através das respostas dos outros (familiares, amigos, camaradas) e a influência que podem ter na forma como interpretam os acontecimentos, sentindo-se mais seguros, na forma como partilham as suas experiências e reacções e a influência que podem ter na sua recuperação.

Em síntese: os resultados mostram ausência de relações significativas entre o apoio social e a PSPT, evidenciando que a frequência e a satisfação com o suporte social terão sido adequadas, o que pode ter funcionado como factor protector para o desenvolvimento da PSPT e um bom preditor de saúde mental, no entanto esta relação deverá merecer estudos e análises mais aprofundados, para confirmar se a ausência de relações significativas entre o apoio social e a PSPT significa de facto que os militares sentem a existência de uma boa rede de apoio social e como tal, a sua influência protectora no desenvolvimento da PSPT.

A hipótese 7 em que se esperava encontrar relações entre o suporte social e a PSPT, antes e depois da missão, foi confirmada parcialmente.

6.8. Variáveis Psicológicas Predictoras da PSPT

Através da análise do modelo de regressão linear hierárquica pretendemos identificar as variáveis predictoras com significado estatístico que possam ajudar a elaborar um perfil do militar com risco mais elevado de desenvolver PSPT em pós-missão. Assim, foram

encontradas as dimensões psicopatológicas da ansiedade fóbica e ideação paranóide; a expansão socio-normativa da auto-estima; e a estratégia de *coping* de focalização emocional. Estas variáveis significam uma maior predisposição e risco para os militares desenvolverem PSPT e explicam a maior parte da variância de PSPT em pós-missão (69%).

Ao nível destas variáveis psicopatológicas, os resultados evidenciam as respostas de medo persistente, irracionais e por vezes desproporcionadas relativamente a pessoas, locais, espaços, objectos ou situações específicas, geralmente complicadas, originando normalmente comportamentos de evitação e isolamento. Tornam-se evidentes também comportamentos de hostilidade, desconfiança, desilusão e até perda de alguma autonomia ou iniciativa para lidar ou enfrentar os acontecimentos ou situações potencialmente traumáticas.

Ao nível da variável socio-normativa da auto-estima, mostra, por um lado, a expectativa elevada dos militares em relação à importância que estas missões têm para a sociedade local e para a comunidade internacional, por outro lado, a expectativa do trabalho em grupo e da experiência da relação com novas culturas.

A variável focalização emocional das estratégias de *coping* evidencia a forma como o militar reage e enfrenta uma situação difícil ou acontecimento potencialmente traumático, o que pode levá-lo a ficar condicionado pelas emoções, manifestar sinais de irritabilidade ou agressividade nas relações com os outros ou desenvolver sentimentos de culpabilidade, ou esforços para controlar e regular as suas emoções.

Em síntese: o modelo de regressão linear hierárquica deu consistência aos resultados alcançados nas outras análises estatísticas, identificando preditores psicológicos, ao nível da ansiedade fóbica e ideação paranóide, expansão socio-normativa e focalização emocional, para o desenvolvimento de PSPT em pós-missão.

A hipótese 8 em que esperava encontrar variáveis psicológicas preditoras da PSPT foi parcialmente confirmada, no entanto atendendo ao número da amostra e à quantidade de variáveis em estudo seriam esperados mais preditores para o desenvolvimento da PSPT.

6.9. Outros Resultados Relevantes

6.9.1. Forma como os Militares Vivenciaram as Missões.

As motivações que levaram os militares a participarem nas missões, quer na avaliação efectuada antes ou depois das missões manteve-se sem alterações significativas.

As principais razões que motivaram os militares a participar nas missões são: vontade de ter novas experiências, conseguir ter um melhor salário, valorização pessoal ou técnico-profissional e motivos humanitários ou altruístas. A questão instrumental de procurarem um melhor vencimento surge como a motivação com maior significado, porém o General Avelar de Sousa, que chefiou a primeira missão Portuguesa de grande projecção (depois da Guerra do Ultramar Português) na Bósnia, cujo contingente era constituído por cerca de 900 militares integrando a missão da NATO que envolvia 36 países, refere pela sua experiência nesta e em outras missões posteriores em que participou, que o suplemento financeiro é um factor de motivação importante, mas não é o principal.

A vontade de ter novas experiências sugere estar relacionada com os militares mais jovens, em situação de contrato, final da adolescência e a tendência para o envolvimento em actividades de maior risco. Por outro lado, a procura de valorização pessoal ou técnico-profissional é sintomática dos militares em geral e em particular dos militares dos quadros permanentes, cuja participação nas missões pode ter influência no evoluir das suas carreiras. Estes resultados vão de encontro aos estudos de Daskalov, Marinov e Stantchev (2007) com os militares das OP no Afeganistão, Kosovo e Bósnia a referirem que a missão os beneficiou profissionalmente e que procuram novos desafios e situações de risco. Também Surrador (2006) com militares portugueses encontra factores protectores ligados à motivação relacionada com a oportunidade profissional e a criação de laços de camaradagem.

Em relação ao que *os militares sentem ao servir o país*, o orgulho e a satisfação são sentimentos que fortalecem a auto-estima das pessoas e o sentimento do dever cumprido, muito relacionado com o juramento de bandeira, no sentido de servirem o País (Pátria).

Relativamente à sua *participação na missão*, predomina a opinião de terem gostado, mas preferiam ir para outra missão em outro país, o que pode significar a procura de novas sensações e experiências, conhecer outros contextos e cenários de conflito, outros países, ou que as suas expectativas em relação à missão não foram plenamente satisfeitas.

No que concerne à ***manutenção do contacto frequente entre os camaradas***, a maior parte mantém uma ligação através da facilitação das tecnologias de informação e comunicação, via internet, telefone ou telemóvel, mails e redes sociais, skype, e com outros militares, através da proximidade geográfica, alguns nas Unidades Militares, mostrando que o sentimento de camaradagem e ligação ao grupo de referência é uma necessidade continuada entre militares e uma importante e forte fonte de apoio social, que se confirma quando se avalia a importância do suporte social, em que a família e amigos próximos é a mais importante, seguido dos pares e/ou dos camaradas, surgindo depois a fonte de apoio social relacionada com as chefias ou figuras de autoridade. Estes resultados reforçam outros estudos (Dessen e Braz, 2000; Morais, 2009; Moscarino, 1995; Smith et al., 2013), em que referem que esta maior percepção e satisfação com o suporte social (família, amigos, camaradas ou pares e chefias) é um importante factor protector para a saúde mental e para o desenvolvimento de PSPT em militares, principalmente em situações difíceis.

Os ***acontecimentos ou situações que mais marcaram os militares durante a sua vida militar*** repartiram-se entre as missões de paz em que participaram, uns a referirem a missão, marcante, do Iraque (militares da GNR) e outros militares a referirem a missão do Afeganistão, e a relação de espírito de corpo e camaradagem que criam entre eles no dia-a-dia nas Unidades. Por exemplo, o período inicial de entrada na Instituição, a recruta e o juramento de bandeira são momentos marcantes para toda a vida dos militares, pelo impacto que têm na construção da sua personalidade e valores estruturantes que adquirem neste período final da sua adolescência.

Em relação às ***dificuldades de adaptação*** sentidas pelos militares ao regressarem das missões, de referir que a maior parte (cerca de 80%) não referiram ter dificuldades de adaptação. Aqueles que tiveram dificuldade de adaptação focalizaram-se predominantemente nas dificuldades de voltarem a fazer a rotina normal do dia-a-dia e a readaptação à família e aos amigos próximos. Estes resultados confirmam outros estudos em que mostram uma mais fácil adaptação dos militares quando integrados em grupo, como é uma das características específicas do enquadramento dos militares em missões de paz (Cozza, 2003; Hourani & Yuan, 1999; King et al, 1998; Litz, 1996). É de referir que não são apenas os militares com PSPT que revelam dificuldades de adaptação após o regresso, mas também alguns militares sem PSPT têm dificuldades de adaptação.

Parece-me ser de interesse dar alguns exemplos de testemunhos das dificuldades vivenciadas: “*senti-me desenquadrado de tudo aquilo que tinha acontecido na minha ausência*”; “*Falta de*

actividades e ocupação do tempo”; “Sensação de exclusão (parece que procuramos entrar num comboio em andamento)”; “... conquista do espaço pessoal em casa e familiar e com amigos e pessoas conhecidas (ter a sensação de parecer um estranho, sentir-me à parte)”; “Ter de contar aos amigos coisas sobre a missão, mas eles não percebem” “Voltar à rotina normal dos horários”; “Quando regressei não me considerava em casa, estava muito calado, observador, pessimista, ansiedade, isto acontece ainda antes do regresso da missão”; “Ainda é frequente reagir aos ruídos semelhantes aos dos Rokets (por exemplo o ruído de fechar ou abrir uma porta, ...)”

Em relação às **situações mais difíceis com que os militares se confrontaram** destacam-se a perda de familiares ou pessoas próximas durante a sua ausência, perda por morte ou perda por dificuldade em manter as relações (divórcios), demonstrando que o afastamento da família e dos amigos próximos e as perdas, de algumas destas pessoas, podem ter um impacto significativo nas suas vidas. O estudo de Resick (2000) reforça a importância do suporte social especificamente nos acontecimentos que envolvam a perda de pessoas significativas.

Em síntese, os resultados encontrados evidenciam:

Em pré-missão: relações fortes entre a PSPT e a psicopatologia, na ansiedade, depressão, hostilidade e psicoticismo; relações fortes entre a PSPT e a auto-estima nas tensões emocionais; e relações fortes entre a PSPT e o coping no retraimento mental, focalização emocional, e conversão de valores.

Em pós-missão: relações fortes entre a PSPT e todas as dimensões da psicopatologia; relações moderadas entre a PSPT e as dimensões negativas da auto-estima com influência na estima de si negativa (mais baixa nos militares com PSPT); e relações fortes entre a PSPT e o coping no retraimento social e comportamental e focalização emocional e relações moderadamente altas no retraimento mental denegação e coping negativo.

Ou seja, o militar com PSPT desenvolve mais sintomas psicopatológicos, percepção-se como tendo menos recursos e capacidades para enfrentar as situações adversas e adopta estratégias de coping menos adaptativas.

Concluída a análise e discussão dos resultados, efectuaremos, de seguida, as principais conclusões, limitações do estudo e aspectos positivos observados, bem como eventuais possibilidades de aplicação prática de algumas acções essencialmente de carácter preventivo, tendo em conta os resultados alcançados, terminando com algumas orientações finais para futuras investigações.

6.10. Conclusões, Limitações e Implicações Práticas

Para finalizar a investigação, iremos destacar algumas das principais conclusões e que contribuições e repercussões, esta investigação poderá ter na pesquisa e compreensão da PSPT e na análise das consequências adversas na vida dos militares envolvidos em OP, bem como na operacionalidade das missões militares.

Na sequência do presente estudo e dos resultados obtidos, vários factores foram analisados e relacionados com a sintomatologia prévia, comorbilidade, relação entre a PSPT, a psicopatologia e as variáveis psicossociais, preditores de risco para o desenvolvimento da PSPT, crescimento pós-traumático, diversas abordagens e propostas de prevenção e intervenção para a PSPT e para os militares participantes nas missões de paz.

Ao fim de mais de duas décadas, o conceito genérico de OP, com toda a sua complexidade de acções e formas de actuação, mudou também as condições de intervenção ao nível internacional e o próprio conceito de tipologia das guerras. As profundas e continuadas mudanças no contexto internacional também transformaram as formas de actuação dos militares intervenientes nas missões. Não havendo uma vitória concreta para estas guerras, pela não possibilidade de aniquilação do “Inimigo”, e sobretudo pelo elevado número de factores de incerteza, o sucesso de garantia de segurança e estabilidade internacionais será sempre relativo, devido à variedade de potenciais atores, locais, regionais e da cena internacional, que podem desencadear e participar directa ou indirectamente no conflito (o exemplo dos Balcãs, do Iraque e do Afeganistão são paradigmáticos).

Um dos maiores riscos para os militares envolvidos nestas OP tem a ver com os mandatos da ONU, por vezes algo ambíguos e pouco claros, que dificultam a actuação concreta dos militares no terreno. A maior parte das OP tem mandatos para manter a paz, quando na realidade o que está em causa em grande parte das situações é impor a paz. Estas e outras razões, essencialmente o número de baixas provocadas e as vítimas dos efeitos colaterais, incluindo as consequências para a saúde mental dos militares envolvidos, levam-nos a uma necessária reflexão sobre se as diferenças entre as guerras clássicas e a nova tipologia de guerras são assim tão marcantes. Por um lado, os militares são voluntários e com preparação adequada, por outro, os factores de incerteza neste tipo de conflitos aumentam os riscos e ameaças para os militares no confronto com situações difíceis e experiências potencialmente traumáticas.

Vários estudos apontam para o impacto adverso da PSPT e das consequências negativas na saúde mental e na qualidade de vida dos militares, que, com ou sem diagnóstico

de PSPT, desenvolvem sintomas clinicamente significativos com sofrimento para os próprios e para as pessoas próximas, especialmente os camaradas e as suas famílias.

Alguns autores (Jaycox & Foa, 1998; McNally, Bryant, & Ehlers, 2003; Resick, 2000) têm defendido que a resposta “normal” a uma situação “anormal” é sentir-se e ter reacções e comportamentos “anormais”, significando que é esperada uma mudança quando a pessoa se confronta com algo imprevisível, intenso e ameaçador, e que existe um tempo de reajustamento à situação, sendo também expectável que as respostas desadaptativas diminuam à medida que aumenta a distância temporal em relação ao acontecimento. Isto ajuda a explicar porque é que o número de pessoas expostas a situações traumáticas é muito mais elevado do que as pessoas que desenvolvem perturbação psicológica após essa mesma exposição. Também é verdade que, devido à gravidade do trauma (principal preditor de perturbação), aos factores prévios, às reacções peri-traumáticas ou aos escassos recursos pós-trauma, algumas pessoas não conseguem manter o equilíbrio e manifestam sintomas e perturbações psicológicas clinicamente significativos.

Como referimos anteriormente, as investigações sobre as OP e a PSPT com militares portugueses são praticamente inexistentes, pelo que a revisão da literatura diz respeito aos trabalhos realizados em outros países, principalmente nos EUA e alguns na Europa.

Os estudos internacionais apontam uma prevalência significativa de PSPT variando entre 1,4% e 45% em militares envolvidos em OP. Esta larga variação pode ser devido às várias metodologias utilizadas ou ao tipo de instrumentos de avaliação, da própria amostra, ou dos critérios de inclusão para o diagnóstico da PSPT ou até da cultura, treino e preparação dos militares. Uma das variáveis com maior impacto nesta variação refere-se à comorbilidade da PSPT com outras patologias de ajustamento emocional, onde o diagnóstico da PSPT se torna muito complexo pelos sintomas diversos que se confundem com outras patologias. Outras variáveis têm sido referenciadas como sendo importantes e incluem os factores de riscos e os factores protectores, prévios e durante as missões, e que são diferenciados em cada TO.

As diferenças ao nível da prevalência de PSPT encontradas nas missões poderão ser devidas às características específicas e diferentes de cada TO, quer ao nível das ameaças e dos factores de risco associados às missões, dos acontecimentos e situações diversificadas, ou da própria preparação prévia, evidenciando que as missões da NATO envolvem maior risco para os militares, comparando com as missões da ONU. No entanto, é reconhecido que existe um factor de risco geral associado a todas as missões.

Tendo em consideração os objectivos definidos e as hipóteses de investigação testadas, através dos resultados obtidos podemos verificar que:

O estudo identificou uma prevalência geral de sintomatologia de PSPT em militares portugueses de 14.5%, (3% com diagnóstico provável, e 11,5% com sintomatologia significativa), muito semelhante ao estudo de Osório e Maia (2012) que identificaram 2,7% de sintomas compatíveis com o diagnóstico total de PSPT e 8,8% com o diagnóstico parcial, em militares no Afeganistão, que estiveram expostos a diversas experiências potencialmente traumáticas. No entanto, a inexistência de estudos em Portugal, mais aprofundados, não permitiu comparar a prevalência de PSPT, mas de uma forma geral os resultados situam-se a um nível baixo comparado com outros estudos internacionais. Embora na presente investigação a prevalência do diagnóstico de PSPT seja baixa, existe uma taxa significativa de militares com sintomas de PSPT que deve ser valorizada, pois poderão estar em sofrimento e, como tal, também devem beneficiar de intervenção e acompanhamento adequado.

Outro aspecto que parece importante reflectir é se a sintomatologia de PSPT clinicamente significativa está ou não relacionada com o comprometimento funcional e operacional dos militares, pois onexo de causalidade continua a ser um factor determinante para a intervenção e tratamento, mas também para uma posterior avaliação e atribuição eventualmente da incapacidade resultante do acontecimento traumático relacionado com o contexto militar e as funções que desempenha.

Apesar da PSPT não ser um problema específico dos militares participantes em guerras ou OP, e dos escassos ou praticamente inexistentes estudos realizados com militares portugueses, pensamos que a prevalência de PSPT encontrada nos militares seja menor que o número real de casos. A especificidade da Instituição Militar, com uma cultura muito própria, reforçando uma postura de robustez (física e mental), que reprime a expressão de fraqueza e das vulnerabilidades, pode provocar o sub-relato de sintomas psicológicos aos médicos e psicólogos militares por temerem ser prejudicados nas suas carreiras. Estes factos, associados ao estigma da perturbação ou doença mental, pode influenciar a decisão do militar em procurar ajuda.

Refira-se para exemplo, que dois militares dos quadros permanentes das Forças Armadas no activo, e que participaram na presente investigação, cerca de dois meses após terem terminado a missão do Afeganistão, não procuraram ajuda nos Hospitais Militares, mas procuraram ajuda nos serviços de apoio médico, psicológico e social da Liga dos Combatentes, tendo sido acompanhados durante algum tempo, continuando a fazer a sua vida normal. Ambos os militares referiram que na avaliação que fizeram, logo após o regresso da missão, não tinham referido qualquer sintoma de PSPT, embora, no momento da avaliação, já sentissem vários sintomas relacionados com os acontecimentos traumáticos vivenciados

durante a missão. No início do acompanhamento psiquiátrico e psicológico, manifestaram preocupação pela garantia de confidencialidade e referiram haver outros camaradas que também estão afectados e precisam de apoio, mas que não pedem ajuda.

Existem também os militares da GNR que, cerca de 10 anos depois de terem participado na missão do Iraque em Nassíria, referem que esse acontecimento foi marcante nas suas vidas, pelo que as consequências desse impacto, possivelmente, ainda não foram suficientemente aprofundadas, reforçando a necessidade e relevância de estudos longitudinais que comprovem as implicações referidas.

Verifica-se também que uma parte significativa dos militares (25,7%) pertencem a uma tropa especial (comandos e paraquedistas) onde se cultiva a robustez física e psicológica e se reprime a expressão de fraqueza, e que tem objectivos de progressão nas suas carreiras, ou no caso dos militares contratados, alguns tem objectivos de aceder aos quadros permanentes das Forças Armadas. E nestes casos, os militares que sintam sintomas de PSPT poderão sentir-se inibidos a relatá-los. Por outro lado, existem os militares em situação de contratados que deixam as fileiras, e que tendo sido voluntários, em que a principal motivação para participarem nas missões foi instrumental (maior vencimento), pensamos que este facto, pode dificultar a referenciação e o pedido de ajuda do próprio.

O estudo permitiu ainda constatar a forte relação da sintomatologia psicopatológica com a PSPT, bem como com as dimensões negativas da auto-estima, ao nível da negação e depreciação de si, tensões emocionais e relacionais e hostilidade consigo próprio (aumento da PSPT associada a um aumento das emoções negativas), e das estratégias de *coping* menos adaptativas (retraimento social e comportamental e focalização emocional) utilizadas pelos militares. Foi possível também constatar que não se observou a ausência de suporte social, pelo que esta variável não teve influência negativa na PSPT.

A identificação de sintomatologia psicopatológica prévia à missão leva-nos a reflectir se os militares referenciados na fase pré-missão devem participar nas missões ou se deverão ter um acompanhamento mais específico durante e após a missão. Por outro lado, continuará a persistir a dúvida, pois uma significativa percentagem dos militares deixou de ter sintomas de PSPT na pós-missão, o que deixa em aberto a possibilidade de existirem algumas missões que podem ser reparadoras para alguns militares.

Verificou-se que os militares com PSPT são mais jovens, tem menos tempo de Instituição Militar e menos experiência, encontram-se em regime de contratados, são solteiros, revelam mais psicopatologia, menor auto-satisfação e auto-estima de si geral mais baixa, maior tendência para utilizarem estratégias de coping mais centradas nas emoções

(regulação emocional) e de retraimento social e comportamental, e como tal, mais desadaptativas. Portanto, verifica-se que são muitos e diversos os factores e variáveis, que influenciam o desenvolvimento da PSPT, sendo particularmente relevantes a psicopatologia, a personalidade da pessoa e a sua auto-estima, as estratégias de coping e o apoio social.

Apesar da intensa e vasta investigação internacional sobre a PSPT os preditores psicológicos ainda não são muito claros. Apesar deste facto, os nossos resultados evidenciam alguns indicadores e a necessidade de uma identificação precoce de militares com maior risco de desenvolverem PSPT no decorrer e após as missões e serem encaminhados para respostas técnicas adequadas com intervenções para diminuir os factores de risco e a sua vulnerabilidade e aumentar os factores protectores. No entanto é necessário que a investigação se centre em modelos que facilitem a prevenção e intervenção em diagnósticos precoces (queixas subjectivas ou sintomas subclínicos).

As intervenções devem centrar-se nas capacidades individuais dos militares, potenciando a utilização adequada dos recursos pessoais e sociais, pois consideram-se importantes para restaurar o sentido de identidade, aumentar a sua auto-estima, melhorar as estratégias para lidar com as situações mais exigentes e fortalecer a sua unidade militar. Apesar da relevância destas intervenções, acreditamos que a maioria dos militares com PSPT tem competências e recursos pessoais, sociais e Institucionais necessários para a recuperação, admitindo-se uma gradual diminuição da sintomatologia psicológica. Sabe-se no entanto que outros, por diversas razões, não conseguem manter o equilíbrio e o ajustamento e adaptação necessária e adequada após exposição e vivência traumática.

Por outro lado, se uma experiência traumática abala a confiança no mundo e nos outros, é no seio da relação terapêutica que se pode oferecer um espaço reparador, que deve ser algo mais do que uma sequência de aplicação de técnicas terapêuticas. Como referiram Shea e Zlotnick na introdução a um número da *Psychotherapy in Practice* dedicado à Perturbação de Stresse Pós Traumático (1997, p. 9), “provavelmente a “verdade” mais óbvia é a importância da relação terapêutica no tratamento dos sobreviventes a trauma [...] nenhuma intervenção pode ser eficaz na ausência de confiança no terapeuta [...]. Para indivíduos que viram postas em causa as suas assunções básicas sobre a previsibilidade do mundo, a natureza humana e o significado da vida, a experiência de confiar de novo dentro do contexto de uma relação terapêutica estável, segura, previsível e de cuidado é provavelmente um importante agente da mudança”.

Mas se o contexto e as qualidades da relação terapêutica são essenciais para o sucesso da intervenção, as exigências sobre os técnicos não podem ser esquecidas, pelo que os

técnicos de saúde, nomeadamente os psicólogos devem ter formação adequada e receber supervisão, porque é muitas vezes difícil lidar com as suas próprias emoções face aos relatos de trauma; alguns podem mesmo vir a desenvolver sintomas de PSPT face a esses relatos por traumatização vicariante.

Quer sejam no âmbito da ONU ou da NATO, as missões de paz irão continuar a exigir de Portugal e dos seus militares um empenhamento considerável, não apenas por serem um instrumento de política e estratégia nacional, mas porque estão integrados em forças multinacionais onde o desafio para as FND ainda se torna mais exigente.

As limitações:

Uma primeira limitação foi a ausência de estudos e investigações sobre as OP e a PSPT com militares portugueses, o que não permitiu estabelecer comparações ao nível dos resultados encontrados. Por outro lado, encontramos tão poucos estudos longitudinais, especificamente com avaliações da prevalência de PSPT em pré-missão e pós-missão.

Outra dificuldade advém da própria Instituição Militar com a pouca receptividade à realização deste tipo de estudos. Por um lado, os Centros de Psicologia dos Ramos estão muito ligados ao processo de selecção dos militares e menos ligados à intervenção clínica (agora mais facilitado com um único HFAR). Por outro lado, a não existência de um Centro Coordenador de Estudos e Investigação, desejavelmente centralizado no MDN, com investigadores ligados a Centros de Investigação de referência, faz com que o problema não seja estudado e diagnosticado como real e, como tal, não se torna possível ter um conhecimento mais sólido e aprofundado desta realidade. Neste âmbito, torna-se também relevante a criação de um registo de informação de casos, técnicos e práticas em Portugal.

O facto de ter sido criada pelo Estado Português legislação de suporte e uma RNA, reconhecendo que os militares participantes em operações humanitárias e de paz, e com stresse da vida militar, também podem ser afectados por problemas psicológicos e devem, como tal, ser tratados, é um sinal evidente do reconhecimento que o problema existe, mas por outro lado esta legislação e a própria RNA têm tido muitas dificuldades na sua implementação prática, durante mais de um década do seu funcionamento.

Uma outra limitação é a dificuldade de criar um protocolo de avaliação que melhor se ajuste especificamente a todos os militares das OP, independentemente do Ramo a que pertencem (as operações são cada vez mais conjuntas), quer ao nível do questionário sociodemográfico, quer dos instrumentos mais adequados (validados e adaptados) às especificidades da população militar portuguesa.

O estudo apresenta algumas limitações específicas. O diagnóstico provável de PSPT fundamentou-se apenas num instrumento de auto-avaliação. Por exemplo, a frequência e intensidade dos acontecimentos traumáticos não foram avaliados. Também as relações encontradas entre a PSPT e variáveis em estudo foram de carácter correlacional, o que não permitiu a inferência de relações causais. Por outro lado, a avaliação na pós-missão decorreu no 1º mês após a chegada, não se compreendendo se os eventos traumáticos ocorreram no início, meio ou final da missão, não sendo possível, nesta fase, efectuar um diagnóstico mais confiável. O estudo deveria ter tido continuidade com avaliações longitudinais, ao 4º e 7º mês, e eventualmente alguns anos mais tarde.

Também alguns instrumentos de avaliação, nomeadamente a ETC, a SERTHUAL ou a MDSS, podem apresentar algumas fragilidades, pelo facto de não terem sido objecto anterior de validação com a população militar, sugerindo a necessitam de um maior aprofundamento em estudos posteriores com este tipo de população.

O fenómeno relacionado com a PSPT é complexo pelo que muitas questões e constructos abordados na parte teórica ficaram por responder. Um *follow-up* mais alargado do estudo iria permitir encontrar outras respostas. Temos plena consciência da complexidade dos fenómenos relacionados com a PSPT. A investigação explorou vários aspectos desse fenómeno, algumas variáveis foram analisadas com alguma profundidade, outras com menos profundidade e outras variáveis e aspectos necessitam de uma análise mais aprofundada.

Apesar destas limitações, e considerando as características da amostra e o contexto das missões, os resultados da presente investigação poderão, eventualmente, ser extrapolados e generalizados, sugerindo-se estudos mais aprofundados para consolidação dos resultados apresentados.

Os aspectos positivos e implicações práticas

O estudo permitiu também identificar aspectos positivos e dados importantes não apenas para a investigação e o conhecimento científico, mas também para aplicação prática.

Foi o primeiro estudo realizado em Portugal com uma grande amostra e diversificada (militares dos vários Ramos das Forças Armadas e GNR e em 4 tipos diferentes de TO) com militares participante em OP, avaliando a PSPT e analisando outras variáveis relacionadas, bem como um dos poucos estudos longitudinais a avaliar os militares antes e depois das missões, o que permite estabelecer o nexo de causalidade relacionado com a missão.

Nas variáveis em estudo identificou-se que o suporte social, nesta amostra, não foi relevante, ou melhor, parece ter existido um adequado suporte social, o que poderá ter sido um factor determinante para a baixa prevalência de PSPT nos militares.

Outro aspecto a referir foi a identificação de militares com sintomatologia de PSPT prévia (antes da missão=8%) o que levanta a questão destes militares referenciados participarem ou não na missão (mais vulneráveis?). E neste aspecto pensamos no papel e na importância da psicologia e do psicólogo no aprofundamento e acompanhamento dos militares em todas as fases da missão (antes, durante e após o regresso da missão).

O presente estudo foi um dos poucos estudos conhecidos que identificou um número significativo de militares (4%) que tinham sido identificados com sintomatologia de PSPT antes da missão e deixaram de referir PSPT na pós-missão, o que reforça e deixa mais uma contribuição para os autores da psicologia positiva que têm identificado a existência de crescimento pós-traumático, mesmo perante adversidades. No entanto, deve ser aprofundado o processo de crescimento pós-traumático, considerando os períodos pré, peri e pós-traumático.

De acordo com os avanços do conhecimento científico é importante o estabelecimento do nexo de causalidade, face à emergência da PSPT, o que leva à pertinência das triagens precoces (pré e após a missão) e o seguimento dos militares referenciados.

Uma das implicações práticas do presente estudo foi a identificação de preditores para o desenvolvimento de PSPT em pós-missão, nomeadamente: a ansiedade fóbica e ideiação paranóide da psicopatologia, a expansão socio-normativa da auto-estima, e a focalização emocional do coping. Uma rigorosa triagem antes da missão poderá ajudar a identificar os preditores de risco prévios à missão para os militares com maior risco de desenvolverem PSPT. Estes resultados podem contribuir para uma definição de um perfil do militar com maior risco de desenvolver PSPT, permitindo medidas preventivas no acompanhamento específico, antes, durante e pós-missão.

A experiência Portuguesa de mais de duas décadas de participação de militares em OP, da pesquisa efectuada e dos resultados alcançados no presente estudo, julgamos ser importante conjugar os factores mais relevantes que foram analisados e contribuir para aprofundar e melhorar o Modelo de Avaliação e Intervenção Psicológica para as Forças Nacionais Destacadas (MPAIPFND) em missões de paz internacionais. O modelo de carácter preventivo é apresentado em Anexo J e deverá ser implementado e avaliar-se a sua importância prática. O modelo é desenvolvido em nove fases (definição de perfil psicológico, selecção, avaliação individual e em grupo, aprontamento, avaliação antes da missão,

intervenção em crise, avaliação depois de missão, triagem e encaminhamento, e intervenção individual ou em grupo), devendo ser implementado durante as 3 fases da missão:

1) *Antes da missão* - selecção e preparação psicológica para a missão. A intervenção deverá ser dirigida para o fortalecimento da coesão de grupo, do sentimento da Unidade e do compromisso com a missão. É importante também que o Comandante da força partilhe informação do que vão enfrentar (p.e. dos riscos do TO).

2) *Durante a missão* - nas Reacções e Perturbações Agudas de Stresse (PAS), através das intervenções em crise e precoce. É importante a criação de uma equipa de especialistas militares (multidisciplinar) para acompanhar os militares durante as fases da missão (p. e. psiquiatra, psicólogo, assistente social), que permitirá uma melhor ligação entre a fase de aprontamento para as missões, a missão no TO e a fase pós-missão com ligação ao HFAR e à RNA, para acompanhamento específico dos militares referenciados com sintomatologia de PSPT. A não ser possível uma equipa a acompanhar as missões, deverá ser dado apoio psicológico de retaguarda aos Comandantes das FND.

3) *Após a missão* - durante as PAS e PSPT com intervenções precoces e de duração breve, ou com psicoterapia (individual e/ou em grupo). Quando regressam, uma boa forma dos militares recuperarem da experiência da missão, será facilitar a descompressão antes de serem integrados nas Unidades. Porém deverá haver uma preparação para o reajustamento à família e amigos, pois será o contexto onde se procederá essa primeira descompressão (os guiões em Anexo K e L poderão ajudar a esse reajustamento).

Torna-se de elevada relevância a criação de equipas técnicas especializadas dos Ramos das Forças Armadas e da GNR para o acompanhamento e intervenção primária (em situação de crise e precoce) nas RAS e PAS (< 3 meses) assegurando a interligação entre as nove fases do modelo preventivo proposto, para que a PSPT não se torne crónica, com implicações em custos elevados para a pessoa e para a sociedade.

Atendendo a que já participaram em missões de paz internacionais cerca de 50 mil militares e que o modelo preventivo atrás proposto será de presente e futuro deverá pensar-se em formas de abordagem e modelos interventivos que garantam uma maior eficácia na sua intervenção. As abordagens e intervenções gerais e específicas apresentadas no capítulo 3, podem ser dirigidas tanto aos militares de carreira que continuam na Instituição onde as respostas são asseguradas pelas Unidades e pelo HFAR, em ambiente protegido e mais controlado, bem como aos militares, que, sendo contratados, deixaram as fileiras. E estes, que são a maior parte, estão espalhados pelo País numa RNA, dispersa e alargada.

A nossa experiência na Liga dos Combatentes, da prática clínica resultante do acompanhamento médico, psicológico e social, com equipas no terreno, potenciando respostas de proximidade aos antigos combatentes da Índia, Angola, Moçambique e Guiné, permitiu-nos encontrar também combatentes das OP que se dirigem aos nossos serviços e outros que encontramos na rua, em situação de sem-abrigo, que combateram nas missões de paz da ONU, no Ruanda e em Moçambique, e em missões da NATO, nos Balcãs. E, nestas situações, os modelos e abordagens identificadas pela pesquisa como sendo mais adequadas (p.e. a cognitiva-comportamental ou EMDR) têm-se revelado pouco eficazes, pelo que o modelo de intervenção que tem orientado a nossa prática clínica e com resultados significativos conseguidos é de âmbito humanista, assistencial e comunitário (de proximidade), com uma abordagem holística, integrativa e Rogeriana centrada na “relação de ajuda” com a pessoa-combatente e com a sua família.

E, nesse sentido, ao nível da RNA e especificamente no apoio aos militares que deixam as Forças Armadas passando à disponibilidade ou à Reserva e Reforma, incluindo os militares da GNR, deverá potenciar-se a estrutura existente da Liga dos Combatentes constituída por mais de 100 Núcleos integrados num programa de “Cuidados de Saúde e Apoio Psicossocial” com implantação nacional e territorial e com respostas ao nível local e próxima dos combatentes, o que poderá ser uma referência relevante e significativa para os militares em respostas de 1ª linha (alguns países com militares participantes em OP criaram Núcleos ou Centros de Apoio seguindo o modelo “camaradas apoiam camaradas”).

E, a partir de uma 1ª triagem, e se necessário, serão encaminhados para o SNS, SSM ou CAMPS, onde é efectuado um trabalho em equipa multidisciplinar com técnicos identificados com as especificidades próprias da Instituição Militar (uma parte significativa dos técnicos de saúde deverão ser militares, na reserva e em voluntariado). Este tipo de abordagem dará resposta aos que estão, tendencialmente, isolados e com dificuldades de pedirem ajuda.

E nesta perspectiva poderemos pensar numa proposta de intervenção mais abrangente e mais eficaz, seguindo o modelo implementado por Carl Rogers, nos Estados Unidos, a seguir à segunda Guerra Mundial, ao criar e formar um grande número de *counsellors* para facilitar e ajudar os militares com a PSPT a uma melhor reinserção e integração na sociedade.

João Hipólito na apresentação do Manual de counselling em português (Rogers, 2000), no seu prefácio à edição portuguesa, refere a pertinência e a importância actual da relação de ajuda através do counselling, pois poderá preencher um vazio na prática clínica e tornar-se de grande utilidade para a problemática em estudo.

Os resultados do presente estudo apontam-nos diversas dificuldades de ajustamento ou adaptação, com relevância para as respostas emocionais e comportamentos de retraimento social. E é neste aspecto que a criação e formação dos *counsellors* poderia ser da maior importância para ajudar o militar a integrar-se e ajustar-se melhor às situações. Quando os militares passam à disponibilidade, ainda muito jovens, ou quando em final de carreira passam à Reserva e à Reforma e deixam o uniforme, sentem-se diferentes, a vida parece difícil, assustadora, incerta, por vezes sentem-se confusos em relação à direcção a tomarem.

Quer seja nos Ramos das Forças Armadas (Exército, Marinha ou Força Aérea), ou na GNR, ou nos Núcleos da Liga dos Combatentes (constituídos por Oficiais ou Sargentos na Reserva ou Reforma), pensamos existir uma necessidade de formação breve e intensiva de *counsellors* que, numa “relação de ajuda”, possam facilitar os ex-militares a lidarem com os problemas pessoais, vocacionais, educativos, ou outros (p.e. gestão do vencimento adquirido nas OP, ou como se inserir no mercado de trabalho quando apenas sabe manejar uma arma).

Orientações para futuras investigações

Embora a maior parte dos militares se ajuste às missões de paz sem consequências negativas para a sua saúde mental, o presente estudo, mostra que uma percentagem significativa sofre consequências do impacto psicológico da exposição às situações traumáticas, revelando sintomatologia de dificuldade de ajustamento ou de adaptação.

O fenómeno da PSPT é complexo pelo que a sua avaliação pré e pós-traumática não deve apenas focalizar-se na avaliação dos sintomas através de questionários, mas contemplar várias outras formas de avaliação, por especialistas com experiência na área do trauma. Por exemplo, uma entrevista clínica, sendo relevante aprofundar a história de vida pessoal, familiar, social e sobretudo a história militar e o seu funcionamento pré, peri e pós-traumático, identificando os factores de risco e factores protectores e outra informação relevante que fundamente um diagnóstico fiável e facilite o encaminhamento mais adequado para o tratamento da PSPT.

Em geral sabe-se menos a respeito de potenciais preditores anteriores à situação ou acontecimento traumático, que factores de risco durante e após o evento traumático, pelo que os programas e acções efectivas de prevenção e intervenção na PSPT e variáveis associadas necessitam de uma identificação precoce de preditores de vulnerabilidade.

Não obstante os resultados obtidos e a sua importância para uma melhor compreensão do fenómeno da PSPT em militares, outros estudos devem procurar aprofundar os factores de risco e os factores protectores que melhor se associem a uma melhor adaptação e ajustamento

emocional perante as adversidades. Dado que os sintomas de PSPT não são, por si só, indicadores de desadequado ajustamento ou adaptação ao contexto (militar) é importante perceber até que ponto a sintomatologia de PSPT que afecta os militares é vivenciada com uma intensidade significativa que possa afectar clinicamente a vida diária dos militares e especificamente a actividade operacional.

Também será importante desenvolver e aprofundar, em outros estudos, modelos explicativos da relação entre a PSPT a psicopatologia, a auto-estima, o coping e o suporte social, e o efeito de outras variáveis mediadoras ou moderadoras.

No contexto desta investigação foram efectuadas entrevistas aos Comandantes das FND e recolhidos testemunhos de alguns militares que participaram nas missões. As entrevistas foram realizadas nos 30 dias após o regresso e pretenderam complementar a informação recolhida no protocolo de investigação. As entrevistas foram muito bem acolhidas.

A análise qualitativa das entrevistas efectuadas não foi possível realizar no âmbito desta investigação, mas será objecto de análise posterior, tendo em conta a importância das vivências e experiências dos Comandantes das FND para um melhor conhecimento do contexto das missões e a sua relação com a PSPT. Destaca-se a enorme responsabilidade no exercício do comando e liderança de militares, mas também as sensibilidades acrescidas para lidarem com pessoas, e em contextos exigentes, bem como a preocupação com a segurança e bem-estar dos militares que comandam, sendo factores relevantes para o desempenho e sucesso da missão, das tarefas a executar e da saúde psicológica dos militares.

Neste sentido, no horizonte dos próximos anos são esperados novos estudos e linhas de investigação, para melhor compreender o fenómeno da PSPT, ao nível da prevalência dos sintomas, da comorbilidade e variáveis associadas, dos factores etiológicos, protectores e de risco relacionados com a PSPT. Por exemplo, estudos longitudinais que permitam identificar não apenas a doença PSPT, mas os militares que conseguiram ou não ajustar-se e reintegrar-se sem consequências negativas para a sua vida pessoal, familiar, social e profissional, numa perspectiva de reajustamento positivo. Os resultados das investigações irão melhorar a qualidade da prática clínica e exigir novas abordagens ao nível da prevenção e intervenção junto da população militar.

Este estudo não pretendeu ser um ponto de chegada, mas que seja um ponto de continuação para futuras investigações neste domínio, alargando a outros militares e contextos, nomeadamente aos militares “embarcados” da Marinha, em missões de paz internacionais, e também no âmbito do stresse da vida militar e do reajustamento da passagem à vida civil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, A., Wright, K., Bliese, P., Eckord, R. & Hoge, C. (2008). A2 diagnostic criterion for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 301-3018.
- Agaibi, C., Wilson, J. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*, 6, 195-216.
- 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. & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática de stress: avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta médica portuguesa*, 16, 309-320.
- Aldwin, C. (1999). Stress, coping and development: An integrative approach. New York: Guilford.
- Aldwin, C. & Yancura, L. (2004). Coping and health: a comparison of the stress and trauma literatures. In P. Schnurr & B. Green (Ed.). *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 99-125). Washington, DC: American Psychological Association.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). Metodologia da investigação em Psicologia. Braga: Psiquilibrios.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*: 4ª edição revista (DSM IV-TR). DSM-IV-TR. Lisboa: Climepsi Editores.
- Amstadter, A., Nugent, N., & Koenen, K. (2009). Genetics of PTSD: Fear conditioning as a model for future research. *Psychiatric Annals*, 39, 358-367.
- Annan, K. (2004). Relatório do Painel de Alto Nível das Nações Unidas – Ameaças, Desafios e Mudanças.
- Anunciação C. (2010). Coping e Stress Traumático em Combatentes.
- Asmundson, G., Stein, M. & McCreary, D. (2002). Posttraumatic stress disorder symptoms influence health status of deployed peacekeepers and nondeployed military personnel. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 190(12), 807-815.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA). (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – versão revista* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Bacha, M. L., Santos, J., & Strehlau, V. L. (2009). Panorama comparativo do lazer da terceira idade nas classes AB e CD em São Paulo: um estudo sobre hábitos, atitudes e perfil psicográfico, pp. 20-21.
- Ballenger, J., Davidson, J., Lecrubier, Y., Nutt, D., Foa, E., Kessler, C. & Shalev, A. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical psychiatry*, 61(5), 60-66.
- Ballone, E., Valentino, M., Occhiolini, L., Mascio, D., Cannone, D. & Schioppa, F. (2000). Factors influencing psychological stress levels of Italian peacekeepers in Bosnia. *Military Medicine*, 165(12), 911-915.
- Baptista, A. (1993). *A génese da perturbação de pânico*. Dissertação de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. & Torres, E. C. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSI - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7(1), 39-48.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.).

New York: Guilford Press.

- Baron, R., M., Kenny, D., A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6):1173-1182.
- Bartone, P. (1997). Preditores de Coesão nas Forças Americanas de Manutenção de Paz. *Revista de Psicologia Militar*, 10, 11-21.
- Barret, T. & Mizes, J. (1988). Combat and social support in the development of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior modification*, 12(1), 100-115.
- Bertelsen, M. (2009). Prevalence and Prediction of Mental Health Problems. A prospective study. *Institute of Military Psychology*. Royal Danish Defence and Aarhus University.
- Bisson, J. & Cohen, J. (2006). Disseminating early interventions following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 583-595.
- Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder Systematic review and meta-analysis, *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Bisson, J. & Tavakloly, B. (2008). Orientações TENTS. *Orientações do projecto TENTS para o Apoio Psicossocial após Desastres e Incidentes Maiores*. Versão Traduzida para Português pelo Centro de Trauma – CES da Universidade de Coimbra. As orientações apresentadas foram desenvolvidas na Universidade de Cardiff, Wales, United Kingdom com contributos dos parceiros do The European Network for Traumatic Stress - Training and Practice (TENST-TP). www.tentsproject.eu The TENTS Guidelines - www.estss.org
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C. & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behavioral Research & Therapy*, 34, 669-673.
- Blanchard, E. & Hickling, E. (1997). The psychological treatment of PTSD. After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivor. Washington, D.C: *American Psychological Association*.
- Bliese, P, Wright, K., Adler, A., Thomas, J. & Hoge, C. (2007). Timing of postcombat mental health assessments. *Psychological Services*, 4, 141-148.
- Bliese, P. D., Wright, K. M., Adler, A. B., Cabrera, O., Castro, C. A. & Hoge, C. W. (2008). Validating the primary care posttraumatic stress disorder screen and the posttraumatic stress disorder checklist with soldiers returning from combat. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 272-281.
- Boehnlein, J. (1987). Culture and society in Posttraumatic Stress Disorder: Implications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 519-630.
- Bollinger, A., Riggs, D., Blake, D. & Ruzek, J. (2000). Prevalence of personalità disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 255-270.
- Bolton, E., Glenn, D., Orsillo, S., Roemer, L., Litz, B. (2003). The relationship between self-disclosure and symptoms of posttraumatic stress disorder in peacekeepers deployed to Somalia. *Journal Trauma Stress*; 16(3), 203-210.
- Bomyea, J., Risbrough, V. & Lang, A. J. (2012). A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD, *Clinical Psychology Review*, 32, 630-641.
- Booth-Kewley, S., Larson, G., Highfill-McRoy, R., Garland, C. & Gaskin, T. (2010). Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in marines back from war. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 69-77.
- Boscarino, J.A. (1995). Posttraumatic stress and associated disorders among Vietnam veterans: the significance of combat exposure and social support. *Journal of Traumatic Stress*, 8(2), 317-336.

- Boutros-Ghali, B. (1992). *An Agenda for Peace: "Improving the capacity of the United Nations for Peace Keeping"*. New York: United Nations.
- Boutros-Ghali, B. (1995). *An Agenda for Peace - Preventive Diplomacy, Peacemaking and Peacekeeping*. New York: United Nations.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Brahimi, L. (2000). *Comprehensive Review of the Whole Question of Peacekeeping Operations in all their Aspects: Report of the Panel on UN Peace Operations*. New York: Security Council, Document A/55/305-S/2000/809, 21 of August, 37.
- Bramsen, I., Dirkzwager, M.A. & Van der Ploeg. (2000). Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic symptoms: A prospective study of former peacekeepers. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1115-1119.
- Brewin, C., Andrews, B. & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- C., Andrews, B. & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brewin, C., Lanius, R., Novac, A., Schnyder, U. & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: life alter criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 366-373.
- Bremner, J., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosinheck, R. & Charney, D. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-332.
- Breslau, N., Davis, G., Peterson, E. & Schultz, L. (1997). Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 81-87.
- 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*, 55(7), 626-632.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatric*, 47(10), 923-929.
- Britt, T., Adler, A. & Bartone, T. (2001). Deriving benefits from stressful events: The role of engagement in meaningful work and hardiness. *Journal of occupational health*.
- Britt T., Bliese P. (2003). Testing the stress-buffering effects of self engagement among soldiers on a military operation. *J. Pers*, 71(2), 245-265.
- Buckley, T., Blanchard, E. & Neill, W. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 1041-1065.
- Calmeiro, L. & Magro, J. (2005). *O Exército Português nos caminhos da Paz. 1989-2005*. Coord. António Joaquim Cavaleiro. Ed. Secção de Cooperação Militar e Alianças do Gabinete do General Chefe do Estado-Maior do Exército (SCMA/GabCEME). www.exercito.pt
- Campbell-Sills, L., Barlow, B.H., Brown, T.A. & Hofmann, S.G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1251-1263.
- Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Duarte, J. (2014). Portuguese version of the PTSD Checklist-Military version (PCL-M) – II: Diagnostic Utility, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 00-000. Doi:10.1590/1516-4446-2013-1.
- Castanheira, H. (2003). Conferência: As Missões Humanitárias e de Paz. Participação Portuguesa, 1992 – 2002. Direcção de Política de Defesa Nacional; MDN.

- Centro de Psicologia Aplicada do Exército (CPAE). (1997). A Psicologia Militar e as Missões de Paz. *Revista de Psicologia Militar*, 10.
- Circular Normativa nº 11/DSPSM de 13 de Agosto. (2001). Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Impressos para admissão na Rede Nacional de Apoio aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação pós-stress traumático.
- Classificação Internacional das Doenças – OMS – 10ª ed. (1997). Deliberação 131/97 CSE, Diário da Republica Portuguesa II Série nº 166.
- Clausewitz, C. V. (2003). *Princípios da Guerra*. Lisboa: Edições Silabo Ltdª.
- Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: A review and critique, *CNS Spectrums*, 14(1), 32-43.
- Conceito Estratégico de Defesa Nacional (CEDN, 2003). *Diário da República* – I Série-B (20 de Janeiro de 2003). Resolução do Conselho de Ministros nº 6/2003.
- Conceito Estratégico de Defesa Nacional (CEDN, 2013). *Diário da República* – I Série, nº 67 (05 de Abril de 2013). Resolução do Conselho de Ministros nº 19/2013.
- Correia, A., Hipólito, J., & Teles, P. (2008). Dissertação de Mestrado em Estudos da Paz e da Guerra nas Novas Relações Internacionais. *O envolvimento dos militares nas operações de paz e reconstrução pós-conflito – A dimensão psicossocial*. UAL. Lisboa.
- Corsini, J. (1999). *The Dictionary of Psychology*. USA: Brunner-Mazel.
- Cozza, S. (2003). Psychiatric Treatment of Military Personnel. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. Washington DC: Borden Institute Creveld, M. (1991). *The Transformation of War*. New York, Free Press.
- CID-10. (1992). *Classificação Internacional de Doenças* - 10ª Edição. Organização Mundial de Saúde.
- Crowson, J., Frueh, C., Beidel, D. & Turner, S. (1998). Self-reported symptoms of social anxiety in a sample of combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(6), 605-612.
- Creech, S., Benzer, J., Liebsack, B., Proctor, S., Taft, C. (2013). Impact of Coping Style and PTSD on Family Functioning After Deployment in Operation Desert Shield/Storm Returnees. *Journal of Traumatic Stress*, 26(4), 507-511.
- Daskalov, K., Marinov, I. & Stantchev, D. (2007). *Personality characteristics and mission perception as predictors of PTSD*. Sofia, Bulgaria: Center for military psychology and prevention.
- Decreto-Lei nº 233/96 de 07 de Dezembro (1996). Define o estatuto dos militares das Forças Armadas envolvidas em missões humanitárias ou de paz fora do território nacional, no quadro dos compromissos internacionais assumidos por Portugal. Diário da República nº 283 - I Série A. Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto-Lei nº 238/96 de 13 de Dezembro (1996). Define o estatuto dos militares nomeados para participarem em acções de cooperação técnico-militar concretizadas em território estrangeiro. Diário da República nº 288 - I Série A. Ministério da Defesa Nacional.
- Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio (1999). Regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde. Diário da República nº 108 - I Série A. Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei 50/2000 de 7 de Abril. (2000). Cria a Rede Nacional de Apoio aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação psicológica crónica resultante da exposição a fatores traumáticos de stress durante a vida militar, instituída pela Lei n.º 46/99 de 16 de Junho. *Diário da República* nº 83 - I Série A. Ministério da Defesa Nacional.
- Derogatis, L. (1977). SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual I for the revised version of the SCL-90. Baltimore: *John Hopkins University School of Medicine*.

- Derogatis, L. & Cleary, P. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- Despacho Conjunto nº 364/2001 de 20 de Abril (2001). Ministério da Defesa Nacional e Ministério da Saúde (Admissão na RNA aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação de pós-stress traumático - Modelo 1 e 2). Diário da República nº 93 - II Série.
- Dessen, M. A., & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16(3), 221-231.
- Diehl, M., Coyle, N. & Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and Aging*, 1, 127-139.
- Di Nicola, M., Occhiolini, L., Di Nicola, L., Vallante, P., Di Mascio, R., Guizzardi, M., et al. (2007). Stress management and factores related to the deployment of italian peacekeepers in Afghanistan. *Military Medicine*, 172, 2, 140-143.
- Diretiva Operacional nº 08 do Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas (2006). Empenhamento Nacional na “United Nations Interim Force in Libanon (UNIFIL).
- Diretiva Operacional nº 10 do Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas (2011). Empenhamento Nacional na KFOR. “Fase de dissuasão – Gate 2”.
- Diretiva Operacional nº 001 do Chefe do Estado-Maior General das Forças Armadas (Alteração 1) (2011). Contingente Nacional para a ISAF.
- Dirkzwager, A., Bramsen, I. & van der Ploeg, H. (2001). The longitudinal course of posttraumatic stress disorder symptoms among aging military veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 846-853.
- Dirkzwager, A. J., Bramsen, I. & van der Ploeg, H. (2003). Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 34(8), 1545-1559).
- Dirkzwager, A. J., Bramsen, I. & van der Ploeg, H. (2005). Factors associated with posttraumatic stress among peacekeeping soldiers. *Anxiety, Stress and Coping*: 18(1), 37-51.
- Dobbie, C. (1994). *A Concept for Post-Cold War Peacekeeping*, Survival, vol. 36, n.3, Autumn.
- Dobbs, D. (2009). The post-traumatic stress trap, in *Scientific American*, 48-53.
- Echeburúa, E., Corral, P. & Amor, P. (2000). Novos avanços no tratamento da perturbação pós-stress traumático. *Revista de Psiquiatria*. Hospital Júlio de Matos, 13(2), 69-80.
- Ehlers, A., Mayou, R. & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Ehlers, A. & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A. & Clark, D. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review. *Biological Psychiatry*, 53, 817-826
- Ehlers, A., Clark, D., Hackmann, A., McManus, F. & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413-431.
- Elhai, J., Gray, M., Kashdan, T. & Franklin, C. (2005). Which Instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects? A survey of traumatic stress professionals. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 541-545.
- 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.

- Engel, C. (2013). Suicide, Mental Disorders, and the US Military. Time to Focus on Mental Health Service Delivery. *The Journal of the American Medical Association*, 310(5), 484-485.
- Erickson, D., Wolfe, J., King, L., King, L., & Sharkansky, E. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: a prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 41-49.
- Esparbés-Pistre, S., Sordes-Ader, F., & Tap, P. (1993). Présentation de l'échelle de coping. In *Les Stratégies de Coping, Journées du Labo PCS 93*. St Ciriq (pp. 89-107)
- Estado-Maior General das Forças Armadas (EMGFA). (2011). *Relatório: "Forças Nacionais Destacadas (FND) e Militares em Missão no Estrangeiro no âmbito da NATO, EU e ONU, (11 de Janeiro)*.
- Estado-Maior General das Forças Armadas (EMGFA). (2011). *Relatório: Ponto de Situação das Operações Militares (NATO, EU e ONU), (05 de Setembro)*.
- Everstine, D. & Everstine, L. (1993). *The Trauma Response: Treatment for Emotional Injury*. New York, p. 227.
- Fernandes, E. & Maia, A. (2001). Quando a guerra parece não ter fim: Uma intervenção psicoterapêutica em Perturbação Stress Pós-Traumático de Guerra. *Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 379-387.
- Ferrajão, P. (2010). A experiência em missões internacionais de paz: Estudo do funcionamento mental e coesão grupal nos militares da GNR. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 181-199.
- Ferrajão, P. (2011). Traços de personalidade e exposição ao trauma como preditores de sintomas de stress pós-traumático: Estudo com militares participantes numa missão internacional de paz. *Revista de Psicologia Militar*, 20, 9-25.
- Filjak, T. (1998). Psychological readiness of the international peace operations troops – the Croatian “inside view”. Paris: Proceedings of the 34th International Applied Military Psychology Symposium (IAMPS): 25-29 May.
- Foa, E., Hearst-Ikeda, D., Perry, K. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- Foa, E. & Meadows, E. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Foa, E. & Rothbaum, B. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Foa, E., Keane, T., Friedman, M. (Eds.). (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 539-588.
- Foa, E. (2000). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 43-48.
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R. & Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fontana, A., Rosenheck, R. & Horvath, T. (1997). Social support and psychopathology in the war zone. *Journal of Nervous Mental Disease*, 185(11), 675-681
- Fontana, A. & Rosenheck, R. (1998). Psychological benefits and liabilities of traumatic exposure in war zone. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 485-505.

- Fortes, A. & Neri, A. (2008). Eventos de vida e envelhecimento humano. In A. L. Neri, & M. S. Yassuda (Eds.), *Velhice bem sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (3 ed.), 51-71. Campinas, SP: Papirus.
- Foy, D., Resnik, H., Sipprelle, R. & Carroll, E. (1987). Preliminary, military and postmilitary factors in the development of combat related stress disorders. *The Behaviour Therapist*, 10, 3-9.
- Franke, V. (2003). The social identity of peacekeeping. In T. W. Britt and A. B. Adler (Eds). *The Psychology of the Peacekeeper: Lessons from the Field* (31-51). London: Praeger.
- Freedy, J. & Donkervoet, J. (1995). Traumatic stress: An overview of the field. In John R. Freedy a Steven E. Hobfoll (Eds.). *Journal Traumatic Stress: From Theory to Practice*, (3-28). New Yorke: Plennun Press.
- Friedman M., Yehuda R. (1995). Post-Traumatic stress disorder and comorbidity: psychobiological approaches to differential diagnosis. In: *Friedman, M., Charney, D.*
- Friedman, M., Resick, P., Bryant, R., Brewin, C. (2010). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety* 28(9), 750-769. <http://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/id35490>
- Fundação Mário Soares (FMS), (2006). Projecto de Investigação. *A Participação Portuguesa em Missões de Paz*. Relatório final. Centro de Investigação e Formação para uma Cultura da Paz. Lisboa.
- Gal, R., Mangelsdorff, D. (1991). *Handboock of Military Psychology*. West Sussex, England: John Wiley and Sons, Ltd^a.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. & Cowen, P. (1996). *Oxford Textbook of Psychiatric*. (3nd Ed.) Oxford: University Press.
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T. & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: a 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 249-57.
- Gomes, A. (2006). O Apoio Sanitário no Teatro de Operações – Evolução do conceito à luz dos novos cenários. *Revista Militar*, 8/9, 937-950.
- Guarda Nacional Republicana (GNR). (2007). Seminário Internacional. 1st Social and Criminal Sciences Seminar within the compass of the Organization FIEP. Victims of terrorism: The Psychosocial response of the Security Forces. Lisboa. *Revista Pela Lei e Pela Grei*. Janeiro/Março.
- Guerra, A. (2003). Percepção da frequência das Fontes de Stress e Estratégias de Coping utilizadas nos alunos do 1º e 2º ano da Academia Militar. *Revista de Psicologia Militar*, 14, 67-80.
- Guerreiro, D., Brito, B., Batista, J., Galvão, F. (2007). Stress Pós-traumático. Os mecanismos do trauma. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 347-354.
- Gray, M., Bolton, E., Litz B. (2004). A longitudinal analysis of PTSD symptom course: delayed-onset PTSD in Somalia peacekeepers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 909-913.
- Grieger, T., Cozza, S., Ursano, R., Hoge, C., Martinez, P., Engel, C. & Wain, H. (2006). Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1777-1783.
- Halligan S. & Yehuda R., (2000). Risk Factors For PTSD. *The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD Research Quarterly, volume II, 3.
- Hamilton, J. D. & Workman, R. H. (1998). Persistence of combat-related posttraumatic stress symptoms for 75 years. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 763-768.
- Harter, S. (1993). Visions of self: beyond the me in the mirror. In J. E. Jacobs (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: developmental perspectives on motivation*, 40, 99-144. Lincoln: University of Nebraska Press.

- Hendin, H. & Haas, H. (1984). *Wounds of War*. New York, Basic Books.
- Hill, M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*, Edições Sílabo, 2ª edição, Lisboa.
- Hoge, C., Castro, C., Messer, S., McGurk, D., Cotting, D. & Koffman, R. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351, 13-22.
- Hoge, C., Auchterlonie, J. & Milliken, C. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 295, 1023-1032
- Hobfoll, S. & Vaux, A. (1993). Social support: Social resources and social context. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress* (pp. 685-705). New York: Free Press.
- Hotopf, M., Hull, L., Fear, N., Browne, T., Horn, O., Iversen, A., et al. (2006). The health of UK military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: a cohort study. *Lancet*, 367(9524), 1-12.
- Hobfoll, S., Watson, P., Bell, C., Bryant, R., Brymer, M., Friedman, M. & Ursano, R., (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70, 283-315.
- Hourani, L. & Yuan, H. (1999). The mental health status of women in the Navy and Marine Corps: preliminary findings from the perception of wellness and readiness assessment. *USA: Military Medicine*, 164, 174-181.
- Hull, L., Hall, J., Greenberg, N., Rona, R., Hotopf, M., Wessely, S., Fear, N. (2009). The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: using data from a clinical interview-based study. *BMC Psychiatry*, 9-68.
- International Classification of Functioning (CIF). (2001). *Disability and Health*. World Health Organization, Geneva.
- International Crisis group – Working to prevent conflict worldwide www.crisisgroup.org
- Instituto de Defesa Nacional (IND). (1995). Curso de Defesa Nacional. Comunicação do Dr. António Figueiredo Lopes, (28 de Abril).
- Instituto de Defesa Nacional (IND). (1996). Curso de Defesa Nacional. Comunicação do Dr. António Manuel de Carvalho F. Vitorino, (09 de Maio).
- Instituto de Defesa Nacional (IND). (1999). Operações de Paz. *Nação e Defesa*, 91. Lisboa.
- Iversen, A., Fear, N., Ehlers, A., Hughes, J., Hull, L., Earnshaw, M., et al., (2008). Risk factors of post-traumatic stress disorder among U.K armed forces personnel. *Psychological Medicine*. 38, 511-522.
- Jakovljevic, M., Brajkovic, L., Jaksic, N., Loncar, M., Aukst-Margetic, B. & Lasic, D. (2012). Post traumatic stress disorder (PTSD) from different perspectives: A transdisciplinary integrative approach. *Psychiatria Danubina*, 24, 246–255
- Jaksic, N., Brajkovic, L., Ivezic, E., Topic, R. & Jakovljevic, M. (2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatria Danubina*, 24(3), 256-266.
- Jakupcak, M., Tull, M., McDermott, M., Kaysen, D., Hunt, S. & Simpson, T. (2010). PTSD symptom clusters in relationship to alcohol misuse among Iraq and Afghanistan war veterans seeking post-deployment VA health care. *Addictive Behaviors*, 35, 840-843.
- Jaycox, L. & Foa, E. (1998). Posttraumatic stress disorder. In Bellack, A. & Hersen, M. (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology*. Elsevier Science. New York.
- Johnsen, B., Eid, J., Laberg, J., Thayer, J. (2002). The effect of sensitization and coping style on post-traumatic stress symptoms and quality of life: Two longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 181-188.

- Kaldor, M. (2001). *New & Old Wars – Organized Violence in a Global Era*. Stanford University Press, Stanford.
- Kang, H., Natelson, B., Mahan, C., Lee, K. & Murphy, F. (2003). Posttraumatic Stress Disorder and Chronic Fatigue Syndrome-like illness among Gulf War Veterans: A population-based survey of 30,000 Veterans. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 141-148.
- Keane, T.M., Caddell, J.M. & Taylor, K.L. (1988). Mississippi Scale for Combat Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in a National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kessler, R. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 4-12.
- Kilpatrick, D., Resnick, H. & Aciermo, R. (2009). Should PTSD Criterion A be retained? *Journal of Traumatic Stress*, 22, 364-383.
- King, L., King, D., Fairbank, J., Keane, T. & Adams, G. (1998). Resilience-recovery factors in posttraumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 420-434.
- Kozaric-Kovacic, D. & Borovecki, A. (2005). Prevalence of psychotic comorbidity in combat-related posttraumatic stress disorder. *Military Medicine*, 170(3), 223-226.
- Kramer, T., Booth, B., Han, X., & Williams, D. (2003). Service utilization and outcomes in medically ill veterans with posttraumatic stress and depressive disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 16(3), 211-219.
- Kremen, W., Koenig, K., Boake, C., Prucell, S., Eisen, S., Franz, C., et al. (2007). Pretrauma cognitive ability and risk for posttraumatic stress disorder: A twin study. *Archives of General Psychiatry*, 64, 361-368.
- Kulka, R., Schlenger, W., Fairbank, J., Hough, R., Jordan, B., Marmar, C., and Weiss, D. (1990). In Fivley, 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.
- Lapierre, C., Schwegler, A. & LaBauve, B. (2007). Posttraumatic stress and depression symptoms in soldiers returning combat operations in Iraq and Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 933-943.
- Lazarus, R. (1981). The stress and coping paradigm. In C. Eisdorfer, D. Chen, A. Kleinman, & P. Maxim (Eds.). *Models for clinical psychopathology* (pp. 177-214). New York: Spectrum.
- Lazarus, R.S. & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 38, 245-254.
- Lazarus, R., Folkman, (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.
- Lei nº 46/99 de 16 de Junho. (1999). Apoio às vítimas de stress pós traumático de guerra. Portugal: *Diário da República* nº 138 - I Série A. Assembleia da República. Portugal.
- Lennings, C. (1994). A Cognitive Understanding of Adolescent Suicide, *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 120, 289-301.
- Lilienfeld, S., Lynn, S. & Lohr, J. (2003). *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology*. New York: Guilford Press. Litz, B. T. (1996). The psychological demands of peacekeeping for military personnel. *Clinical Quarterly*, 6(1), 1-8.

- Linley, P.A. & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11-21.
- Linley, P.A. (2005). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 601-610.
- Litz, B. (1996). The psychological demands of peacekeeping for military personnel. *Clinical Quarterly*, 6(1), 1-8.
- Litz, B. (2007). The unique circumstances and mental health impact of the wars in Afghanistan and Iraq. Recuperado em 01 de Maio de 2007 de http://ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/factshts/fs_iraqafghanistan_wars.html?opm=1&rr=rr46&srt=d&echorr=true
- Litz, B., Orsillo, S., Friedman, M., Ehlich, P., Batres, A. (1997). Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 178-184.
- Lloyd, D. & Turner, R. (2003). Cumulative Adversity and Posttraumatic Stress Disorder: Evidence from a Diverse Community Sample of Young Adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 381-391.
- MacDonald, C., Chamberlain, K., Long, N. & Mirfin, K. (1996). *Psychological effects of peacekeeping deployments on military personnel*. Palmerston North: Massey University, Department of Psychology.
- MacDonald, C., Chamberlain, K., Long, N., Pereira-Laird, J. & Mirfin, K. (1998). Mental health, physical health, and stressors reported by New Zealand Defence Force peacekeepers: a longitudinal study. *Military Medicine*, 163, 477-481.
- 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. Coimbra: Almedina.
- Maia, A., McIntyre, T., Pereira, G., & Fernandes, E. (2006). Por baixo das pústulas da guerra: reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da guerra colonial. In M. Gama, *A Guerra Colonial (1961-1974)*, 11-28. Braga: Universidade do Minho.
- Maia, A., Osório, C. (2012). Prevalência de perturbação de stress pós-traumático e problemas de saúde física entre os militares portugueses regressados do Afeganistão. 9º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Promoção da saúde e doenças crónicas: desafios à promoção da saúde. Ed.: J. Pais-Ribeiro, R. Matavelli, P. Vagos, A. Torres, I. Direito, & A. Pereira. Universidade de Aveiro, 9-11 de Fevereiro. Suplemento, (12), 67.
- Marcelino, D. & Gonçalves, S. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Post-traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 30(1), 71-75.
- Marmar, C., Weiss, D., Schlenger, W., Faibank, J., Jordan, B., Kulka, R., et al. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.
- Maroco, J. (2011). *Análise estatística com SPSS statistics* (5ª ed.). Pêro Pinheiro: Editora Report Number.
- Martz, E., Bodner, T. & Livneh, H. (2010). Social support and coping as moderators of perceived disability and posttraumatic stress levels among Vietnam theater veterans. *Health*, 2(4), 332-341.
- McFarlane, A. & Papay P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 498-504.
- McFarlane, A. & Girolamo, G. (1996). The nature of traumatic stressors and posttraumatic reactions. In B. van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: the effects of*

- overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 129-154). New York: the Guilford Press.
- McNally, R. (2003). Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 54, 229-252.
- McNally, R., Bryant, R. & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest. Sage Journal on line*, 4, 45-79.
- McHugh, P., Treisman, G. (2007). PTSD: A problematic diagnostic category. *Journal Anxiety Disord*, 21, 211-222.
- Medical Corps (2011). International forum. Treatment of Burn Injuries, 64th CIOR/CIOMR/NRFC, Summer Congress “*Prevention and Treatment of Combat Stress*”.
- Mehlum, L. & Weisaeth, L. (2002). Predictors of posttraumatic stress reactions in Norwegian U.N. Peacekeepers 7 years after service. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 17-26.
- Mendes, A. (2002). Stress e imunidade: contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress. Coimbra: *Edições Sinais Vitais*.
- Mitchel, J. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency. Medical Services*, 1, 36-39.
- Ministério da Defesa Nacional (MDN). (1999). Portugal e os 50 anos da Aliança Atlântica, 1949-1999. Coord. General Garcia Leandro. Vários Autores. ISBN 972-95256-1-7.
- Ministério da Defesa Nacional (MDN). (2002). *Anuário Estatístico da Defesa Nacional*, p. 57.
- Ministério da Defesa Nacional (MDN). (2010). Recuperado em 12 Fevereiro de 2010 de <http://www.mdn.gov.pt/defesa/defesa.htm>
- Ministério da Defesa Nacional (MDN). (2011). Ministério da Defesa Nacional. Recuperado em 12 Janeiro de 2011 de <http://www.mdn.gov.pt/defesa/defesa.htm>.
- Monat, A. & Lazarus, R.S. (1985). *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press.
- Monteiro-Ferreira, J. (2003). Trauma e Coping: natureza e curso de um processo. In M.G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds). *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção* (pp. 91-107). Lisboa: Climepsi.
- Monteiro, A., Guimarães, F., (1999). *Nação e Defesa*. Instituto de Defesa Nacional. Operações de Paz, (91), 29-43, 2ª Série (Outubro).
- Morais, T. (2009). Risco e Resiliência na Idade Adulta. Estudo comparativo entre militares portugueses no Afeganistão e uma amostra da população geral. *Revista de Psicologia Militar*, 18: 65-93.
- Moscarello, R. (1990). Psychological management of victims of sexual assault. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35(1), 25-30.
- Moshe, K., Iulian, I., Ravit, E. & Marianne, A. (2001). Anger, Impulsivity, Social Support, and Suicide Risk in Patients With Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(3), 162-167.
- Mosquera, J. & Stobaus, C. (2008). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização na Universidade. In D. Euricone, & C. D. Stobaus (Edits.), *A docência na educação superior: sete olhares* (2 ed.: 11-118). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Miller, W., Wolf, E., Kilpatrick, D., Resnick, H., Marx, B. (2012). The prevalence and latent structure of proposed DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in U.S. national and veteran samples.

- Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.
<http://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/id39382>
- Mikulincer, M. & Florian, V. (1996). Coping and adaptation to trauma and loss. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (554-572). New York: John Wiley & Sons.
- National Center for PTSD. (2010). Posttraumatic Stress Disorder. Using the PTSD Checklist (PCL), pp. 1-2. Recuperado em Setembro de 2012,
<http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/ptsd-checklist.asp>
- National Council on Disability (2009). Invisible wounds: Serving service members and veterans with PTSD and TBI. Recuperado em 10 de Março de 2010,
<http://www.pacares.org/linkclick.aspx?fileticket=QkmFLWu7cDM=&tabid=67>.
- Neimeyer, R., Prigerson, H.G., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist*, 46, 235-251.
- Norris, F. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different traumatic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Nutt, D., Davidson, J., Zohar, J. (2000). *Post-traumatic Stress Disorder*. Diagnosis, Management and Treatment. London, UK: Martin Dunitz Ltd.
- O'Connor, B. (1991). How a Relationship Between Thinking and Feeling May Give Rise to a Variety of Human Behaviors? *Genetic, Social and Gen Psychology Monographs*, 117, 31-42.
- Oquendo, M., Brent, D., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., et al. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 560-566.
- Osório, C. & Maia, A. (2010). As consequências ao nível da Saúde Psicológica da participação da guerra do Afeganistão e Iraque. *Revista de Psicologia Militar*, 19; 279-304.
- Orsillo, S., Heimberg, R., Juster, H. & Garret, J. (1996). Social Phobia and PTSD in Vietnam Veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 235-252.
- Orsillo, S., Roemer, L., Litz, B., Ehlich, P., Friedman, M. (1998). Psychiatric symptomatology associated with contemporary peacekeeping: an examination of pos-mission functioning among peacekeepers in Somalia. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 611-625.
- Ozer, E., Best, S., Lipsey, T. & Weiss, D. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Paiva, L., Cerdeira, E., Rodrigues, A. & Ferro, F. (1997). O Militar Português em Missões de Paz – Factores Humanos no Pré e no Pós-Deslocamento. *Revista de Psicologia Militar*, 10, 35-56.
- Pamplona, A. V., & Monteiro, L. F. (2011). Psicologia Militar. In Miguel Pereira Lopes, *Psicologia Aplicada* (pp. 283-308). Lisboa: Editora RH.
- Pedroso, R. S., & Sbardelloto, G. (2008). Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crónicos: revisão teórica. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde, Belo Horizonte*, 4(7), 32-35.
- Pena, R. (2001). *XIX Conferência Internacional*. Lisboa, 09 de Novembro.
- Peixoto, F. (2003). Auto-estima, Autoconceito e Dinâmicas Relacionais em Contexto Escolar. Tese Doutoramento. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Braga.
- Pereira, A. (1992). Stress e Coping. *Revista de Psicologia Militar*, 391-397.
- Pereira, A.C. (1997). PTSD. Consequências Sócio-Familiares. *Hospital Júlio de Matos*, 1, 30-35.
- Pereira, M. & Monteiro-Ferreira, J. (2003). *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi.

- Pereira, M., Pedras, S. Lopes, C., Pereira, M., Machado, J. (2010). PTSD, Psicopatologia e tipo de família em Veteranos de Guerra Colonial Portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 211-232.
- Pedras, S. & Pereira, M. (2007). Características sócio demográficas e PTSD do Veterano de Guerra: implicações para a intervenção. *Comunicação apresentada no 2º simpósio internacional perturbação pós stress traumático*. Portalegre.
- Peres, J., Mercante, J. & Nasello, A. (2005). Psychological dynamics affecting traumatic memories: implications in psychotherapy. *The British Psychological Society*, 441-447.
- Pinto, M. (2006). As 4 gerações da guerra moderna. *Jornal do Exército*, pp. 12-18.
- Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016 – Resumo Executivo. (2008). Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- 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.
- Relatório de Fim de Missão do 2º Contingente Nacional – FND/ISAF (2011). Ministério da Defesa Nacional. Forças Armadas Portuguesas. Contingente Nacional no Afeganistão (FND PRT ISAF; Abr-Out).
- Relatório de Fim de Missão do Batalhão de Infantaria Mecanizada (2011). FND/KFOR (Mar-Set).
- Relatório do EMGFA - Estado-Maior do Comando Conjunto (2011). Reunião do Comité Militar da NATO. Situação das Operações Militares (NATO-Set).
- Relatório de Fim de Missão da Unidade de Engenharia (2012). FND/UNIFIL (Jul 2011-Jan 2012).
- Resick, P. (2000). Psychological risk factors: pre-trauma and peri-trauma influences. In, P. Resick, *Stress and Trauma*, (pp.95-115). USA: Psychology Press.
- Resick, P. (2000). Prevalence of traumatic stress and related disorders. In, P. Resick, *Stress and Trauma*, (29-55). USA: Psychology Press.
- Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3(17), 547-558.
- Richardson, L., Christopher Frueh, B., Acierno, R., (2010). Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical Review. *Aust N Z J Psychiatry*, 44(1), 4-19.
- Riggs, D., Foa, E. (2004). Posttraumatic Disorders. In C. Spielberger (Ed.). *Encyclopedia of Applied Psychology*, 83-90. Amsterdam: Elsevier Academic Press.
- Roestel, C., Kersting, A. (2008). Simple and complex posttraumatic stress disorders. Diagnostic and therapeutic approaches. *Nervenarzt*, 79(7), 845-854; Quiz 855.
- Rogers, C. (2000). Manual de counseling. GATF.
- Rogers, C. (2004). Terapia centrada no cliente. UAL, GATF.
- Rosen, G., Lilienfeld, S. (2008). Posttraumatic stress disorder: an empirical evaluation of core assumptions. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 837-868.
- Rothbaum, B., Foa, E., Riggs, D., Murdock, T., Walsh, W. (1992). A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Sadock, B., Sadock, V. (2003). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 9th ed. Baltimore, USA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Sales, L., Guardado Pereira, F., Dias, A. (2006). PTSD em ex-combatentes - Dados de Investigação em Portugal, in Paulo José Costa, Lopes Pires, et al (org.). *Stress Pós- Traumático: Modelos Abordagens e Práticas*. Leiria: Editorial Presença.
- Sales, P. (2001). Importancia del concepto de trauma y sus implicaciones para el trabajo en salud mental en violencia política y catástrofes – Conferência no Interpsiquis 2001, 2º. Congresso de On-Line de Psiquiatria, 1 Fevereiro a 7 Março 2001, recuperado em 10 de Outubro de 2011 de www.psiquiatria.com/congreso e <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis>.
- Santana, V.H. (2003). A avaliação do autoconceito e a actividade física. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: (s.n.)
- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L., Abreu, P. & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estress pós-traumático. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 25, 8-11.
- Schlenger, W., Kulka, R., Fairbank, J., Hough, R., Jordan, B., Marmar, C., et al. (1992). The prevalence of posttraumatic stress disorder in the Vietnam generation: a multimethod, multisource assesment of psychiatric disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 333-363.
- Schnurr, P., Friedman, M. & Rosenberg, S. (1993). Premilitary MMPI scores as predictors of combated-related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 150, 479-483.
- Schnurr, P., Ford, J., Friedman, M., Green, B., Dain, B. & Sengupta, A. (2000). Predictors and outcomes of posttraumatic stress disorder in World War II Veterans exposed to mustard gas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 68(2), 258-268.
- Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *Am Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Shalev, A. (1996). “Stress versus traumatic stress from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology”. In, Van der Kolk, Bessel, Mcfarlane, Alexander & Weisaeth, Lars (Ed.). *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. The Guilford Press. New York, p. 77-101.
- Shalev, A., Peri, T., Brandes, D., Freedman, S., Orr, S. & Pitman, R. (2000). Auditory Startle Response in Trauma Survivors With Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Study. *Am J Psychiatry*, 157, 255-261.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement and desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. The Guilford Press, NY.
- Sherman, J. (1998). Effects of psychotherapy treatments for PTSD: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 413-435.
- Silva, A. (1998). Avaliação Psicológica dos Militares em Ações de Paz. *Jornal do Exército*, XXXIX, 459, (pp. 15-18).
- Silva, A., Paiva, L. Cerdeira, E., Rodrigues, A. & Luís (1998). O Militar Português em Missões de Paz. O modelo de Avaliação Psicológica: Considerações Epistemológicas e Metodológicas. *Revista de Psicologia Militar*, 11, 173-184.
- Smith, T., Ryan, M., Wingard, D., Slymen, D., Sallis, J. & Kritz-Silverstein (2008). New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self-reported after deployment and combat exposures: Prospective population based U.S. military cohort study. *British Medical Journal*, 336, 1-11.
- Smith, B., Vaughn, R., Vogt, D., King, D., King, L. & Shipherd, J. (2013). Main and interactive effects of social support in predicting mental health symptoms in men and women following military stressor exposure. *Anxiety, Stress & Coping*, 26(1), 52-69.
- Sordes-Ader, F., Esparbés-Pistre, S. & Tap, P. (1997): Adaptation et stratégies de coping à l’adolescence: étude différentielle selon le sexe et l’âge; *Spirale*, 20, 131-154.

- Solomon, Z., Garb, R., Bleich, A. et al. (1987). Reactivation of combat - related PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 144, 51-55.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related posttraumatic stress disorder: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(2), 279-285.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Avitzur, E. (1990). Coping style and post-war psychopathology among Israeli soldiers. *Personality and Individual Differences*, 11, 451-456.
- Somerfield, M. & McCrae, R. (2000). Stress and coping research: methodological Challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55(6), 620-625.
- Sousa, A. (2013). As Forças Armadas e as Missões de Paz”. Combater por Portugal. As atuais Operações de Paz. Universidade Católica. *Conferência: 22 de Maio*. Lisboa.
- Southwick, S., Yehuda, R. & Giller, E. (1991). Characterization of depression in war-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 179-183.
- Spiro, A., Schurr, P. & Aldwin, C. (1994). Combated-related posttraumatic stress disorders symptoms in older men. *Psychology and Aging*, 9(1), 17-26.
- Spitzer, R, First, M., Wakefield, J. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal Anxiety Disorders*, 21, 233-241.
- Skinner, E.A. & Edge, K. (Eds). (1998). Special section on “Coping and Development Across the Life-span”. *International Journal of Behavioral Development*, 22.
- Stein, M., Jang, K., Taylor, S., Vernon, P. & Livesley, J. (2002). Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorders symptoms: A twin study. *American Journal of Psychiatric*, 159, 1675-1681.
- Strumpfer, D.J.W. (1995). The origins of health and strength: From “salutogenesis” to “fortigenesis” *South African Journal of Psychology*, 25(2), 81-87.
- Strumpfer, D.J.W. (2006). The strengths perspective: Fort genesis in Adult Life. *Social Indicators Research*, 77, 11-36.
- Surrador, A. (2002). Stress e Operações de Apoio à Paz: Contributos para um Projecto de Intervenção Psicossocial na Força Aérea. *Revista de Psicologia Militar*, 13, 145-173.
- Surrador, A. (2006). Portuguese Armed Forces in the International Security and Assistance Force in Afghanistan: Psychological Support for the Command of Kabul International Airport. In *Human Dimensions in Military Operations*, 1-14. Lisboa: Portuguese Air Force Psychology Centre.
- Tanielian, T. & Jaycox, L. (Eds.). (2008). *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Tap, P. & Vasconcelos, M. L. (2004). *Precaridade e vulnerabilidade psicológica: Comparações franco-portuguesas*. Coimbra: Fundação Bissaya Barreto.
- Tap, P., Costa, E. & Alves, M. (2005). Escala Toulousiana de Coping (ETC): Estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 6(1), 47-56. Lisboa: Portugal.
- Tap, P., Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R. (2008). New Studies on Self-Esteem: The Portuguese Population Validation of Rogers Self-Esteem Scale and Nouvelle Echelle Toulousaine de Estime de Soi (N.E.T.E.S.). Submitted to PCEP Journal (*Journal of the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling*).
- Tap, P., Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R. (2009). Escala de Estima de Si. *Self Esteem, Rogers, Tap, Hipólito e UAL* (S.E.R.T.H.U.A.L.). Manual não publicado.

- Tedeschi, R. & Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory. Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.
- Tedeschi, R., Park, C. & Calhoun, L. (1997). *Posttraumatic Growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tedeschi, R. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 319-341.
- Tedeschi, R. & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry*, 15, 1-18.
- Tedeschi, R. & McNally, R. (2011). Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans? *American Psychological Association*, 66(1), 19-24.
- Terri, T. (2009). *Invisible Wounds of War Study Team*. Assessing Combat Exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in Troops and Estimating the Costs to Society. The RAND Corporation, recuperado em Setembro 2011, de <http://www.rand.org/pubs/testimonies/CT321/>.
- Thoits, P. (1986). Social Support as Coping Assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.
- Thorndike, F., Wernicke, R., Pearlman, M. & Haaga, D. (2006). Nicotine dependence, PTSD symptoms, and depression proneness among male and female smokers. *Addictive Behaviors*, 31(2), 223-231.
- United Nations Department of Peacekeeping Operations (DPKO), (2003). *Handbook on Multidimensional Peacekeeping Operations*. New York: Peacekeeping Best Practices Unit.
- United Nations. *Guidelines for the Development of Rules of Engagement for UNPKO*, Doc. ONU
- Valentine, P. (2003). Trauma: definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In, M.G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds). *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção*, 91-197. Lisboa: Climepsi.
- Van der Kolk, B., Weisaeth, L., van der Hart, O. (1996). History of trauma in psychiatry. In: van der Kolk B, McFarlane AC, Weisaeth L, eds. *Journal Traumatic stress*. New York: Guilford.
- Van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L., (1996). *Experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- Van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7-22.
- Van Etten, M. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatment for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Vaz Serra, A. (1988). Um estudo sobre coping: O Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 301-316.
- Vaz Serra, A. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra. Gráfica de Coimbra.
- Vaz Serra, A. (2006). Stress, coping e cancro. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 9-20.
- Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (3 ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Waites, E., (1993). *Trauma and Survival: Post-Traumatic and Dissociative Disorders in Women*. New York, 260.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo
- Whealin, J., Morgan, C. & Hazlett, G. (2001). The role of military studies in enhancing our understanding of PTSD. *Quarterly*, 12, 1-3.

- 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.
- Weathers, F., Litz, B. & Keane, T. (1995). Military trauma. In J. R. Freedy and S. E. Hobfoll (Eds). *Traumatic stress: From theory to practice*, 103-128. New York: Plenum.
- Weathers, F., Keane, T. (2007). The criterion A, problem revisited: controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 107-121.
- Weisaeth, L. (1979). Psychiatric Disease and Stress Among U.N. Soldiers in South Lebanon. *Foursuarets Saniet*, Oslo, 35-41.
- 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*.
- Weisaeth, L., Mehlum, L. & Mortensen, M. (1996). Peacekeeper Stress. New and different? *NC-PTSD Clinical Quaterly*, 6(1), 12-15.
- Wethington, E. & Kessler, R. (1986). Perceived Support, Received Support, and Adjustment to Stressful Life Events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-89.
- WHO (1992). *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneve, Switzerland: Office of Publications WHO.
- Whitty, M. T. (2003). Coping and defending: age differences in maturity of defence mechanisms and coping strategies. *Aging & Mental Health*, 7(2), 123-132.
- Winefield, H., Winefield, A., Tiggemann, M. (1992). Social Support and Psychological Well-Being in Young Adults: The Multi-Dimensional Support Scale. *Journal of Personality Assessment*, 58(1), 198-210.
- 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, 520-528.
- Wolkow, K., Ferguson, H. (2001). Community factors in the development of resiliency: Considerations and future directions. *Community Mental Health Journal*, 37, 489-498.
- Woodhouse, T. & Duffey, T. (2000). *Peacekeeping and International Conflict Resolution*. New York: United Nations Institute for Training and Research.
- Yehuda, R. (2001). Understanding post-traumatic stress disorder. *Journal Clinics of Psychiatry*, 25(1), 3-9.
- Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346, 108-114.
- 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.
- Yehuda, R. & Flory, J. (2007). Differentiating biological correlates of risk, PTSD, and resilience following trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 435-447.
- Zoellner, T., Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626-653.

ANEXOS

ANEXO A – Tabela da Caracterização Sociodemográfica da Amostra Geral
(Pré-missão e Pós-missão)

<i>Variáveis</i>	<i>Pré-missão</i>				<i>Pós-missão</i>			
	n=501		M	DP	n=423 (-78)		M	DP
	n	%			n	%		
Género								
Masculino	471	94			396 (-75)	79 (-15,5)		
Feminino	30	6			27 (-3)	5 (-1)		
Estado Civil								
Solteiro	286	57,1			254 (-32)	50,6		
Casado/União de facto	158	31,5			127 (-31)	25,3		
Vive com companheira	43	8,6			32 (-11)	6,3		
Divorciado/separado	14	2,8			10 (-4)	2,0		
Habilitações Literárias								
5º e 6º	11	2,2			9 (-1)	1,8		
7º a 9º	147	29,3			108 (-39)	21,5		
10º a 12º	282	56,3			251 (-31)	50,9		
Licenciatura	49	9,8			43 (-7)	8,6		
Mestrado/doutoramento	12	2,4			12	2,4		
Ramo das FAA								
Exército	350	69,9			319 (-31)	63,6		
Marinha	13	2,6			13	2,6		
Força Aérea	13	2,6			13	2,6		
GNR	126	25,1			79 (-47)	15,7		
Situação								
Carreira	276	55,1			209 (-67)	41,7		
Contratado	225	44,9			214 (-11)	42,7		
Posto								
Oficial	58	11,6			52 (-6)	10,3		
Sargento	123	24,6			99 (-24)	19,7		
Praça	320	63,9			272 (-48)	54,4		
Tempo Permanência Instituição								
<5 anos	223	44,5			180 (-43)	35,9		
6 a 10 anos	117	23,4			114 (-3)	22,7		
10 a 15 anos	59	11,8			44 (-15)	8,8		
15 a 20 anos	35	7,0			33 (-2)	6,6		
20 a 25 anos	38	7,6			23 (-15)	4,6		
25 a 30 anos	28	5,6			28	5,6		
>30 anos	1	0,2			1	0,2		
Tipo de Missão								
KFOR	123	24,6			102 (-21)	20,5		
ISAF	156	31,1			154 (-2)	30,8		
UNMIT	116	23,2			69 (-47)	13,6		
UNIFIL	106	21,1			98 (-8)	19,6		

Variáveis	Pré-missão			Pós-missão				
	n=501		M	DP	n=423 (-78)		M	DP
	n	%			n	%		
Especialidade Militar								
Infantaria	114	22,8			85 (-29)	16,9		
Tropa especial	98	19,6			86 (-12)	17,1		
Artilharia/Atirador	41	8,2			40 (-1)	7,9		
Apoio Geral	32	6,4			30 (-2)	5,9		
Condutor/mecânico viaturas	25	5			24 (-1)	4,7		
Ordem Publica	73	14,6			54 (-19)	10,7		
Engenharia/Construções	63	12,6			62 (-1)	12,3		
Outras Especialidades	55	10,9			42 (-13)	8,3		
Contactos frequentes com camaradas								
Não	16	3,1			17 (+1)	3,3		
Sim	280	55,9			398 (+118)	79,4		
N/R	205	41			8 (-197)	1,6		
Experiência nas missões								
1ª missão que participa	263	52,5			228 (-34)	45,5		
Participou em missões anteriores	238	47,5			195 (-42)	38,9		
Idade	(19 a 56 Anos)		29,36	8,065			29,29	7,835

**ANEXO B – Tabela da Caracterização Sociodemográfica da Subamostra Clínica
(Pré-missão e Pós-missão)**

<i>Variáveis</i>	n=113		M	DP
	n	%		
Género				
Masculino	107	94,7		
Feminino	6	5,3		
Estado civil				
Solteiro	62	55		
Casado/União de facto	44	38,9		
Vive com companheira	7	6,1		
Habilitações Literárias				
7º a 9º	23	27,7		
10º a 12º	70	61,9		
Curso superior	20	20,4		
Ramo das FAA				
Exército	81	71,7		
Marinha	6	5,3		
Força Aérea	6	5,3		
GNR	20	17,7		
Situação				
Carreira	58	51,3		
Contratado	55	48,7		
Posto				
Oficial	19	16,8		
Sargento	29	25,7		
Praça	65	57,5		
Tempo permanência Instituição				
<5 anos	48	42,5		
6 a 10 anos	24	21,2		
10 a 15 anos	11	9,7		
15 a 20 anos	13	11,5		
20 a 25 anos	8	7,1		
25 a 30 anos	9	8		
Tipo de Missão				
KFOR	29	25,7		
ISAF	56	49,6		
UNMIT	14	12,4		
UNIFIL	14	12,4		
Especialidade Militar				
Infantaria	24	21,2		
Tropa especial	29	25,7		
Artilharia/Atirador	14	12,4		
Apoio Geral	8	7,1		

<i>Variáveis</i>	n=113		M	DP
	n	%		
Especialidade Militar				
Condutor/mecânico viaturas	5	4,4		
Ordem Publica	13	11,5		
Engenharia/Construções	8	7,1		
Outras Especialidades	7	6,2		
Contactos frequentes com camaradas				
Não	3	2,7		
Sim	110	99,3		
Experiência missões				
1ª missão que participa	57	50,4		
Participou em missões anteriores	56	49,6		
Idade	20 a 50 Anos		29,96	8,47

ANEXO C – Protocolo de Recolha de Dados

**Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social (CEAMPS) da Liga dos Combatentes em
Parceria com o Departamento de Psicologia e Sociologia da Universidade Autónoma de Lisboa**

1	2	3	4	5	6	7	8	9

Data ____/____/____

Exmo.(a) Senhor(a)

A presente investigação é realizada no âmbito da tese de Doutoramento em Psicologia no seguimento de uma parceria entre o Departamento de Psicologia e Sociologia da Universidade Autónoma de Lisboa (DPS/UAL) e o Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social da Liga dos Combatentes (CEAMPS/LC). Tem como objectivo principal identificar e avaliar a ocorrência ou prevalência da Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) e patologia associada em militares das Operações de Paz.

Agradecemos que responda a todas as questões, sendo que não existem respostas certas ou erradas, pois as pessoas têm diferentes formas de pensar e de sentir.

Todas as respostas são confidenciais e serão apenas utilizadas no âmbito do estudo a realizar.

A sua colaboração é fundamental.

Muito obrigado pela sua disponibilidade e colaboração.

Exmo.(a) Senhor(a)

Eu, António Correia, Oficial Superior da Força Aérea e Psicólogo Clínico no Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social da Liga dos Combatentes, encontro-me a realizar uma tese de investigação para o Doutoramento em Psicologia no Departamento de Psicologia e Sociologia da Universidade Autónoma de Lisboa.

O presente estudo tem por objectivo principal identificar e avaliar a prevalência da Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) e patologia associada em militares que participam em missões de paz internacionais.

Os dados recolhidos destinam-se apenas à investigação, serão tratados de forma anónima e confidencial e serão apenas utilizados no âmbito do estudo a realizar.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração nesta investigação, sendo que o seu contributo é fundamental, possibilitando uma melhor compreensão sobre a realidade da participação dos militares portugueses nas missões de paz.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar-me para o telefone 213425151, de 2ª a 6ª feira, das 10h00 às 17h00, pelo tlm 926470058 ou mail (acorreia.ceamps.lc@gmail.com).

Para colaborar, subscreva com a sua assinatura o seu consentimento informado.

MUITO OBRIGADO PELA SUA IMPORTANTE COLABORAÇÃO E DISPONIBILIDADE

CONSENTIMENTO INFORMADO

Concordo em participar na presente investigação, autorizando que os meus dados e o preenchimento dos questionários possam contribuir para o estudo sobre a ocorrência ou prevalência de PTSD e patologia associada em militares que participam em missões de paz internacionais.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir em qualquer altura.

Lisboa, ____ de _____ de _____

O Participante

O Investigador (António Correia, *Psicólogo Clínico, CP 8220*)

ANEXO D – Questionário de Dados Sociodemográficos

(Preenchimento obrigatório)

Missão: _____ É a sua 1ª missão? ☐ Não ☐ Sim

(Preenchimento não obrigatório)

Nome _____ NIM/P _____

Morada _____

Contacto: _____ Unidade: _____

-
1. **Sexo:** ☐ Masculino ☐ Feminino
 2. **Idade:** _____ anos
 3. **Estado civil:** ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Vive com companheiro(a)
☐ Divorciado(a)/Separado(a) ☐ Outra situação: _____
 4. **Tem filhos?** ☐ Não ☐ Sim. Se sim, quantos? _____
 5. **Habilitações literárias:**
☐ Primário ☐ 5º e 6º Ano ☐ 7º a 9º Ano ☐ 10º a 12º Ano ☐ Curso profissional
☐ Licenciatura ☐ Mestrado ou Doutoramento ☐ Outro (qual): _____
 6. **Ramo:** ☐ Exército ☐ Marinha ☐ Força Aérea ☐ GNR
 7. **Situação:** ☐ QP (Activo) ☐ Contratado ☐ Disponibilidade
 8. **Posto:** ☐ Oficial ☐ Sargento ☐ Praça
 9. **Especialidade militar:** _____
 10. **Há quantos anos está na Instituição Militar:** _____
 11. **Para além desta missão que indicou atrás, em que outras Missões de Paz já participou:**
1ª Missão: ☐ Iraque ☐ Afeganistão ☐ Timor ☐ Balcãs ☐ Outra **Meses:** _____
2ª Missão: ☐ Iraque ☐ Afeganistão ☐ Timor ☐ Balcãs ☐ Outra **Meses:** _____
3ª Missão: ☐ Iraque ☐ Afeganistão ☐ Timor ☐ Balcãs ☐ Outra **Meses:** _____
Última Missão: _____
 12. **Há quanto tempo regressou da última missão?** _____
 13. **Cumpriu a(s) missão(ões) até ao fim?** ☐ Não ☐ Sim
Se não, porque razão regressou mais cedo? _____

14. **Qual ou quais as razões que o motivaram a aceitar ir para esta missão.**
(assinale todas as que considere correctas)
- ☐ Vontade de ter novas experiências ☐ Conseguir ter um melhor salário
- ☐ Mudar de funções ou de serviço ☐ Afastar-se de problemas no serviço
- ☐ Afastar-se de problemas na família ☐ Motivos humanitários ou altruístas
- ☐ Valorização pessoal ou técnico-profissional ☐ Outra razão. Qual? _____
15. **Relativamente à sua última missão, diria que:** (escolha apenas uma opção)
- ☐ Gostou mas preferia ir para outro país ☐ Não gostou mas não se importava de ir para outro país
- ☐ Não gostou e arrepende-se de ter ido ☐ Gostou mas não tenciona ir para outra missão
- ☐ Não gostou mas não se arrepende de ter ido ☐ Outra: _____
16. **O que sentiu ao servir o seu País?** (assinale todas as que considere correctas)
- ☐ Orgulho ☐ Satisfação ☐ Culpa ☐ Outra(s): _____
17. **Mantém contactos frequentes com outros camaradas?** ☐ Não ☐ Sim. Se sim, como?
(assinale todas as que considere correctas)
- ☐ Convívios Anuais ☐ Telefone/Correspondência/E-mail/Redes Sociais
- ☐ Proximidade Geográfica ☐ Outro: _____
18. **Já teve ou tem actualmente acompanhamento psicológico?** ☐ Não ☐ Sim
Se sim, há quanto tempo? _____
19. **Já teve ou tem actualmente acompanhamento psiquiátrico?** ☐ Não ☐ Sim
Se sim, há quanto tempo? _____
20. **Toma actualmente medicamentos para ajudar o seu bem-estar psicológico?**
☐ Não ☐ Sim
21. **Acredita sofrer de alguma doença em consequência das missões?** ☐ Não ☐ Sim
Se sim, qual(ais) _____
22. **Já esteve internado por causas relacionadas com o serviço militar?** ☐ Não ☐ Sim
Se sim, em que Ano? _____ Qual o motivo: _____
23. **Que acontecimento(s) ou situação(ões) mais o marcaram durante a sua vida militar:**

24. **Que dificuldades de adaptação sentiu ao regressar da(s) missão(ões):** _____

ANEXO E – PTSD Checklist (PCL-M – Versão Militar)

O seguinte questionário descreve sintomas ou queixas que os militares por vezes apresentam após terem vivido experiências traumáticas durante a vida militar. Pedimos-lhe que concentre a sua atenção no(s) acontecimento(s) que considera ter(em) sido o(s) mais traumático(s) **durante a sua vida militar/missão**.

Indique o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s): _____

Por favor, leia cada frase que se segue cuidadosamente e assinale em que medida apresentou os seguintes sintomas no **último mês**. Para tal assinale com um círculo (O) o valor que melhor corresponde à sua situação utilizando a escala apresentada:

Escala: 1 = **Nada** 2 = **Um pouco** 3 = **Moderadamente** 4 = **Bastante** 5 = **Extremamente**

EM QUE MEDIDA SOFREU DOS SEGUINTE SINTOMAS:		A seguir ao(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão				
1	Recordações, pensamentos ou imagens perturbadoras e repetitivas do acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão	1	2	3	4	5
2	Sonhos perturbadores e repetitivos com o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão	1	2	3	4	5
3	Agir ou sentir como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão estivesse(m) a acontecer de novo (como se o estivesse a reviver)	1	2	3	4	5
4	Sentir-se muito perturbado quando algo o relembra o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão	1	2	3	4	5
5	Ter reacções físicas (ex.: coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando qualquer coisa se assemelha a aspectos do(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão	1	2	3	4	5
6	Evitar pensar ou falar sobre o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão ou evitar ter sentimentos relacionados com esse(s) acontecimento(s)	1	2	3	4	5
7	Evitar actividades ou situações porque elas lhe relembram o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão	1	2	3	4	5
8	Ter dificuldade em lembrar aspectos importantes do(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão	1	2	3	4	5
9	Perda de interesse por actividades de que antes costumava gostar	1	2	3	4	5
10	Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas	1	2	3	4	5
11	Sentir-se emocionalmente adormecido ou incapaz de sentir afecto pelas pessoas que lhe são próximas	1	2	3	4	5
12	Sentir que a sua vida futura vai acabar cedo	1	2	3	4	5
13	Ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir	1	2	3	4	5
14	Sentir-se irritável ou ter ataques de fúria	1	2	3	4	5
15	Ter dificuldade em se concentrar	1	2	3	4	5
16	Estar “super-alerta” ou hipervigilante ou em guarda	1	2	3	4	5
17	Sentir-se sobressaltado ou facilmente alarmado	1	2	3	4	5

ANEXO F – Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R)

Encontra em baixo uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Por favor, leia cada frase que se segue cuidadosamente e assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve O GRAU COM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE *(os últimos 30 dias)* INCLUÍNDO O DIA DE HOJE.

Assinale com um círculo (O) o valor que melhor corresponde à sua situação utilizando a escala apresentada:

Escala: 1 = **Nada** 2 = **Um pouco** 3 = **Moderadamente** 4 = **Bastante** 5 = **Extremamente**

ATÉ QUE PONTO FOI PERTURBADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS:		auto-avaliação de sintomas de desajustamento emocional				
1	Dores de cabeça	1	2	3	4	5
2	Nervosismo ou tensão interior	1	2	3	4	5
3	Pensamentos desagradáveis repetitivos que não lhe deixam a mente	1	2	3	4	5
4	Sensações de desmaio ou tonturas	1	2	3	4	5
5	Perda do interesse ou prazer sexual	1	2	3	4	5
6	Sentir-se criticado pelos outros	1	2	3	4	5
7	Ter a impressão que alguém pode controlar os seus pensamentos	1	2	3	4	5
8	Ter a impressão que os outros são culpados da maioria dos seus problemas	1	2	3	4	5
9	Dificuldade em se lembrar das coisas	1	2	3	4	5
10	Preocupado com a sujidade ou com a falta de cuidado	1	2	3	4	5
11	Sentir-se facilmente irritado ou zangado	1	2	3	4	5
12	Dores no coração ou no peito	1	2	3	4	5
13	Medo da rua ou dos espaços abertos	1	2	3	4	5
14	Falta de forças ou lentidão	1	2	3	4	5
15	Pensamentos de acabar com a vida	1	2	3	4	5
16	Ouvir vozes que as outras pessoas não ouvem	1	2	3	4	5
17	Tremuras	1	2	3	4	5
18	Sentir que a maioria das pessoas não é de confiança	1	2	3	4	5
19	Falta de apetite	1	2	3	4	5
20	Choro fácil	1	2	3	4	5
21	Sentir timidez ou falta de à vontade perante o sexo oposto	1	2	3	4	5
22	Ter a impressão de se sentir preso ou apanhado em falta	1	2	3	4	5
23	Sentir medo súbito sem razão aparente	1	2	3	4	5
24	Impulsos de temperamento que não consegue controlar	1	2	3	4	5
25	Sentir medo de sair de casa sozinho	1	2	3	4	5
26	Sentimentos de culpa	1	2	3	4	5

27	Dores no fundo das costas (cruzes)	1	2	3	4	5
28	Sentir-se bloqueado para terminar as suas tarefas	1	2	3	4	5
29	Sentir-se só	1	2	3	4	5
30	Sentir-se triste	1	2	3	4	5
31	Preocupado em demasia	1	2	3	4	5
32	Não ter interesse por nada	1	2	3	4	5
33	Sentir-se amedrontado	1	2	3	4	5
34	Melindrar-se facilmente	1	2	3	4	5
35	Ter a impressão que as outras pessoas conhecem os seus pensamentos	1	2	3	4	5
36	Sentir que os outros não o compreendem ou não vivem os seus problemas	1	2	3	4	5
37	Sentir que as outras pessoas não são suas amigas ou não gostam de si	1	2	3	4	5
38	Fazer as coisas muito devagar para certeza que ficam bem-feitas	1	2	3	4	5
39	Palpitações ou batimentos rápidos do coração	1	2	3	4	5
40	Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago	1	2	3	4	5
41	Sentir-se inferior aos outros	1	2	3	4	5
42	Sentir dores nos músculos	1	2	3	4	5
43	Sentir que é observado ou comentado pelos outros	1	2	3	4	5
44	Dificuldades em adormecer	1	2	3	4	5
45	Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	1	2	3	4	5
46	Dificuldades em tomar decisões	1	2	3	4	5
47	Medo de viajar de autocarro, metro ou comboio	1	2	3	4	5
48	Dificuldades em respirar (sensação de falta de ar)	1	2	3	4	5
49	Afrontamentos ou calafrios	1	2	3	4	5
50	Evitar certos lugares ou actividades porque lhe causam medo	1	2	3	4	5
51	Sensação de cabeça vazia	1	2	3	4	5
52	Adormecimentos ou picadas (formigueiros) no corpo	1	2	3	4	5
53	Nó na garganta	1	2	3	4	5
54	Sentir-se sem esperança perante o futuro	1	2	3	4	5
55	Dificuldades de concentração	1	2	3	4	5
56	Sensações de fraqueza em algumas partes do corpo	1	2	3	4	5
57	Sentir-se tenso ou aflito	1	2	3	4	5
58	Sentir as pernas ou os braços pesados	1	2	3	4	5
59	Pensar na morte ou que vai morrer	1	2	3	4	5
60	Comer demais	1	2	3	4	5
61	Não se sentir à vontade quando é observado ou falam a seu respeito	1	2	3	4	5
62	Ter pensamentos que não são os seus próprios	1	2	3	4	5
63	Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	1	2	3	4	5

64	Acordar muito cedo de manhã	1	2	3	4	5
65	Ter de repetir várias vezes as mesmas acções, como tocar, contar ou lavar-se	1	2	3	4	5
66	Sono agitado ou perturbado	1	2	3	4	5
67	Ter impulsos para destruir ou partir as coisas	1	2	3	4	5
68	Ter pensamentos ou crenças que os outros não partilham	1	2	3	4	5
69	Sentir-se muito embaraçado junto a outras pessoas	1	2	3	4	5
70	Sentir-se mal no meio de multidões, como em lojas ou no cinema	1	2	3	4	5
71	Sentir que tudo constitui esforço	1	2	3	4	5
72	Ataques de terror ou de pânico	1	2	3	4	5
73	Sentir-se pouco à vontade quando come ou bebe em lugares públicos	1	2	3	4	5
74	Envolver-se frequentemente em discussões	1	2	3	4	5
75	Sentir-se nervoso quando fica só	1	2	3	4	5
76	Sentir que as pessoas não dão o devido valor às suas capacidades	1	2	3	4	5
77	Sentir-se sozinho mesmo quando está com pessoas	1	2	3	4	5
78	Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	1	2	3	4	5
79	Sentir-se sem préstimo ou sem valor	1	2	3	4	5
80	Ter a sensação que algo de mau lhe está para acontecer	1	2	3	4	5
81	Gritar ou atirar coisas	1	2	3	4	5
82	Medo de desmaiar em público	1	2	3	4	5
83	Ter a impressão que se deixasse as outras pessoas se aproveitariam de si	1	2	3	4	5
84	Ter pensamentos acerca do sexo que o incomodam bastante	1	2	3	4	5
85	Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	1	2	3	4	5
86	Pensamentos ou imagens de natureza assustadora	1	2	3	4	5
87	Ter a ideia que algo grave está a acontecer no seu corpo	1	2	3	4	5
88	Nunca se sentir "próximo" de outra pessoa	1	2	3	4	5
89	Sentimentos de culpa	1	2	3	4	5
90	Ter a ideia que alguma coisa não regula bem na sua mente	1	2	3	4	5

ANEXO G – Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito & UAL (SERTHUAL)

Seguidamente irá encontrar uma lista de afirmações. Considerando **1 (nada significativo)** e **5 (muito significativo)** assinale (com uma cruz) cada uma das afirmações de acordo com a forma como se vê a si próprio. Tente responder a todos os itens, com sinceridade. Não existem respostas certas nem erradas. Não existe tempo limite para terminar a prova.

1	Muitas vezes aborreço-me comigo próprio pelas coisas que faço	1	2	3	4	5
2	Eu sou uma pessoa responsável	1	2	3	4	5
3	Eu tenho poucos valores e padrões próprios	1	2	3	4	5
4	Tenho dificuldade em controlar a minha agressividade	1	2	3	4	5
5	Geralmente gosto das pessoas	1	2	3	4	5
6	As minhas batalhas mais árduas são comigo próprio	1	2	3	4	5
7	Eu sou optimista	1	2	3	4	5
8	Eu sou sexualmente atraente	1	2	3	4	5
9	Sinto que não há ajuda possível para mim	1	2	3	4	5
10	Eu normalmente consigo tomar as minhas decisões e manter-me fiel a elas	1	2	3	4	5
11	As minhas decisões não são tomadas por mim próprio	1	2	3	4	5
12	Eu sinto-me apático	1	2	3	4	5
13	Eu sou impulsivo	1	2	3	4	5
14	Sou uma pessoa racional	1	2	3	4	5
15	Tenho a sensação que não estou a enfrentar as coisas	1	2	3	4	5
16	Sou tolerante	1	2	3	4	5
17	Sou ambicioso	1	2	3	4	5
18	Eu evito enfrentar crises ou dificuldades	1	2	3	4	5
19	Eu não me respeito a mim próprio	1	2	3	4	5
20	Eu tenho uma atitude positiva para comigo	1	2	3	4	5
21	Eu sou assertivo (afirmativo)	1	2	3	4	5
22	Tenho dificuldades em tomar decisões	1	2	3	4	5
23	Sou um falhado	1	2	3	4	5
24	Eu sou amável	1	2	3	4	5
25	Tenho medo de sexo	1	2	3	4	5
26	Tenho medo de falhar em qualquer coisa que quero muito	1	2	3	4	5
27	Eu sou um bom trabalhador	1	2	3	4	5
28	Eu sinto-me emocionalmente maduro	1	2	3	4	5
29	Estou realmente perturbado	1	2	3	4	5

30	Sinto-me inseguro comigo próprio	1	2	3	4	5
31	Eu sou inteligente	1	2	3	4	5
32	Sinto-me sem esperança	1	2	3	4	5
33	Eu sou uma pessoa na qual não se pode confiar	1	2	3	4	5
34	Eu sou bastante sociável	1	2	3	4	5
35	Eu não tenho valor	1	2	3	4	5
36	Zango-me com facilidade	1	2	3	4	5
37	Tenho um aspecto físico agradável	1	2	3	4	5
38	Sinto-me bem comigo mesmo	1	2	3	4	5
39	Os outros desconfiam de mim	1	2	3	4	5
40	Ficarei contente comigo mesmo se conseguir fazer grandes coisas na minha vida	1	2	3	4	5
41	Os meus patrões/professores estão satisfeitos comigo	1	2	3	4	5
42	Acho que sou nervoso e tenso	1	2	3	4	5
43	Sou muito fiel às minhas amizades	1	2	3	4	5
44	Sinto orgulho do meu corpo	1	2	3	4	5
45	Tenho confiança em mim mesmo	1	2	3	4	5
46	Para me sentir melhor utilizo estimulantes tais como o café, tabaco, álcool, etc.	1	2	3	4	5
47	Gosto de actividades em grupo	1	2	3	4	5
48	Os maus resultados profissionais/escolares desencorajam-me facilmente	1	2	3	4	5
49	Tenho uma boa opinião de mim mesmo	1	2	3	4	5
50	As pessoas aborrecem-se quando estão na minha companhia	1	2	3	4	5
51	Penso que todas as pessoas deveriam assumir um papel na sociedade	1	2	3	4	5
52	Gostaria de participar em movimentos de solidariedade	1	2	3	4	5
53	Tenho confiança no meu futuro	1	2	3	4	5
54	No trabalho/universidade os outros procuram a minha companhia	1	2	3	4	5
55	Tenho a impressão de que faço as coisas pior do que os outros	1	2	3	4	5
56	Tenho um aspecto físico pouco atraente	1	2	3	4	5
57	Num grupo, gosto de tomar poucas iniciativas	1	2	3	4	5
58	Estou contente com a forma como o meu corpo se desenvolve	1	2	3	4	5
59	Nos grupos tenho a sensação de isolamento	1	2	3	4	5
60	Estou contente com os meus resultados profissionais/escolares	1	2	3	4	5

ANEXO H – Escala Toulousiana de Coping (ETC)

Seguidamente irá encontrar uma lista de afirmações. Considerando **1 (nada significativo)** e **5 (muito significativo)** assinale (com uma cruz) cada uma das afirmações de acordo com a forma como se vê a si próprio. Tente responder a todos os itens, com sinceridade. Não existem respostas certas nem erradas. Não existe tempo limite para terminar a prova. Tente responder a todas as frases, tendo em conta que não há respostas certas ou erradas.

Escreva a situação difícil escolhida: _____

Face a esta situação reajo da seguinte forma:

1	Enfrento a situação	1	2	3	4	5
2	Peço conselhos a profissionais (professores, médicos, psicólogos, etc.)	1	2	3	4	5
3	Procuro sentir-me melhor comendo algo	1	2	3	4	5
4	Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	1	2	3	4	5
5	Tento não pensar no problema	1	2	3	4	5
6	Peço a Deus para me ajudar	1	2	3	4	5
7	Evito encontrar-me com pessoas	1	2	3	4	5
8	Aceito o problema se ele for inevitável	1	2	3	4	5
9	Tento não entrar em pânico	1	2	3	4	5
10	Mudo a minha forma de viver	1	2	3	4	5
11	Faço um plano de acção e tento aplicá-lo	1	2	3	4	5
12	É-me difícil utilizar palavras para descrever o que experimento face a uma situação difícil	1	2	3	4	5
13	Não penso nos problemas quando eles se colocam	1	2	3	4	5
14	Recuso-me a admitir o problema	1	2	3	4	5
15	Sinto agressividade face a outrem	1	2	3	4	5
16	Faço qualquer coisa mais agradável	1	2	3	4	5
17	Analiso a situação para melhor a compreender	1	2	3	4	5
18	Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	1	2	3	4	5
19	Ataco o problema de frente	1	2	3	4	5
20	Discuto o problema com os meus pais	1	2	3	4	5
21	Esqueço os meus problemas tomando medicamentos	1	2	3	4	5
22	Procuro actividades colectivas	1	2	3	4	5
23	Refugio-me no imaginário ou no sonho	1	2	3	4	5
24	Procuro encontrar uma filosofia de vida para fazer face à situação	1	2	3	4	5
25	Acontece-me não fazer o que tinha decidido	1	2	3	4	5
26	Aprendo a viver com o problema	1	2	3	4	5

27	Controlo as minhas emoções	1	2	3	4	5
28	Mudo o meu comportamento	1	2	3	4	5
29	Sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o alcançar	1	2	3	4	5
30	Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	1	2	3	4	5
31	Resisto ao desejo de agir, até que a situação mo permita	1	2	3	4	5
32	Reajo como se o problema não existisse	1	2	3	4	5
33	Sinto-me culpado	1	2	3	4	5
34	Vou ao cinema ou vejo televisão para pensar menos nisso	1	2	3	4	5
35	Penso nas experiências susceptíveis de me ajudarem a fazer face à situação	1	2	3	4	5
36	Procuro a ajuda dos meus amigos para acalmar a minha ansiedade	1	2	3	4	5
37	Vou directamente ao problema	1	2	3	4	5
38	Pergunto a pessoas que tiveram uma situação similar, que tipo de resposta deram	1	2	3	4	5
39	Tomo drogas ou fumo para acalmar a minha angústia	1	2	3	4	5
40	Ajudo os outros como gostaria de ser ajudado	1	2	3	4	5
41	Procuro a todo o custo pensar noutra coisa	1	2	3	4	5
42	Brinco com a situação sobre a qual me encontro	1	2	3	4	5
43	Afasto-me dos outros	1	2	3	4	5
44	Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	1	2	3	4	5
45	Guardo para mim mesmo os meus sentimentos	1	2	3	4	5
46	Modifico as minhas acções em função do problema	1	2	3	4	5
47	Defino objectivos a alcançar	1	2	3	4	5
48	As minhas emoções desaparecem tão rapidamente como aparecem	1	2	3	4	5
49	Evito agir rapidamente	1	2	3	4	5
50	Digo a mim próprio que este problema não tem importância	1	2	3	4	5
51	Sinto-me invadido(a) pelas minhas emoções	1	2	3	4	5
52	Centro-me noutras actividades para me distrair	1	2	3	4	5
53	Reflecto nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	1	2	3	4	5
54	Procuro a simpatia e o encorajamento dos outros	1	2	3	4	5

ANEXO I – Multi-Dimensional Support Scale (MDSS)

Irá encontrar algumas questões acerca do tipo de ajuda e apoio que tem disponível para lidar com a sua vida. Estas questões referem-se a três grupos diferentes de pessoas que lhe podem ter dado apoio ACTUALMENTE OU NUM PASSADO RECENTE. Assinale a alternativa que melhor demonstre a sua resposta.

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		
		Nunca	Algumas vezes	Frequente-mente	Habitualm. 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 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** (p. e. os seus camaradas): _____

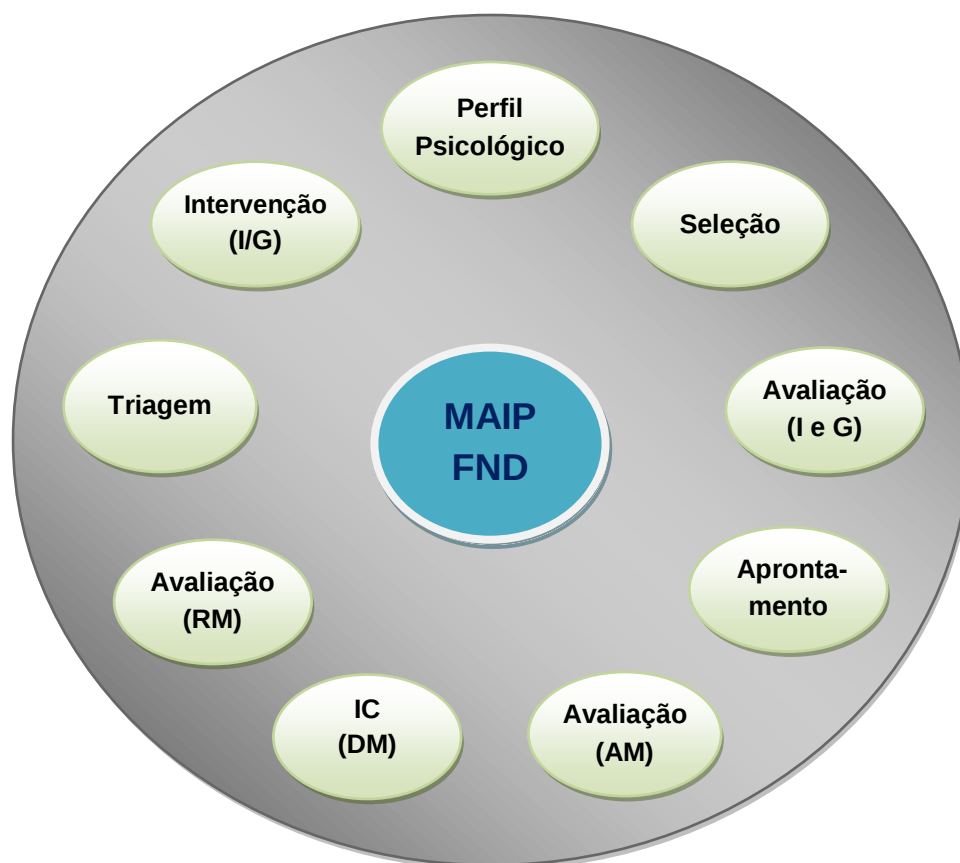
- B. Pense agora noutras **pessoas que conhece da sua idade que sejam idênticas a si relativamente à situação de emprego, ou que sejam militares.**

						Em que medida teria gostado que eles tivessem feito isso		
		Nunca	Algumas vezes	Frequente-mente	Habitualm. 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 exerçam alguma autoridade sobre si** (p. e. os seus comandantes): _____
- C. Finalmente, pense em **pessoas que exerçam alguma autoridade sobre si**. Se está na vida militar, então significa os seus comandantes ou chefes.

						Em que medida teria gostado que eles tivessem feito isso		
		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Habitualm. 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 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?							

ANEXO J – Modelo de Avaliação e Intervenção Psicológica para as FND (MAIPFND)



Nota. Adaptado do MIAP – CPAE (Pamplona & Monteiro, 2011).

As nove fases do MAIPFND são descritas de seguida de uma forma sintética:

1. *Definição do perfil psicológico.* Ao fim de mais de duas décadas de “lições aprendidas”, deverão existir dados que permitam definir o perfil psicológico do militar, geral e específico, mais adequado às missões, ao nível dos comandantes, chefes de equipa, funções específicas, em factores de adaptabilidade geral e específica para cada missão, e ao nível da personalidade e motivação (liderança, relações interpessoais, trabalho de equipa, estabilidade emocional, resiliência e combatividade, decisão e inteligência prática, hábitos e atitudes, etc.).
2. *Seleção.* Para além dos militares serem voluntários, será importante basear a selecção em critérios estabelecidos na definição do perfil psicológico do militar para a missão. A selecção deve contemplar 2 fases: uma selecção inicial para incorporar os militares na preparação e aprontamento e outra no final do aprontamento para seleccionar os militares para a missão.
3. *Avaliação individual e em grupo.* A avaliação deverá contemplar uma avaliação individual através de um protocolo constituído por instrumentos de avaliação dos aspectos cognitivos, robustez psicológica, psicopatologia, acontecimento traumático, estratégias de coping, compromisso com a missão, capacidade de liderança e percepção do suporte social, ou outros que se julguem adequados, e completada por entrevista em pequeno e médio grupo.

4. *Aprontamento.* Durante esta fase deverá haver um acompanhamento psicológico baseado numa observação dos comportamentos quer individual ou em grupo evidenciados durante as actividades e tarefas que os militares desenvolvem.
5. *Avaliação antes da missão.* O protocolo de avaliação utilizado na fase 3 deverá voltar a ser utilizado e completado com entrevista clínica individual ou em pequenos grupos, sempre que necessário, para analisar e aprofundar aspectos evidenciados na avaliação do protocolo, nomeadamente os aspectos relacionados com os factores de risco para si e para os camaradas.
6. *Intervenção em Crise durante a missão.* É importante avaliar previamente o risco da missão. Se a missão é avaliada como sendo de risco, como é o caso da missão do Afeganistão, então deverá haver uma equipa de psicólogos com formação CISM – IC a acompanhar a missão no TO. Se a missão envolver um risco baixo, deverá equacionar-se a possibilidade do apoio ser dado aos Comandantes e Chefes de equipa e planear uma visita ao TO a meio da missão.
7. *Avaliação no regresso da missão.* De todos os militares utilizando o mesmo protocolo de avaliação utilizado antes da missão.
8. *Triagem, referenciação e encaminhamento.* Os militares que sejam identificados ou referenciados deverão ser encaminhados para o HFAR para uma consulta de triagem psicossocial que avaliará a necessidade e tipo de acompanhamento mais adequado. Os militares de carreira e no activo deverão ser encaminhados para o HFAR. Os militares contratados e que deixam as fileiras deverão ser encaminhados para a RNA (SNS e Liga dos Combatentes ou ONG's).
9. *Intervenção individual e/ou em grupo.* De acordo com o problema identificado na triagem, o militar poderá ser encaminhado para o apoio multidisciplinar adequado (psiquiatria, apoio psicológico individual ou em grupo, apoio social). Os Psicólogos deverão ter formação específica na área do trauma e na intervenção em grupo.

ANEXO K – Guião de Apoio aos Combatentes que regressam das Operações de Paz²¹

LIDAR ACTIVAMENTE COM A PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (PSPT)

A IMPORTÂNCIA DE LIDAR ACTIVAMENTE COM A PSPT

Quando os militares ou ex-militares começam a lidar directamente com as suas reacções de stresse ou com os seus problemas relacionados com os acontecimentos traumáticos, começam a sentir-se menos indefesos.

Estratégias activas são:

- Reconhecer e aceitar o impacto do trauma na sua vida e empreender acções directas para melhorar as coisas.
- Agir activamente mesmo quando não se está em crise; uma estratégia activa é uma atitude da mente e um hábito que tem de ser fortalecido.

Perceber o Processo de Recuperação

- Perceber como acontece a recuperação, ajuda-o a ter um maior controlo no seu próprio processo de recuperação. Recuperação é um processo gradual, diário e contínuo. Não acontece de um modo em que se fique de repente “curado”;
- Ter reacções contínuas é normal e reflecte uma mente e um corpo normais;
- Tratar-se não significa esquecer as experiências traumáticas da guerra ou deixar de ter dor emocional ao pensar nelas;
- Recuperar pode significar ter menos sintomas e sintomas menos perturbadores, ter mais confiança na capacidade para lidar com as suas reacções e maior capacidade em gerir as emoções.

Lidar com Reacções de Stresse Traumático:

Estratégias que NÃO ajudam:

- Usar drogas ou álcool para reduzir a ansiedade, para relaxar, para deixar de pensar nas experiências da guerra ou para adormecer. O álcool e as drogas causam mais problemas do que resolvem;
- Manter-se afastado de outras pessoas. O isolamento social significa a perda de apoio, amizade e proximidade dos outros e mais tempo para se preocupar, sentir-se indefeso e sozinho;
- Desistir de actividades gratificantes ou recreativas. Isto leva-o a perder oportunidades de se sentir bem e com sentimentos de conquista;
- Usar a raiva para controlar os outros. A raiva pode afastar as emoções negativas temporária mente mas também afasta as pessoas, os relacionamentos positivos e a ajuda dos entes queridos.
- Tentar evitar constantemente pessoas, lugares ou pensamentos que lhe lembrem o acontecimento traumático. Evitar pensar no trauma ou em procurar tratamento não afasta a ansiedade e mantém as reacções de stresse;
- Estar constantemente a trabalhar para tentar evitar as memórias do acontecimento traumático.

²¹ Retirado de publicação do Exército dos EUA distribuída aos soldados que regressam da Guerra do Iraque e do Afeganistão e publicada no *National Center PTSD*. Deve ser entregue individualmente ao militar com sintomas.
http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/publications/publications/nchdouts_gp.jsp

Estratégias que AJUDAM:

Eis algumas das coisas que pode fazer se tem alguns destes sintomas: memórias, imagens ou pensamentos perturbadores indesejados:

- Lembre-se que são apenas isso: memórias;
- Lembre-se que é natural ter vários tipos de memórias desses eventos;
- Fale com alguém em quem confie acerca dessas memórias ou pensamentos;
- Lembre-se que, embora as memórias do acontecimento traumático possam parecer assombrosas, elas acabam por aligeirar com o tempo.

Sentimentos súbitos de ansiedade ou pânico:

Estes são sintomas comuns da reacção de stresse traumático e incluem sensações de coração a bater fortemente, tonturas ou desorientação, muitas vezes devido à respiração rápida. Se isto acontecer lembre-se que:

- Estas reacções não são perigosas. Se as teve enquanto fazia exercício, não o devem preocupar. São os falsos pensamentos assustadores (ex: *vou morrer, estou a ter um ataque cardíaco, vou perder o controlo*, etc.) que faz com que as reacções pareçam mais preocupantes;
- Respirar devagar, calma e profundamente, pode ajudar;
- As sensações irão passar rápido e poderá então “seguir com a sua vida” após elas diminuírem. De cada vez que pensar desta forma positiva acerca das suas reacções de ansiedade e sobressalto, elas irão acontecer com menos frequência. A prática faz com que seja mais fácil lidar com isso. Sentir que os acontecimentos traumáticos estão de novo a acontecer (“Flashbacks”);
- Mantenha os olhos abertos. Olhe em volta, veja onde está;
- Fale consigo. Lembre-se a si próprio de onde está, em que ano é que está e de que está seguro. Os acontecimentos traumáticos aconteceram no **passado** e você está no **presente**;
- Levante-se e ande um pouco. Beba um copo de água e lave as mãos;
- Lembre-se de que essa é uma reacção ao stresse traumático bastante comum;
- Conte ao seu médico ou psicólogo o que aconteceu.

Sonhos e pesadelos relacionados com o trauma

- Se acordou de um pesadelo em “pânico” lembre-se que está a reagir a um sonho e é por causa disso que está ansioso e excitado, e não porque está realmente em perigo nesse momento;
- Considere levantar-se da cama, “reagrupar-se” e orientar-se;
- Ocupe-se com uma actividade agradável e relaxante (ex. oiça música calma, beba um chá, tome um banho quente);
- Fale com alguém, se possível;
- Fale com o seu psicólogo e o seu médico acerca dos pesadelos; a psicoterapia e os medicamentos podem ajudar.

Dificuldade em adormecer ou manter-se a dormir.

- Mantenha uma hora regular para se deitar;
- Evite exercícios excitantes nas horas antes de ir para a cama;
- Evite usar o sítio onde dorme para algo mais do que o dormir ou relações íntimas;
- Evite o álcool, o tabaco e o café. Estes prejudicam a sua capacidade de dormir;

- Não fique deitado na cama a pensar ou a preocupar-se. Se ao fim de 30 minutos não conseguir adormecer, levante-se e aprecie algo relaxante ou agradável; leia um livro calmo, beba um copo de leite quente, distraia-se com um passatempo sossegado.

Irritabilidade, agressividade raiva

- Faça uma pausa para acalmar e pensar nas coisas. Afaste-se da situação;
- Habitue-se a usar o exercício diário como um amigo, por exemplo: natação, caminhadas, ginástica. O exercício reduz a tensão do corpo e ajuda a “expulsar a raiva” de uma maneira positiva e produtiva;
- Lembre-se de que a raiva não funciona. Na verdade, aumenta o seu stresse e pode causar problemas de saúde;
- Fale com o seu psicólogo ou médico acerca da sua raiva. Aprenda a gerir a sua raiva;
- Se “explodir” perante a sua família ou amigos, arranje um tempo, assim que se sinta preparado para isso, quando estiver mais calmo, para falar com eles acerca do que aconteceu. Diga-lhes como se sente e do que está a fazer para lidar com as suas reacções.

Dificuldade em concentrar-se

- Abrande. Dê tempo a si próprio para se “focar” naquilo que precisa de saber ou fazer;
- Anote as coisas. Fazer listas de tarefas pode ser útil;
- Divida a tarefa a fazer em pequenas partes que possa cumprir;
- Planeie um número realista de eventos ou tarefas a fazer em cada dia;
- Talvez esteja deprimido; muitas das pessoas deprimidas têm dificuldade em concentrar-se. De novo, isto é algo que você pode falar com o seu psicólogo, médico ou alguém próximo de si.

Dificuldade em sentir ou expressar emoções positivas

- Lembre-se que essa é uma reacção comum aos acontecimentos traumáticos, que não o está a fazer de propósito, e que não se deve sentir culpado por algo que você não quer que aconteça e que não consegue controlar;
- Faça por participar regularmente em actividades que o agradem ou que costumavam agradá-lo. Às vezes estas actividades fazem renascer esses sentimentos agradáveis;
- Passo a passo vá comunicando aos seus entes queridos o quanto gosta deles, de formas simples: escreva-lhes um postal, ofereça um pequeno presente;
- Telefone e diga olá.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Experimente estes vários modos de lidar com o stresse para descobrir quais deles lhe podem ser úteis. Pratique-os, porque, assim como outras habilidades, as estratégias para lidar com a PSPT funcionam melhor com a prática. Fale com o seu psicólogo ou médico acerca delas. Procure na sua Unidade, no HFAR, na Liga dos Combatentes, em outras Associações de combatentes, na sua família, nos seus amigos, camaradas e na sua comunidade, pessoas que o possam ajudar.

VOCÊ NÃO ESTÁ SOZINHO

PROCURAR AJUDA É SINAL DE SENSATEZ

(LINHA SOS DE APOIO AOS COMBATENTES)

(O REGRESSO A CASA)

PARA O PESSOAL MILITAR:

VOCÊ mudou!

- Retome lentamente o seu lugar na sua família. As experiências que viveu mudaram-no mais do que possa imaginar;
- Você poderá tornar-se uma pessoa melhor do que quando chegou;
- O trabalho diário e as condições de vida fizeram com que você se relacione mais com os militares da sua Unidade do que com a sua família;
- Prepare-se para fazer alguns ajustamentos;
- Prepare-se para a eventualidade de vivenciar um sentimento de perda de independência;
- Prepare-se para a eventualidade de vivenciar um sentimento de perda da proximidade da sua Unidade Militar;
- Você não está habituado à presença de crianças;
- Comunique com flexibilidade, paciência e respeito. A comunicação “olhos nos olhos” poderá ser difícil inicialmente.

Adapte-se às regras e às rotinas já estabelecidas. Atrase umas semanas qualquer alteração às mesmas.

A sua Família Mudou!

- As coisas podem ter mudado, podem ter-se alterado desde que você partiu. As esposas podem ter-se tornado mais independentes e ter aprendido a defrontar com sucesso novos desafios. Algumas delas poderão ter novos amigos e apoios. Isto é NORMAL;
- Dê o seu apoio às coisas boas que a sua família fez durante a sua ausência. A sua família administrava a casa, cuidava dos filhos, etc., enquanto você estava longe em missão de serviço;
- Arranje tempo para falar e OUVIR os seus entes queridos. Não infira apenas que eles sabem que sentiu a falta deles. DIGA-LHES!
- Arranje tempo para falar individualmente com cada membro da sua família. Você precisa do seu amor e do seu apreço. Eles querem o seu amor e a sua atenção;
- O seu regresso poderá perturbar a “ordem familiar”. Você não regressou a casa para “assumir o comando”, mas sim para estar com as pessoas que ama. Deixe-os trazê-lo de volta à vida deles. Seja paciente;
- A intimidade sexual poderá parecer embaraçosa ao princípio. Conversar poderá ser uma forma de voltar ao romance. Poderá tentar cortejar a sua esposa novamente.

²² Retirado de publicação do Exército dos EUA distribuída aos soldados que regressam da Guerra do Iraque e do Afeganistão e às suas famílias. Publicado no National Center PTSD. Deve ser entregue individualmente ao militar com sintomas de PSPT e à sua família. http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/publications/publications/nchdouts_gp.jsp

PARA OS CONJUGES:

- Evite agendar demasiadas coisas. Juntamente com o tempo para a família, arranje tempo para ambos conversarem;
- Avance devagar nos ajustamentos que tiverem de ser feitos. O cônjuge regressado pode estar confuso devido ao barulho e à confusão da vida familiar;
- O cônjuge regressado poderá ter mudado mais do que você esperava. Vá devagar, com carinho e paciência. Poderá sentir-se magoado quando as crianças mais novas levam tempo a abraçá-los;
- Negoceie com cuidado os processos de tomadas de decisão. Seja paciente e cuidadoso à medida que os processos se vão ajustando. Discuta a distribuição das tarefas familiares. Relembre o cônjuge regressado de que a família precisa dele. Seja paciente consigo próprio e com o/a seu/sua parceiro/a;
- Mantenha-se fiel ao seu orçamento até arranjar tempo para o discutir novamente.

A APROXIMAÇÃO AOS SEUS FILHOS:

- Vá devagar. Aprenda como a sua esposa a lidar com eles. Deixe as crianças estabelecerem o seu próprio ritmo para o conhecerem de novo. Afinal, você pode ter perdido a prática de lidar com crianças.
- Esteja disponível para os seus filhos, quer em termos de tempo como em termos emocionais.

Sentimentos que algumas crianças e adolescentes podem ter:

- As crianças com menos de 1 ano podem não o conhecer e chorar cada vez que lhes pegar ao colo.
- As crianças que começam a aprender a andar (1 a 3 anos de idade) podem esconder-se de si e levarem algum tempo a aproximar-se.
- As crianças na idade pré-escolar (dos 3 aos 5 anos) podem sentir culpa pela separação e ficarem assustadas.
- As crianças em idade escolar (dos 6 aos 12 anos) podem querer muito tempo e atenção.
- Os adolescentes (dos 13 aos 18 anos) podem ser instáveis de temperamento e aparentar que não se importam.
- Independentemente da idade que tiverem poderão ter sentimentos de culpa por não estarem à sua altura.
- Algumas crianças podem sentir medo do seu regresso (“vais ver quando o pai/mãe chegarem a casa!”). Centre o seu comportamento nos sucessos dos seus filhos. Limite as suas críticas.
- Algumas crianças podem sentir-se divididas entre o pai e a mãe. Encoraje-as a falarem-lhe das suas experiências, do que sentiu, durante a separação. Não as force a escolher qualquer dos lados. Você e a sua esposa deverão trabalhar em equipa na função de pais.

A INTEGRAÇÃO DE NOVO NA FAMÍLIA PODE DEMORAR VÁRIAS SEMANAS OU MESES. SEJA PACIENTE.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS E AJUDA. Caso precise de ajudar ou se está preocupado com alguém que sabe estar em risco, saiba que existem profissionais que se interessam e que estão prontos para o ajudar. Não tenha medo de pedir ajuda!