



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUIS DE CAMÕES”

**SAÚDE MENTAL E REGULAÇÃO EMOCIONAL: UM ESTUDO DE
METODOLOGIA MISTA COM MILITARES PARTICIPANTES EM OPERAÇÕES
DE PAZ**

Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de
Aconselhamento

Autora: Dulce Virgínia da Gama Dias

Orientadora: Professora Doutora Rute Sofia Ribeiro Brites Lopes Dias

Número de Candidata: 30008976

Junho de 2023

Lisboa

Agradecimentos

Primeiro que tudo, agradeço à minha Orientadora Prof.^a Doutora Rute Brites pela disponibilidade incansável e pelo incrível acompanhamento que me proporcionou ao longo deste ano, sendo muitas vezes a palavra de força.

Obrigada à minha mãe pelo apoio incondicional nesta fase e durante todo o meu percurso académico. Não menos importante, obrigada ao meu irmão pelo suporte e amparo total e por estar sempre lá mesmo sem o referir. Senti sempre a vossa presença em todos os passos que dava.

Não posso deixar de agradecer ao meu namorado, ao meu “porto seguro” e “farol”, pela força e incentivo que me transmitiu, não me deixando cair nunca. O seu amor foi sem qualquer dúvida o meu sustento durante esta fase. Sempre que pensava em duvidar de mim, as suas palavras e a sua presença não o permitiam.

À minha avó, que foi cedo demais. Apesar de já se encontrar noutra lugar, sei que estava sempre comigo. Esta dissertação também é uma parte sua.

Por fim, aos meus colegas de licenciatura e de mestrado pela partilha de palavras e horas de trabalho. Obrigada, Tiago, por todo o apoio mútuo neste nosso percurso.

Obrigada à Universidade Autónoma de Lisboa e aos professores pelo conhecimento que me permitiram adquirir nestes anos.

A Deus, obrigada por tudo!

Para o Tomé que me permitiu desenvolver a minha força e se tornou na minha motivação diária.

Resumo

A literatura descreve o impacto psicológico dos eventos de guerra nos militares, influenciando o aparecimento de Perturbação de Stresse Pós-traumático (PTSD). Estes sintomas são amplamente prejudiciais para o seu quotidiano, influenciando a qualidade da sua relação marital. Além disto, este sintoma pode também influenciar o aparecimento de sintomas psicopatológicos (SP) como a ansiedade ou a depressão no cônjuge, podendo ser mediados pela regulação emocional (RE) deste. Neste sentido, este estudo transversal de metodologia mista tem como objetivos avaliar em que medida é que os sintomas de PTSD do militar estão associados a SP do cônjuge; verificar se as estratégias de RE do cônjuge medeiam a relação anterior; e compreender os padrões de comunicação e interação do casal numa perspetiva sistémica. Participaram neste estudo 46 casais, incluindo 23 militares ($M_{Idade} = 55.43$; $DP = 6.04$) e 23 cônjuges ($M_{Idade} = 54$; $DP = 5.33$), participantes em Operações de Paz internacionais. Os resultados mostram que os sintomas de PTSD no militar estão relacionados com a utilização da supressão expressiva nos cônjuges, e, por sua vez, quanto maior for a utilização desta estratégia, maior é a presença de SP nas esposas. Além disto, os resultados qualitativos demonstram que alguns destes casais apresentam divergências comunicacionais. Conclui-se, portanto, que a presença de PTSD no militar pode influenciar a saúde mental das esposas, impactando a forma como regulam as suas emoções e, conseqüentemente, prejudicando a sua relação como casal, na qualidade da comunicação e da interação entre si.

Palavras-chave: Stresse Pós-Traumático, Stresse Secundário, Militares, Cônjuges, Comunicação.

Abstract

The literature describes that war has a psychological impact on the military, influencing the development of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). These symptoms significantly affect the daily lives of soldiers, thereby impacting the quality of their marital relationships. Moreover, this military trauma related symptomatology can also lead to the emergence of psychopathological symptoms (SP) such as anxiety or depression in the spouse, which may be mediated by the spouse's emotional regulation (ER). In this sense, this cross-sectional mixed methodology project aims to assess the extent to which PTSD symptoms in the military are associated with SP in the spouse; verify whether the spouse's ER strategies mediate the previous relationship; and understand the couple's communication and interaction patterns from a systemic perspective. For this, 46 couples participated in this study, including 23 military ($M_{Age} = 55.43$; $SD = 6.04$) and 23 spouses ($M_{Age} = 54$; $SD = 5.33$) who participated in international Peacekeeping Operations. The significant results in this study show that PTSD symptoms in the military are related to the use of expressive suppression in their spouses, and, in turn, the greater the use of this strategy, the higher the presence of SP in the wives. In addition, some of these couples report communication problems. Therefore, it can be concluded that the presence of PTSD in the military can influence the mental health of wives, impacting how they regulate their emotions and consequently impairing their relationship as a couple in the quality of communication and interaction with each other.

Keywords: Post-Traumatic Stress, Secondary Stress, Military, Spouse, Communication.

Índice

Índice de Tabelas.....	VII
Índice de Figuras	VIII
Lista de Abreviaturas e Siglas	IX
Lista de Anexos	X
Introdução.....	11
Parte I. Revisão de Literatura.....	14
1.1. Perturbação de Stresse Pós-Traumático	15
1.2. Impacto do Stresse Pós-Traumático nas Relações Conjugais	21
1.2.1. <i>Trauma Secundário</i>	22
1.3. Regulação Emocional.....	25
1.4. PTSD, Regulação Emocional e Sintomas Psicopatológicos dos Cônjuges – Formulação do Problema	28
Parte II. Método	29
Estudo Quantitativo	30
2.1. O presente estudo	30
2.2. Objetivos	30
2.2.1. <i>Objetivo Geral</i>	30
2.2.2. <i>Objetivos Específicos</i>	30
2.3. Hipóteses	30
2.4. Apresentação e Operacionalização das Variáveis	31
2.5. Participantes	32
2.6. Instrumentos	35
2.6.1. <i>Questionário Sociodemográfico</i>	35
2.6.2. <i>PCL-5 – Escala de Perturbação de Stresse Pós-Traumático</i>	35
2.6.3. <i>BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos</i>	36
2.6.4. <i>QRE – Questionário de Regulação Emocional</i>	37
2.7. Procedimento.....	38

2.7.1. <i>Procedimentos de Análise Estatística</i>	38
Estudo Qualitativo	40
3.2. Objetivos	40
3.2.1. <i>Objetivo Geral</i>	40
3.2.2. <i>Objetivos Específicos</i>	40
3.3. Participantes	40
3.4. Instrumentos	40
3.4.1. <i>A história clínica familiar</i>	41
3.5. Procedimento.....	41
Parte III. Resultados	43
Resultados do Estudo Quantitativo	44
4.1. Consistência Interna das Medidas	44
4.2. Estatística Descritiva	44
4.3. Análise da Adesão à Normalidade	45
4.4. Análise de Correlações	45
Resultados do Estudo Qualitativo	47
Parte III. Discussão	52
Discussão do Estudo Quantitativo	53
Discussão do Estudo Qualitativo	55
Discussão geral	56
4.1. Limitações e estudos futuros	57
5. Conclusão	59
Referências	60
Anexos.....	67
Anexo 1 – Consentimento Informado do Militar e do Cônjuge.....	67
Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico do Militar	69
Anexo 3 – Questionário Sociodemográfico do Cônjuge.....	71

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico retirados do DSM-V (APA, 2014, pp. 324-326).

Tabela 2 – Apresentação e operacionalização das variáveis em estudo.

Tabela 3 – Caracterização Sociodemográfica dos participantes Militares (N=23).

Tabela 4 – Características Sociodemográficas dos participantes Cônjuges (N=23).

Tabela 5 – Estatísticas Descritivas das medidas em estudo.

Tabela 6 – Teste de normalidade Shapiro-Wilk.

Tabela 7 – Categorias e subcategorias da análise de conteúdo dos dados qualitativos.

Índice de Figuras

Figura 1 – Esquema do modelo quantitativo testado neste projeto.

Figura 2 – Relação entre a PTSD com os SP mediada pelas estratégias de Supressão Expressiva e Reavaliação Cognitiva.

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA – *American Psychological Association*.

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos.

CID-11 – Classificação Internacional de Doenças (11^a. Edição).

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais (5^a. Edição).

QRE – Questionário de Regulação Emocional.

NATO – Organização do Tratado Atlântico.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

ONU – Organização das Nações Unidas.

PLC-5 – Escala de Perturbação de Stresse Pós-Traumático.

PTSD – Perturbação de Stresse Pós-Traumático.

RE – Regulação Emocional.

SP – Sintomas Psicopatológicos.

STD – Stresse Traumático Secundário.

Lista de Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado do Militar e do Cônjuge.

Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico do Miliar.

Anexo 3 – Questionário Sociodemográfico do Cônjuge.

Introdução

O funcionamento psicológico e a saúde mental dos indivíduos são altamente influenciados pelas experiências vividas e, por isso, as experiências da guerra tornam-se marcantes para sempre (Riggs & Foa, 2004, citados por Correia, 2014), uma vez que resultam num acontecimento traumático para os militares e as suas famílias.

Neste sentido, na medida em que são expostos diariamente a eventos traumáticos resultando em ansiedade constante, alguns militares estão altamente propensos a desenvolver a Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD) (Nohales & Prieto, 2018), dependendo da situação em que foram colocados, do contexto à sua volta e dos recursos disponíveis.

Os efeitos e manifestações desta perturbação resultam em prejuízos a vários níveis, seja pessoal, influenciando negativamente o funcionamento global psicológico, emocional ou físico, seja a nível interpessoal (Nohales & Prieto, 2018), resultando em dificuldades relacionais e problemas na socialização e ligação com os outros, nomeadamente com os cônjuges (Riggs et al., 1998).

Apesar de os fenómenos de guerra serem quase indissociáveis da História humana e consequentemente, os sintomas decorrentes desta se apresentarem desde cedo nos militares, esta perturbação foi apenas validada como diagnóstico em 1980 pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) e em 1992 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Cloitre, 2020).

Atualmente, quando surge a necessidade, são encaminhados militares para operações de paz (*peace keeping*) (Calmeiro & Magro, 2005 citado por Correia, 2014) pela Organização das Nações Unidas (ONU) no âmbito de tentar apaziguar o contexto geral, prestando auxílio a diversos níveis às comunidades dos países que se encontram em risco (Branco, 2003).

A existência destas operações de paz a nível mundial apresenta o seu início nos finais dos anos quarenta apesar de, nessa altura, a ONU não dispor de meios de organização suficientes para delinear estas missões (Branco, 2003). Contudo, com o passar dos anos, foram realizadas diversas reformas nestes órgãos que planeavam e delineavam estas operações até aos dias de hoje (Branco, 2003).

Em Portugal, desde 1958, data que remonta à primeira participação de militares portugueses numa operação de paz regida pelas Nações Unidas (Branco, 2015), estes militares têm vindo a participar cada vez mais nestas missões. Desde então, Portugal tem marcado a sua presença em diversas operações de paz da Organização do Tratado Atlântico Norte (NATO) e da ONU (Correia, 2014).

Durante estas missões, os militares portugueses prestam auxílio às populações dos países em que vão sendo destacados, apoiam as forças armadas regentes do contexto, monitorizam as hostilidades e acompanham os civis e os militares (Correia, 2014).

Assim, também os militares participantes em operações de paz estão propensos a experienciar eventos de risco que poderão resultar em experiências traumáticas, uma vez que estão obrigados a encarar diversos desafios (Clausewitz, 2003 citado por Correia, 2014).

O impacto da PTSD nas relações conjugais surge como tema para o desenvolvimento deste projeto, inferindo sobre a associação entre os sintomas de PTSD no militar e sintomas psicopatológicos (SP) nos seus cônjuges, assim como explorando sobre a existência de problemas a nível conjugal na sua relação, seja na comunicação ou na interação. Esta relação é suportada por estudos como o de Riggs et al. (1998) que reflete sobre a associação entre a dificuldade na relação conjugal e os sintomas de PTSD do militar, além do trauma secundário verificado nos cônjuges (Yager, et al., 2016).

Além disso, é possível que a relação entre a PTSD do militar e as dificuldades sintomatológicas do cônjuge sejam mediadas pelas estratégias de regulação emocional (RE) deste, uma vez que estratégias adaptativas de RE indicam um maior bem-estar emocional, não resultando no aparecimento de SP como a depressão ou a ansiedade (McRae et al., 2020).

É neste âmbito que surge a necessidade de estudar mais sobre a associação entre os sintomas de PTSD do militar de operações de paz e os sintomas psicopatológicos do cônjuge. Além disto, surge também a necessidade de compreender a qualidade das suas relações maritais, dado que os estudos publicados até à data são focados nos ex-combatentes participantes em operações de guerra.

Assim, na primeira parte deste projeto, está descrita uma revisão literária dos conceitos-chave da investigação. Primeiro que tudo, é abordada a PTSD definindo a sua etiologia, desenvolvimento, teorias explicativas e a sua evolução bem como as suas consequências psicológicas e físicas, além da descrição de estudos nacionais e internacionais que reportam dados estatísticos sobre esta população.

Em seguida, é descrito o impacto da PTSD nas relações conjugais uma vez que esse é o mote para o desenvolvimento desta investigação.

São abordados diversos estudos internacionais que tratam esta problemática, tentando compreender qual o impacto que a PTSD no militar tem nas relações entre casal, levando ao stress traumático secundário dos cônjuges e de que forma os processos de comunicação e interação são afetados.

Por fim, é abordado o conceito de RE inferindo sobre o seu significado, história e modelos teóricos explicativos, além de descrever as estratégias que são relevantes para este estudo como a supressão expressiva e a reavaliação cognitiva e de que forma estas se revelam no cônjuge, descrevendo como podem mediar os estilos comunicativos e interativos do casal.

Na segunda parte deste estudo, está caracterizado o estudo empírico, nomeadamente o delineamento, o problema, os objetivos gerais e específicos e as hipóteses desta investigação. Além disto, é descrita a metodologia utilizada, identificando os participantes, os instrumentos e os procedimentos.

Por último, são apresentados os resultados, a discussão dos mesmos e são identificadas as limitações e conclusões deste estudo.

Parte I. Revisão de Literatura

1.1. Perturbação de Stresse Pós-Traumático

Tal como o nome indica, a Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD) resulta da experiência, seja ela direta ou indireta, de um evento ou estímulo traumático, resultando num trauma (*American Psychiatric Association* [APA], 2014). Ora, o termo trauma apresenta a sua etiologia grega tendo como significado ferida, ainda descrito como um evento doloroso que causa prejuízo físico ou psicológico (Corsini, 1999, citado por Oliveira, 2008).

Neste sentido, a APA defende o conceito de trauma como a experiência de uma situação que resulte em morte, ameaça ou ferimento ou ter conhecimento de algum tipo destes acontecimentos, isto é, pode ser um evento experienciado na primeira pessoa ou experienciado indiretamente, através do contacto com outrem (APA, 2002).

Estes acontecimentos traumáticos correspondem, por exemplo, a situações de guerra, violência, ataques, assaltos, terrorismo, torturas, desastres naturais, acidentes e notícias graves de doenças (APA, 2002), além de intervenções médicas, perdas, overdoses, intimidação e abortos (Serra, 2003). São caracterizados como traumáticos dependendo da sua gravidade e das consequências sentidas nas pessoas, uma vez que irão ressurgir efeitos físicos e/ou psicológicos nos indivíduos que não apresentem ou não sintam que apresentam as capacidades ou recursos necessários para ultrapassar estes acontecimentos, resultando em sentimentos de descontrolo que, por sua vez, dão origem à perturbação (Serra, 2003).

A PTSD é já amplamente estudada, uma vez que os seus sintomas remontam à 1ª Guerra Mundial, a qual, nesta altura, era classificada como *Shell Shock* ou fadiga de combate (Inoue et al., 2022), com consequências a nível emocional, psicológico, social e físico (Nohales & Prieto, 2018).

A literatura afirma que esta perturbação tem um ‘*longo passado mas uma curta história*’ (Serra, 2003, p.67) na medida em que têm sido desde sempre estudados os fenómenos que resultam em perturbações relacionadas com o trauma, sob diversas nomenclaturas como as neuroses, a histeria ou mesmo a neurose de guerra, mas só mais tarde foi reconhecido como diagnóstico válido (Serra, 2003).

Apesar do seu longo passado, na medida em que a 1ª Guerra Mundial se deu na segunda década do Séc. XX e os seus efeitos e consequências psicológicas se verificaram nos militares que regressavam, esta perturbação é descrita apenas em 1980 pela APA, na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais – DSM-III (Cloitre, 2020). Ainda mais tarde, a OMS (2018) incluiu-a apenas em 1992, na Classificação Internacional de Doenças – CID (Oliveira, 2008).

Durante estes anos, foram sendo incluídos temas que remontavam à perturbação, sem diagnosticar a mesma. Por exemplo, em 1952, a primeira edição do DSM descrevia o termo como uma resposta agravada ao stresse caracterizado por ser uma reação a um trauma grave (Serra, 2003). Em seguida, na segunda edição do manual, foi descrita uma reação de ajustamento que resultasse de tal reação (Serra, 2003).

Em 1980, foi então descrita esta perturbação neste manual, sob a designação de Distúrbio de Stresse Pós-Traumático (Serra, 2003). No ano de 1994, na quarta edição do manual, foi acrescentado o diagnóstico de Distúrbio Agudo de Stresse (Serra, 2003).

Atualmente a PTSD é descrita (APA, 2014) como uma perturbação relacionada com trauma e fatores de stresse, caracterizada por um tremor intenso desencadeado por acontecimentos que representaram uma ameaça à integridade física e mental da pessoa, sendo que pode ou não ter sido presenciada diretamente. Além disto, é descrito um subtipo desta perturbação que inclui sintomas dissociativos como a despersonalização e a desrealização (Walton et al., 2017).

Paralelamente, a OMS, na 11ª edição do CID (2018) classifica a PTSD no âmbito nas perturbações relacionadas com o stresse, divergindo em dois tipos: a PTSD e a PTSD complexa, quando ocorrem perturbações no funcionamento próprio, isto é, ocorrem problemas na regulação emocional, autoconceito e imagem negativos e problemas interpessoais, isto é, dificuldades nas relações sociais (Cloitre, 2020), não resultando as duas num diagnóstico singular.

Ambas as classificações compreendem três grandes áreas: a revivência do evento ou situação traumática no presente, o evitamento das memórias traumáticas e uma sensação de ameaça constante (Cloitre, 2020). É de notar que esta perturbação é altamente comórbida com as perturbações do humor e de ansiedade (Halimi & Halimi, 2015), além de estar interligada com as ideações suicidas e o ato de suicídio (Panagioti et al., 2015).

Neste âmbito, os critérios para o diagnóstico de PTSD segundo o DSM-V (APA, 2014) são os seguintes:

Tabela 1.

Critérios de diagnóstico retirados do DSM-V (APA, 2014, pp. 324-326).

Critério A	<p>Exposição a ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Exposição direta a acontecimento(s) traumático(s).2) Testemunhar, presencialmente, acontecimento(s) que ocorreu(ram) a outras pessoas;3) Tomar conhecimento de que o(s) acontecimento(s) traumático(s) ocorreu(ram) a familiares ou amigos próximos. Nos casos de ameaça de morte ou morte real de um familiar ou amigo, o(s) acontecimento(s) deve(m) ter sido violento(s) ou acidental(is).4) Exposição repetida ou extrema a pormenores abusivos do(s) acontecimento(s) traumático(s) (por exemplo, os primeiros a recolher restos humanos, agentes de polícia repetidamente expostos a pormenores de abuso de crianças). <p>Nota. O Critério A4 não se aplica à exposição através dos <i>media</i> eletrônicos, televisão, filmes ou imagens, a menos que esta exposição esteja relacionada com trabalho.</p>
Critério B	<p>Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos cujo início é posterior ao(s) acontecimento(s) traumático(s) aos quais estão associados:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Lembranças do(s) acontecimento(s) traumático(s) que causam mal-estar e que são intrusivas, involuntárias e recorrentes.2) Sonhos perturbados recorrentes nos quais o conteúdo e/ou as emoções do sonho estão relacionados com o(s) acontecimento(s) traumático(s).3) Reações dissociativas (por exemplo <i>flashbacks</i>), nos quais o indivíduo sente ou atua como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) estivesse(m) a ocorrer novamente. (Tais reações podem ocorrer num contínuo, sendo que a expressão mais intensa envolve a perda completa de consciência do ambiente envolvente.)4) Mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s).5) Reações fisiológicas intensas à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s).
Critério C	<p>Evitamento persistente dos estímulos associados ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início após o(s) acontecimento(s) traumático(s), como indicado por um ou ambos dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Evitamento ou esforço para evitar memórias, pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) traumático(s) ou com estes intimamente relacionados.2) Evitamento ou esforço para evitar estímulos externos (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertam memórias,

	pensamentos ou emoções que causam mal-estar acerca do(s) acontecimento(s) traumático(s) ou com estes intimamente associados.
	Alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s) com início ou com agravamento após o(s) acontecimento(s) traumático(s), como é indicado por dois (ou mais) dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> 1) Incapacidade para lembrar um aspeto importante do(s) acontecimento(s) traumático(s) (tipicamente devido à amnésia dissociativa e não devido a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas); 2) Crenças ou expetativas sobre o próprio, ou outros ou o mundo, exageradamente negativas e persistentes (por exemplo ‘‘Eu sou mau’’, ‘‘Não se pode confiar em ninguém’’, etc.).
Critério D	<ol style="list-style-type: none"> 3) Cognições distorcidas persistentes acerca das causas ou consequências do(s) acontecimento(s) traumático(s) que levam a pessoa a culpar-se a si própria ou aos outros. 4) Estado emocional negativo persistente (por exemplo medo, horror, raiva, culpa ou vergonha); 5) Interesse ou participação em atividades significativas fortemente diminuídos. 6) Sensação de estar desligado ou de estranheza em relação aos outros. 7) Incapacidade persistente de experimentar emoções positivas (por exemplo incapacidade de experimentar felicidade, satisfação ou sentimentos amorosos).
	Alterações significativas da ativação e reatividade associadas ao(s) acontecimento(s) traumático(s), com início ou agravamento após o(s) acontecimento(s) traumático(s), como é indicado por dois (ou mais) dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> 1) Comportamento irritável ou acessos de raiva (com a mínima ou mesmo sem provocação) tipicamente expressos através de agressões físicas ou verbais para com pessoas ou objetos. 2) Comportamento imprudente ou autodestrutivo; 3) Hipervigilância; 4) Resposta de sobressalto exagerada; 5) Dificuldade de concentração; 6) Perturbação do sono (por exemplo, dificuldade em adormecer ou manter o sono agitado).
Critério E	
Critério F	A duração da perturbação (Critérios B, C, D e E) é superior a um mês.
Critério G	A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante.
Critério H	A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicamentos, álcool) ou a outra condição médica.

Nota. Retirado de APA (2014, pp. 324-326).

Existem diversos fatores de risco para o estabelecimento desta perturbação, tais como as condições sociais e económicas, as habilitações literárias, e o próprio género do indivíduo (Dias, 2019). De acordo com Serra (2003), os indivíduos com menor estatuto socioeconómico, menor nível de habilitações académicas ou indivíduos do sexo feminino apresentam uma maior predisposição para apresentarem esta perturbação.

Além disto, o autor refere que o contexto em que o indivíduo se insere (se for de stress constante), acontecimentos traumáticos ou se existirem diagnósticos de perturbações mentais ou doenças do foro psicológico no seio familiar envolvente, podem apresentar-se como fatores de risco. É ainda um fator de risco o tipo de personalidade da pessoa, uma vez que cada pessoa reage aos estímulos traumáticos de forma diferente, influenciadas pelas capacidades e recursos que cada um apresenta (Serra, 2003).

Por outro lado, existem fatores protetores desta perturbação, isto é, condições que possibilitam que a PTSD não se manifeste no indivíduo, por exemplo, o apoio social ou mesmo a resiliência e capacidade de recuperação individual (Serra, 2003).

De forma a tentar explicar o motivo pelo qual esta perturbação se manifesta nos indivíduos, foram sendo criadas diversas teorias de acordo com as áreas de trabalho dos autores. Estas teorias podem ser explicadas a nível biológico, as quais pretendem explicar a PTSD através das hormonas e da anatomia do indivíduo (Domschke, 2012; Koenen, 2007; Yehuda, 2002); a nível psicossocial, que se explica através do contexto social e psicológico do indivíduo (Schnurr et al., 2004); a nível cognitivo referentes às crenças e padrões cognitivos (Ehkers & Steil, 1995); ou mesmo a nível emocional, o qual se caracteriza pelos processos emocionais e sentimentais do indivíduo (Jaycox et al., 1998).

Em suma, a PTSD é resultado de diversos fatores e deriva das experiências traumáticas, representando uma perturbação multifatorial (Dias, 2019).

Tendo em vista o contexto de guerra, esta perturbação tem sido amplamente identificada nos combatentes de guerra veteranos, tal como indicam diversos estudos de prevalência: 30% dos veteranos da guerra do Vietname (Schlenger et al., 1992, citados por Lapierre et al., 2007), 8 a 16% dos combatentes da Guerra do Golfo, 11% dos combatentes da guerra do Afeganistão, 15 a 17% dos combatentes da guerra do Iraque (Hoge et al., 2004; Wolfe et al., 1999) e em contexto nacional, 66.475 dos combatentes da guerra colonial (Albuquerque et al., 2003) apresentam manifestações psicológicas desta perturbação depois de frequentarem os cenários de guerra (citados por Oliveira, 2008).

Um estudo de Hipólito et al. (2017), realizado com militares da Guerra Colonial Portuguesa, identificou uma prevalência significativa de sintomas de PTSD, além de estes militares apresentarem também maiores níveis de isolamento, e menos autoconfiança e estima de si.

No contexto particular deste estudo, isto é, nos militares participantes em operações de paz, são também identificados estes sintomas (Gray et al., 2004), pois também se encontram sujeitos a experiências e contextos stressantes (Litz, 1996 citado por Dirkzwager et al., 2005). Estes militares são expostos a situações de morte, ameaça real, reações hostis e conflitos no país em que estão deslocados, além de experienciarem situações de stresse, fome, violência, doença nos civis que estão a prestar ajuda e, por isso, estão também altamente propensos a desenvolver esta perturbação (Dirkzwager et al., 2005).

Relativamente a estatísticas de prevalência, estudos como o de MacDonald e colaboradores (1996) mostram que 1% dos militares de operações de paz apresentavam diagnóstico de PTSD. O estudo de Mehlum e Weisaeth (2002) refere que 5% dos militares apresentavam sintomas de PTSD seis anos pós-missões. Outros estudos indicam prevalências similares: 8% dos militares na Somália apresentavam este diagnóstico (Litz et al., 1997), e do total de militares australianos que se deslocaram para o conflito na Somália, 1/5 apresentava PTSD um ano depois do seu regresso (Ward, 1997 citado por Dirkzwager et al., 2005). Além destes, outros estudos referem maiores índices de prevalência: Asmundson et al. (2002) reportam 13% dos militares de operações de paz canadianos com sintomas de stresse pós-traumático e depressivos. Sareen et al. (2010) sugerem que as operações de paz estão positivamente associadas à PTSD, apesar de estes sintomas não serem descritos nos primeiros quatro meses, mas sim após 18 meses, inferindo sobre o conceito de PTSD de início tardio, apesar de ainda não ser totalmente compreendido.

No contexto português, a integração dos militares em operações de paz teve o seu início em 1958, a primeira participação portuguesa numa operação deste nível regida pelas Nações Unidas (Correia, 2014).

Contudo, os estudos sobre a prevalência de sintomas de PTSD nos militares portugueses de operações de paz são escassos, tendo sido encontrado um estudo de Osório et al. (2012) que refere que 2.7% dos militares apresentavam sintomas de PTSD.

Estas estatísticas não aparentam valores tão elevados de prevalência como as dos veteranos de guerras, uma vez que os militares de operações de paz são voluntários, recebem remuneração e têm apoio a vários níveis, caracterizando-se por serem fatores de proteção para o não desenvolvimento da PTSD entre estes indivíduos (Correia, 2014).

Apesar disto, estes militares também estão propensos a desenvolver sintomas inerentes a esta perturbação, dependendo sempre de fatores de risco como as missões cumpridas, as doenças físicas, as agressões ou assédio sofridos e o grupo com quem se encontram na missão. Por outro lado, fatores de proteção como os estilos de personalidade, as estratégias de *coping* utilizadas ou o contexto social em que estão inseridos também influenciam o desenvolvimento da PTSD (Sareen et al., 2010).

1.2. Impacto do Stresse Pós-Traumático nas Relações Conjugais

A literatura relata que as consequências de PTSD nos militares são esgotantes, dificultando o seu funcionamento psicológico e, por conseguinte, a sua forma de comunicar e de se relacionar com os outros (OMS, 2018). Assim, influenciará negativamente as suas relações sociais, especificamente as relações conjugais (Riggs et al., 1998), na medida em que a qualidade dessas relações sofre uma deterioração (Levin et al., 2017).

Esta abordagem surge da compreensão de que os familiares se influenciam mutuamente, na medida em que constituem um sistema entre si, tal como propõe a Teoria Geral dos Sistemas (Nichols & Schwartz, 2007). Neste sentido, os membros da família que apresentam sintomas de PTSD podem influenciar as relações entre os restantes elementos da família, prejudicando a qualidade da comunicação e a interação entre si, nomeadamente do casal.

É possível que os sintomas de PTSD do militar influenciem negativamente a qualidade das relações com o seu cônjuge, podendo resultar no aparecimento de sintomas psicopatológicos (SP) nos seus parceiros, como é o caso de sintomas depressivos, ansiosos ou problemas a nível emocional (Dekel et al., 1998).

De acordo com o estudo de Riggs e colaboradores em 1998, em que foi feita uma comparação nas relações conjugais entre casais em que o militar apresentava PTSD e em que o militar não apresentava esta condição, verificou-se nos resultados o seguinte: mais de 70% dos casais em que o militar apresentava PTSD apresentavam dificuldades na relação marital, comparado com apenas 30% dos militares sem diagnóstico.

O mesmo estudo verificou também que estas dificuldades resultavam em problemas de intimidade, apresentando estes casais maior propensão para a discussão do divórcio e separação, ao contrário dos casais em que o militar não apresentava PTSD (Riggs et al., 1998). Já o estudo de Levin et al. (2017), identifica também dificuldades nas funções parentais (Levin et al., 2017).

Riggs et al. (1998) indicaram ainda uma associação entre a angústia na relação conjugal e a gravidade dos sintomas de PTSD do militar, tendo sido particularmente referidos os sintomas de dormência emocional, prejudicando a sua ligação com o cônjuge.

O estudo de Dekel et al. (2004) constata a existência desta dificuldade relacional entre o casal que integra o militar com PTSD, pois esta perturbação resulta numa mudança drástica da vida dos cônjuges destes veteranos. Estes descrevem que sentem que têm um companheiro *presente mas psicologicamente ausente* (Dekel et al., 2004).

Em contexto português, Anunciação (1997) realizou uma investigação concluindo que os ex-combatentes de guerra que apresentavam PTSD possuíam mais problemas a nível marital com dificuldades nas tarefas domésticas, tempos livres, sexualidade, relações familiares, entre outros e, no geral, consideravam o seu casamento como mais infeliz, em comparação com os militares que não tinham PTSD.

Além destas relações, estudos apontam para a associação entre os sintomas de PTSD do militar e a transmissão de trauma para a família, afirmando que, muitas vezes, as famílias apresentam sintomas de stresse pós-traumático (Yager et al., 2016), resultando em problemas no casamento e nas questões parentais (Levin et al., 2017), tornando-se pertinente o fenómeno do trauma secundário para esta investigação.

1.2.1. Trauma Secundário

Dependendo dos autores e da sua área, são vários os termos que surgem ligados ao conceito de trauma secundário, tais como: Vitimização Secundária (Figley, 1995), Traumatização Vicariante (McCann & Pearlman, 1990), Stresse Traumático Secundário, Sobrevivente Secundário (Remer & Elliott, 1988 citado por Figley, 1995) ou mesmo Fadiga de Compaixão (Figley, 1998) (citados por Oliveira, 2008). Estes conceitos diferem consoante a área de sintomas que a pessoa reporta ou o nível de perturbação¹. Em 1947 surge o primeiro trabalho sobre este tema, o qual se foca na mensagem da autora, que descreve a sua própria perturbação, derivada do relato das histórias dos veteranos de guerra nos seus trabalhos (Haley, 1974). Em 1980, na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), a APA refere que as pessoas com PTSD podem transmitir os efeitos e consequências a pessoas que não tenham realmente experienciado o mesmo acontecimento traumático em si (Matsakis, 1996, citado por Catherall, 2004).

Figley (1998) indica que o seio familiar está exposto e é perdurável de desenvolver uma PTSD Secundária ou Stresse Traumático Secundário (STD), referindo que os familiares podem apresentar estes sintomas devido a terem sido todos afetados pelo mesmo acontecimento traumático.

¹ Optámos por, neste trabalho, utilizar sempre o termo Stresse Traumático Secundário.

Ao saber que um elemento familiar experienciou uma situação traumática, os diversos elementos experienciaram o mesmo acontecimento traumático ou a transmissão do trauma secundário através do contacto com esse elemento da família (citado por Oliveira, 2008).

A literatura afirma que as pessoas com contacto próximo a um indivíduo com PTSD podem também desenvolver sintomas similares aos sintomas que o indivíduo apresenta (Figley, 1998; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995 citado por Oliveira, 2008). Esta transmissão do trauma tem sido cada vez associada aos familiares como os cônjuges e os filhos das pessoas com PTSD (Rosenheck & Nathan, 1985; Solomon et al., 1992), afirmando que estes apresentam sintomas psicopatológicos como sintomas depressivos, ansiosos, de medo, de raiva, dificuldades de sono, do humor, problemas sociais e comportamentos de risco como o abuso de álcool ou drogas (Valent, 2002).

Numa outra investigação de autores portugueses (Pereira & Ferreira, 2006), foi concluído que as esposas de ex-militares apresentavam Stresse Traumático Secundário (STD), concluindo o impacto da PTSD do militar na saúde mental das esposas. Também Pires e colaboradores (2006) concluíram que existe uma influência direta dos sintomas de PTSD do ex-militar combatente na Guerra do Ultramar nas suas esposas.

Neste âmbito, é passível de se compreender que os militares com PTSD possibilitam a transmissão do trauma nos seus cônjuges, resultando no trauma secundário ou no STD que, de acordo com Gilbert (1998) acresce da carência de proporcionar um sentido à experiência traumática do seu marido, resultando numa interação de vitimização. Este STD resulta em experiência de sintomas similares aos do militar com PTSD como as memórias intrusivas (*flashbacks*) (Ehlers & Steil, 2009) e os pesadelos (Maloney, 1988 citado por Nelson & Wright, 1996).

Paralelamente, estes sintomas psicopatológicos apresentados nas esposas de militares e ex-militares com PTSD como a depressão, a ansiedade, o medo ou o isolamento podem não ser unicamente derivados do stresse traumático secundário, uma vez que, muitas vezes, a patologia PTSD pode propiciar comportamentos violentos (Marzuk, 1996 citado por Neller et al., 2005). De acordo com Solomon et al. (1992), metade das esposas de militares que participaram no estudo referiram que a violência doméstica era uma realidade, contribuindo assim para os sintomas de medo e de tensão na relação marital.

Assim, estes comportamentos violentos na relação entre casal podem surgir de diversos aspetos, por exemplo, no decorrer de uma memória intrusiva da guerra ou de um pesadelo mais vívido, nos quais, o militar assume que a sua companheira é inimiga (Oliveira, 2008), uma vez que nas operações a violência é a base.

Num estudo de Mastakis (1996), as mulheres de militares da guerra do Vietname referem que já foram violentadas pelo menos uma vez, além de 25% da amostra ter referido outros tipos de violência experienciadas na relação como, por exemplo, o abuso emocional e o financeiro.

São vários os autores (Orcutt et al., 2002 citados por Krause et al., 2006) que indicam que a PTSD do militar pode ser considerado um fator de risco para os problemas conjugais, nomeadamente a perpetuação da violência, além do abuso físico e psicológico (Taft et al., 2007). Contudo, a relação do casal, nomeadamente a intimidade entre si constitui-se como uma variável moderada da relação entre a PTSD do militar e o estabelecimento de STD nas esposas (Mikulincer et al., 1995).

Apesar destes dados serem afirmativos no sentido de descreverem o impacto dos sintomas de PTSD dos militares nas relações, estes são focados nos militares participantes em guerras ou ex-combatentes, existindo uma lacuna na literatura sobre o impacto destes sintomas nos casais em que o militar participa em operações de paz.

Contudo, é imperativo afirmar que as estratégias de regulação emocional pelas quais os membros do casal se regem influenciam a forma de lidar com as dificuldades na relação (McRae et al., 2020).

1.3. Regulação Emocional

Primeiro que tudo, surge a necessidade de identificar o que é uma emoção. A emoção é caracterizada por ser um fenômeno neurológico que tem como função preparar a atribuição de uma ação em resposta a um estímulo (Kring & Bachorowski, 1999). Ou seja, representa uma reação do indivíduo a estímulos, desencadeando diversas mudanças no organismo (Sroufe, 1996). É nesse sentido que surge a importância das emoções no desenvolvimento, uma vez que permitem lidar com os diversos estímulos que vão surgindo, influenciando a adaptabilidade do indivíduo (Barrett & Russel, 1998).

O processo ligado ao estabelecimento de uma emoção constitui-se primeiramente na ativação fisiológica ao estímulo apresentado que, por sua vez, permite o estabelecimento de um significado que se caracteriza por ser a diferenciação emocional (Barrett, 2006). Em seguida, o indivíduo utiliza as estratégias de regulação emocional (RE) de forma a definir como lida com a emoção (Dias, 2019).

Apesar de existirem diversos modelos teóricos que tentam explicar e compreender estes processos, a RE constitui-se como um processo-chave para o desenvolvimento do indivíduo. É neste pretexto que a RE tem sido cada vez mais explorada, uma vez que a sua importância se reflete em todo o funcionamento do indivíduo, apesar de o seu estudo remontar a datas muito recentes (Gross, 2008).

Tal como explicado acima, a emoção acarreta diversas estruturas do indivíduo que, por sua vez, vão permitir que ele atribua um significado e, conseqüentemente, lide com esta (Gross, 2002). A RE é então definida como a tentativa de regular, controlar ou lidar com as emoções, sejam elas intrínsecas ou extrínsecas, isto é, emoções próprias ou as emoções dos outros ao seu redor (McRae & Gross, 2020).

Neste âmbito, McRae e Gross (2020) descrevem diversas estratégias de RE individual, podendo essas ser adaptativas ou não-adaptativas, variando sempre com o contexto e a consequência que poderá apresentar no indivíduo. As estratégias de RE indicadas pelos autores, na sua maioria, são caracterizadas pela forma como o indivíduo interpreta um acontecimento e conseqüentemente enfrenta a emoção que o acontecimento provoca em si, seja de que forma for (McRae & Gross, 2020). Além disto, estas estratégias ocorrem derivadas de vários níveis como a nível comportamental, a nível social e experiencial e a nível cognitivo e fisiológico (Gross, 1999). Sendo assim, algumas destas estratégias incluem o evitamento, o pedido direto, a distração, a ruminação, a reavaliação cognitiva, a aceitação, a supressão expressiva e intervenção fisiológica (McRae & Gross, 2020).

De forma a integrar a RE em pressupostos comuns independentes da área em que é estudada, Gross (1998) define o seguinte: as emoções (adaptativas ou desadaptativas) podem ser aumentadas, mantidas ou diminuídas; a RE difere consoante a emoção experienciada e tem como objetivo regular o indivíduo. Esta pode ser adaptativa ou desadaptativa, além de que estas estratégias de RE se desenvolvem num contínuo.

As estratégias de RE também são divididas em estratégias focadas nos antecedentes à emoção e estratégias focadas nas respostas (Gross, 1998). As estratégias focadas nos antecedentes são caracterizadas como as que se antecipam às respostas emocionais e às suas consequências comportamentais. Por outro lado, estratégias focadas nas respostas são descritas como aquelas que surgem depois da emoção e da sua resposta ter sido constituída (Gross, 1998). Paralelamente, o autor (Gross, 1998) descreve a seleção da situação, a modificação da situação, a modificação do foco atencional, a modificação cognitiva e a modelação da resposta como estratégias que decorrem do processo emocional. Neste sentido, as estratégias de seleção e modificação da situação, bem como a modificação do foco atencional e a modificação cognitiva, são estratégias antecedentes, isto é, que ocorrem antes da resposta emocional. Contrariamente, a estratégia de modelação da resposta constitui-se como uma estratégia focada na resposta (Gross & Munoz, 1995).

Brevemente, a seleção da situação representa o estabelecimento de mecanismos para a ocorrência ou não ocorrência de uma situação que resultará numa emoção (Gross, 2008). Já a modificação da situação constitui-se como a modificação da situação e conseqüentemente da emoção (Gross, 2008). A modificação do foco atencional em estratégias como a distração que representa em não focar a atenção na emoção ou na situação experienciada; ou a concentração que consiste em focar a atenção na emoção experienciada, a qual, quando frequente pode surgir a ruminação que prejudica gravemente o indivíduo (Gross, 2008). A modificação da cognição, tal como o nome indica, representa a mudança de significado da emoção experienciada, isto é, permite que os indivíduos interpretem da sua forma a situação e atribuam significado (Gross & Thompson, 2007). Por fim, a modelação da resposta consiste em alterar a experiência da emoção (Gross & Thompson, 2007).

Com isto, estratégias como a reavaliação cognitiva constituem-se como estratégias focadas nos antecedentes, isto é, estratégias de modificação cognitiva (Gross, 2002).

A reavaliação cognitiva representa uma estratégia de mudança de significado, ou seja, o pensamento sobre a emoção experienciada que, por sua vez, resulta numa melhoria da experiência da emoção (Gross, 2002). Esta estratégia está associada a sentimentos mais positivos (Gross & John, 2002 citado por Vaz, 2009).

Por outro lado, estratégias como a supressão expressiva são descritas como estratégias que ocorrem depois da resposta emocional ter sido ativada, isto é, focadas na resposta (Gross, 2002) e decorrentes da modelação da resposta (Gross & Thompson, 2007). A supressão expressiva caracteriza-se como uma tentativa de diminuir a resposta comportamental, isto é, pretende reduzir o efeito no comportamento sem alterar a emoção negativa ativada (Gross, 2002). Estudos como o de Gross (2007) identificam que esta estratégia resulta em sentimentos negativos sobre si e sobre os outros, influenciando negativamente as relações sociais (John & Gross, 2004; John & Gross, 2007 citados por Vaz, 2009).

É neste âmbito que a RE assume uma importância neste estudo, uma vez que é esperado que estas estratégias individuais mediem a associação entre os sintomas de PTSD do militar e o aparecimento de sintomas psicopatológicos (SP) no cônjuge. As estratégias adaptativas de RE permitirão que o cônjuge consiga lidar e regular melhor as emoções de trauma transmitidas pelo seu parceiro, não se verificando sintomas de doença mental em si como consequência.

Contrariamente, quando não existem estratégias de RE adaptativas pode existir uma desregulação emocional, muito associada a comportamentos patológicos, resultando em SP como a depressão, a ansiedade, a labilidade emocional, a ausência de sintomas positivos, indicando problemas a nível emocional e menor saúde mental (Silva & Freire, 2014).

Essa desregulação emocional, que se caracteriza pela fraca capacidade de lidar com as emoções, pode provocar uma intensificação ou uma desativação de qualquer emoção experienciada pela pessoa resultando em trauma, pânico, despersonalização ou perda da realidade, respetivamente (Leahy et al., 2013).

Ou seja, cônjuges que apresentem estas estratégias e apresentam uma maior desregulação emocional poderão também indicar SP aquando da convivência e transmissão do trauma do seu parceiro, tal como é descrito na literatura, indicando mais uma vez a pertinência deste estudo.

É de notar que as estratégias de RE utilizadas vão depender sempre do contexto e da forma como são experienciadas, podendo ser consideradas adaptativas ou não (McRae & Gross, 2020) na medida em que estratégias como o medo e o pânico podem ser consideradas adaptativas se o contexto for, por exemplo, uma tentativa de violação, permitindo lidar com as emoções e ativar o conceito da sobrevivência (Leahy et al., 2013).

Em suma, os estudos apontam que as pessoas que apresentem elevados níveis de RE apresentam níveis de bem-estar elevados comparados com os indivíduos que não apresentam estratégias positivas de regulação emocional (McRae et al., 2020).

Estes estão, ainda, mais associados a sintomas depressivos devido às dificuldades na regulação das emoções (Brandão et al., 2022).

1.4. PTSD, Regulação Emocional e Sintomas Psicopatológicos dos Cônjuges – Formulação do Problema

Como vimos anteriormente, a vivência dos militares tem sido amplamente estudada cientificamente, uma vez que as experiências de guerra se traduzem no aparecimento de PTSD, prejudicando gravemente a sua vida diária e as suas relações sociais (Nohales & Prieto, 2018).

Estas consequências tornam-se impactantes na medida em que afetam significativamente a sua forma de comunicar e de interagir com o cônjuge (Riggs et al., 1998). Estas consequências são também notórias no facto de que podem afetar negativamente o funcionamento psicológico do parceiro, traduzindo-se no surgimento de sintomas psicopatológicos tais como a ansiedade, a depressão, o medo, entre outros (Dekel et al., 1998).

Paralelamente, esta associação poderá ser mediada pelas estratégias de regulação emocional adotadas pelo cônjuge, dado que quanto mais estratégias adaptativas forem usadas, como a reavaliação cognitiva aqui tratada, melhores serão as formas de lidar com os problemas conjugais e menores serão os sintomas psicopatológicos do cônjuge (McRae et al., 2020). Contrariamente, estratégias como a supressão expressiva, menos adaptativa, podem ter um impacto negativo na saúde mental do cônjuge (Silva & Freire, 2014).

Os estudos que foram sendo desenvolvidos nesta área são muito focados nos militares participantes em guerras “duras”, sendo escassa a literatura quanto aos militares participantes em operações de paz e o seu impacto na vida conjugal, tornando-se esta uma lacuna na literatura que este estudo procurará colmatar.

Neste sentido, torna-se cada vez mais pertinente estudar a transmissão indireta do trauma nas relações entre casal dos militares participantes em operações de paz, isto é, verificar se de facto existe uma associação entre o trauma destes militares e a saúde mental dos cônjuges e de que forma a relação emocional destes pode ou não mediar esta relação.

Parte II. Método

Em termos metodológicos, foi desenvolvido um estudo transversal de metodologia mista, visto que os dados serão recolhidos e analisados de forma quantitativa e qualitativa num único momento. Dado que apresenta uma metodologia mista, considerámos pertinente apresentar os dois estudos separadamente, de forma a caracterizá-los de uma forma clara.

Estudo Quantitativo

2.1. O presente estudo

Após a revisão de literatura do projeto em estudo, torna-se imprescindível responder à seguinte questão de investigação: Será que a Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD) do militar está associado ao aparecimento de sintomas psicopatológicos (SP) do cônjuge, sendo esta relação mediada pelas estratégias de regulação emocional (RE) do cônjuge?.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo Geral

Este estudo tem como objetivo geral estudar a associação entre a presença de sintomas de Stresse Pós-Traumático (PTSD) nos militares participantes em operações de paz e a saúde mental das suas esposas (i.e. sintomas psicopatológicos), avaliando se as estratégias de regulação emocional destas medeiam esta associação.

2.2.2. Objetivos Específicos

- a) Verificar se os sintomas de PTSD do militar estão associados a sintomas psicopatológicos do cônjuge.
- b) Averiguar se as estratégias de Regulação Emocional (i.e. supressão expressiva e reavaliação cognitiva) utilizadas pelo cônjuge medeiam a relação entre os sintomas de PTSD do militar e os sintomas psicopatológicos do cônjuge.

2.3. Hipóteses

Tendo em consideração os objetivos estabelecidos e a revisão de literatura, são propostas as seguintes hipóteses (esquematizadas na Figura 1):

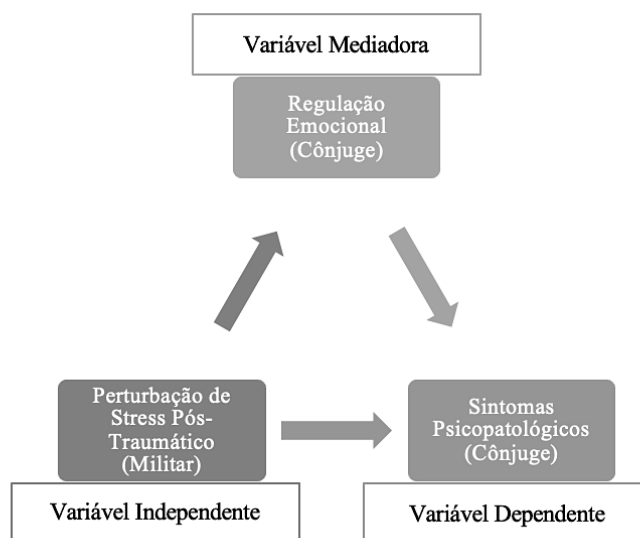
H1: Espera-se que a presença de sintomas de PTSD no militar esteja associada positivamente à SP do cônjuge.

H2: Espera-se que as estratégias de RE do cônjuge estejam associadas à presença de SP. Especificamente, espera-se uma associação negativa entre a estratégia Reavaliação Cognitiva e os SP, e uma associação positiva entre a estratégia Supressão Expressiva e os SP.

H3: Espera-se que os sintomas de PTSD do militar estejam associados à presença de SP do cônjuge e que esta associação seja mediada pelas estratégias de RE do mesmo.

Figura 1.

Esquema do modelo quantitativo testado neste projeto.



2.4. Apresentação e Operacionalização das Variáveis

Em seguida, na tabela abaixo, estão discriminadas as variáveis deste estudo bem como a forma como foram operacionalizadas.

Tabela 2.

Apresentação e operacionalização das variáveis em estudo.

Variáveis	Participante	Função	Operacionalização	Itens	Medida
PTSD	Militar	Independente	PCL-5 – Escala de Perturbação de Stresse Pós-Traumático (Carvalho et al., 2018)	Intrusões, Evitamento, Alterações negativas nas cognições e no humor e Alterações da	Score único total. Quanto mais elevado maior a

				ativação e da reatividade.	presença de sintomas de PTSD.
SP	Cônjuge	Dependente	BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro et al., 1999)	Somatização, Obsessões-compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo	Score do Índice geral de sintomas (IGS).
RE	Cônjuge	Mediadora	QRE – Questionário de Regulação Emocional (Vaz et al., 2008)	Supressão Expressiva e Reavaliação Cognitiva	Score de cada item.

2.5. Participantes

A amostra deste estudo integra casais compostos pelo/a militar e o cônjuge, de todo o território nacional, maiores de idade e que tenham participado no mínimo em uma missão internacional de paz. Foram recrutados individualmente através das listas de associados da Liga dos Combatentes de diversos pontos do país.

Trata-se de uma amostra não-probabilística intencional. Os critérios de inclusão são: ter participado pelo menos numa missão internacional de paz; estar numa relação afetiva heterossexual estável; disponibilidade dos dois membros do casal para participar. Os critérios de exclusão foram: serem solteiros/divorciados ou viúvos; um dos membros recusar-se a participar.

No total, participaram 23 casais, isto é, 46 participantes, incluindo 50% de militares pertencentes ao sexo masculino (N = 23) e 50% cônjuges do sexo feminino (N = 23). Relativamente às idades da amostra, os participantes apresentam idades compreendidas entre os 34 e os 63 anos, tendo uma média de 54.72 anos (DP = 5.68).

No que concerne os participantes militares, a média de idades é de 55.43 anos (DP = 6.04). A maioria destes participantes referem estar casados ou viverem com a esposa (N = 22, 95.7%), sendo que apenas um participante afirmou estar separado ou divorciado (N = 1, 4.3%). Além disto, a maioria dos participantes referem viver com a esposa e com o(s) filho(s) (N = 12, 52.2%), sendo que 9 militares afirmam viver apenas com o cônjuge (19.6%), e os restantes afirmam viver sozinhos ou numa outra situação (N = 2, 8.2%). Quanto ao número de filhos, este varia entre 1 e 3 filhos, sendo que 69.6% dos participantes têm 2 filhos (N = 16), 21.7% têm um filho (N = 5) e apenas 8.7% da amostra refere ter 3 filhos (N = 2). No que toca ao grau de habilitações, um militar conclui o 3º ciclo de estudos – 9º ano (4.3%), 7 militares referem ter concluído o ensino secundário – 12º ano (30.4%), 5 militares o curso profissional (21.7%), 7 militares referem ter concluído o ensino superior (30.4%) e apenas 3 militares (13%) referem outra situação ou não referem habilitação. Do total de militares, existe uma percentagem igual de 30.4% referindo que se encontram no ativo e reformados, respetivamente (N = 7), 39.1% encontram-se noutra situação (N = 9). Por fim, a maioria dos militares refere não ter tido nenhum tipo de acompanhamento de saúde mental (N = 19, 82.6%), sendo que um militar (4.3%) refere ter tido acompanhamento ao nível da Psicologia, um militar (4.3%) ao nível da Psiquiatria e um militar (4.3%) acompanhamento em Psicologia e Psiquiatria, sendo que a maioria (N = 21, 91.3%) refere não tomar medicamentos para a sua saúde mental, ao contrário de apenas um que afirma tomar medicação (4.3%).

Na tabela 3 são apresentados todos os dados sociodemográficos.

Tabela 3.

Caracterização Sociodemográfica dos participantes Militares (N = 23).

Características	N	%
<i>Género Masculino</i>	23	100
<i>Idade (M;DP)</i>	55.43	6.04
<i>Estado Civil</i>		
Casado/Vive com a companheira	22	95.7
Separado/Divorciado	1	4.3
<i>Habilitações Literárias</i>		
3º Ciclo (9º ano)	1	4.3
Ensino Secundário (12º ano)	7	30.4
Curso Profissional	5	21.7
Ensino Superior	7	30.4
Outra	2	8.7
<i>Situação Laboral</i>		

Ativo	7	30.4
Reformado	7	20.4
Outra	9	39.1
<hr/>		
<i>Posto</i>		
Oficial	6	26.1
Sargento	13	56.5
Praça	2	8.7
<hr/>		
<i>Ramo das Forças Armadas</i>		
Exército	21	91.3
Força Aérea	1	4.3
<hr/>		
<i>Situação Militar</i>		
Ativo	2	8.7
Contratado	1	4.3
Reserva	11	47.8
Reforma	7	30.4

No que se refere aos participantes cônjuges que se representam no total como do sexo feminino (N = 23, 100%), apresentam uma média de idades de 54 anos (DP = 5.33) com idades compreendidas entre os 37 e os 62 anos. Relativamente ao estado civil, a maioria das participantes (N = 22, 95.7%) refere que é casada ou vive com o companheiro e apenas uma refere que é divorciada/separada (4.3%). Além disto, a maioria (N = 17, 73.9%) afirma que é o seu primeiro casamento, ao contrário de apenas duas participantes (8.7%) que afirma que não é o seu primeiro casamento.

À pergunta sobre o número de filhos, 73.9% (N = 17) refere ter 2 filhos, enquanto 13% (N = 3) apenas 1 filho e 8.7% (N = 2) 3 filhos. No que concerne às habilitações literárias, uma participante (4.3%) conclui o 2º ciclo – antigo 6º ano, 6 esposas (26.1%) concluíram o ensino secundário – 12º ano e a maioria das participantes (N = 14, 60.9%) refere que completou o ensino superior, além de apenas 2 cônjuges (8.7%) referem outra situação. Relativamente à situação laboral, todas afirmam que se encontram no ativo (N = 23, 100%). Por fim, sobre o acompanhamento de saúde mental, 21.7% (N = 5) refere que tem ou já teve acompanhamento no âmbito da Psicologia e 78.3% (N = 18) admite não ter tido acompanhamento. Além disto a maioria da amostra (N = 16, 69.6%) afirma não tomar atualmente medicamentos para ajudar na sua saúde mental e as restantes (N = 7, 30.4%) afirmam tomar medicação (tabela 4).

Tabela 4.*Características Sociodemográficas dos participantes Cônjuges (N = 23).*

Características	N	%
<i>Género Feminino</i>	23	100
<i>Idade (M;DP)</i>	54	5.33
<i>Estado Civil</i>		
Casada/Vive com o companheiro	22	95.7
Separada/Divorciada	1	4.3
<i>Habilitações Literárias</i>		
2º Ciclo (antigo 6º ano)	1	4.3
Ensino Secundário (12º ano)	6	26.1
Ensino Superior	14	60.9
Outra	2	8.7
<i>Situação Laboral</i>		
Ativo	23	100

2.6. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos: o Questionário Sociodemográfico, a Escala PCL-5 – Escala de Perturbação de Stresse Pós-Traumático do DSM-5 (Carvalho et al., 2018), a escala BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro et al., 1999) e o QRE – Questionário de Regulação Emocional (Vaz et al., 2008). Estes instrumentos foram aplicados individualmente a cada membro do casal, como indicado na secção Apresentação e Operacionalização das Variáveis.

2.6.1. Questionário Sociodemográfico

Este questionário tem como âmbito recolher os dados sociodemográficos dos participantes tais como o sexo, a idade, o estado civil, o número de filhos e com que vivem, as habilitações literárias, a profissão, a situação laboral, e alguns dados clínicos, como o acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, a medicação atual e alguma descrição de acontecimentos marcantes nas suas vidas enquanto casal, além de retirar informações relevantes sobre o ramo, as missões, o posto e a especialidade do militar (Anexos 2 e 3).

2.6.2. PCL-5 – Escala de Perturbação de Stresse Pós-Traumático

A Escala de Perturbação de Stresse Pós-Traumático foi originalmente desenvolvida por Weathers et al. em 2013 e foi validada para a população portuguesa em 2018 pelos autores Carvalho, Motta e Pinto-Gouveia.

Esta escala tem 20 itens de autorresposta que inferem nos vinte sintomas de PTSD descritos pelo DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (ex. item 1: “Memórias repetidas, perturbadoras e indesejadas sobre a situação indutora de stresse?”) numa escala de *Likert* de 0 (nada) a 4 (muito), avaliando o grau em que a pessoa foi afetada no último mês. A cotação deste inventário combina o cálculo total das respostas dadas pelos militares no questionário ($\alpha_{\text{Cronbach}} = .94$), somando todos os itens de acordo com os fatores avaliados: Intrusões ($\alpha_{\text{Cronbach}} = .89$); Evitamento ($\alpha_{\text{Cronbach}} = .76$); Alterações negativas nas cognições e no humor ($\alpha_{\text{Cronbach}} = .87$) e Alterações da ativação e da reatividade ($\alpha_{\text{Cronbach}} = .85$) (Carvalho et al., 2018), apesar de, no presente estudo, apenas ser utilizado o *score* total.

2.6.3. BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos foi originalmente desenvolvido por Derogais e Melisaratos em 1983 e validado para a população portuguesa em 1999 pelos autores Mário Simões, Carla Machado, Miguel Gonçalves e Leandro Almeida. Pretende avaliar os sintomas psicopatológicos dos participantes que se constituem como cônjuges nesta investigação. É de autorresposta e demora cerca de 20 minutos a ser preenchido.

Permite avaliar nove dimensões de sintomas como a somatização, as obsessões-compulsões, a sensibilidade interpessoal, a depressão, a ansiedade, a hostilidade, a ansiedade fóbica, a ideação paranóide e o psicoticismo, além de indicar o índice geral de sintomas, o índice de sintomas positivos e o total de sintomas positivos.

Neste âmbito, a somatização reflete o mal-estar somático (ex.: “Desmaios ou tonturas.”). A dimensão da obsessão-compulsão resulta nas cognições e compulsões que a pessoa não consegue controlar (ex.: “Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.”). A sensibilidade interpessoal (ex.: “Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.”) compreende os sentimentos de inadequação, autodepreciação, timidez e desconforto. A depressão consiste nos sintomas de humor triste e perda de energia (ex.: “Pensamentos de acabar com a vida.”). A ansiedade combina os indicadores de nervosismo e tensão (ex.: “Nervosismo ou tensão interior.”). A hostilidade que tem como ex.: “Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.”. A ansiedade fóbica (ex.: “Medo na rua ou praças públicas”) compreende a resposta ao medo persistente que conduz ao comportamento de evitamento. A ideação paranóide (ex.: “Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.”) resulta no comportamento paranóide e perturbado de funcionamento cognitivo.

Por último, o psicoticismo (ex.: ‘Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.’) resulta no isolamento e estilo de vida com sintomas primários de esquizofrenia como as alucinações e controlo de pensamentos.

Este inventário demora cerca de 8 a 10 minutos e a sua pontuação desta escala é efetuada de acordo com os valores de cada resposta (0 a 4 valores) a cada item, isto é, soma-se os valores de cada resposta correspondente a cada dimensão e divide-se pelo número de itens que pertencem a essa dimensão.

Paralelamente, para cotar o índice geral de sintomas soma-se as pontuações de todos os itens e divide-se pelo número total de respostas (53) caso não existam respostas em branco.

O total de sintomas positivos calcula-se contando o número de itens com uma resposta maior que 0, isto é, uma resposta positiva.

Já o índice de sintomas positivos cota-se dividindo o somatório de todos os itens pelo total de sintomas positivos. Tal como indicado na tabela 2, só serão utilizados os scores do Índice geral de sintomas, o Total de sintomas positivos e o Índice de sintomas positivos. O nível de consistência interna (α_{Cronbach}) desta escala varia entre .70 e .80 (Canavarro et al., 1999).

2.6.4. QRE – Questionário de Regulação Emocional

Este questionário originalmente descrito por Gross e John em 2003 e validado para a população portuguesa em 2008 por Machado Vaz e Martins pretende examinar a utilização das estratégias de regulação emocional, nomeadamente supressão expressiva e reavaliação cognitiva (Vaz & Martins, 2008).

É um instrumento de autorresposta que consiste em 10 perguntas respondidas numa escala de *Likert* de 0 – Discordo Totalmente a 7 – Concordo Totalmente. Depois de recolhidos estes dados, a sua cotação é calculada de acordo com as duas dimensões de estratégias (i.e. supressão expressiva e reavaliação cognitiva). A Supressão Expressiva ($\alpha_{\text{Cronbach}} = .65$) é calculada consoante a média dos itens 2, 4, 6 e 9 (ex.: ‘Quando estou a experienciar emoções negativas, faço tudo para não as expressar.’). Da mesma forma, a Reavaliação cognitiva ($\alpha_{\text{Cronbach}} = .76$) é calculada consoante a média dos itens 1, 3, 5, 7, 8 e 10. (ex.: ‘Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.’) (Vaz & Martins, 2008).

2.7. Procedimento

Uma vez que este estudo se enquadra num projeto mais amplo em curso no CIP (‘Transmissão intergeracional do trauma em contexto militar: um estudo de metodologia mista com famílias de militares’) todos os procedimentos éticos estavam já cumpridos. Da mesma forma, a utilização dos instrumentos utilizados estava também autorizada.

Para a recolha de dados, as equipas dos núcleos da Liga dos Combatentes verificaram quais dos seus associados cumpriam os critérios de inclusão do estudo. Em seguida, entraram em contacto com os mesmos com o objetivo de apresentar o estudo e averiguar a sua disponibilidade para participar, assim como a do cônjuge. Quando ambos os elementos do casal mostravam disponibilidade foram agendadas sessões individuais para preenchimento das medidas.

Preferencialmente as sessões foram presenciais ou quando tal não foi possível por zoom. Previamente ao preenchimento das medidas, os participantes assinaram o consentimento informado e foram-lhes apresentados os objetivos do estudo. O preenchimento dos questionários pelos participantes teve um tempo média de 15 minutos. Depois destes dados recolhidos, foram inseridos e organizados em base de dados SPSS.

Para os dados quantitativos, o tratamento foi realizado através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 28.0 da IBM®. De forma a verificar as hipóteses estabelecidas e os objetivos propostos para este estudo, foi feita uma análise estatística dos dados recolhidos.

2.7.1. Procedimentos de Análise Estatística

Primeiro, foi feita a limpeza e correção dos dados. Havendo alguns dados em falta (*missing values*), os mesmos foram substituídos pela média do grupo. Posteriormente, foi feita a análise da consistência interna das medidas utilizadas neste estudo, através do Alfa de Cronbach (α).

Depois de todas as medidas terem sido avaliadas quanto ao nível de consistência interna, foi realizada a estatística descritiva com o objetivo de verificar os valores de tendência central bem como mínimos e máximos das variáveis.

Em seguida, foi verificada a adesão à normalidade de cada dimensão com o intuito de verificar se os dados recolhidos se distribuíam normalmente ou não, para, conseqüentemente, se escolher o tipo de teste e análise estatística mais adequado.

Por último, de forma a verificar as hipóteses propostas para este estudo, foram feitas correlações.

Para verificar a primeira hipótese foi aplicado um teste não-paramétrico, isto é, o teste de Spearman, tendo em conta os resultados da não-adesão à normalidade das medidas. A segunda hipótese foi testada através do teste paramétrico de Pearson e, por fim, foi utilizada uma análise de mediação, através da Macro do SPSS *Process* (modelo 4). A rejeição das hipóteses nulas foram rejeitadas tendo em conta os valores de $p < .05$.

As variáveis utilizadas foram as seguintes: a variável PTSD como variável independente medida através do PCL-5; a variável SP como variável dependente medida através do BSI e, por fim, a variável RE como variável mediadora medida através do QRE, tal como consta na secção Apresentação e Operacionalização das Variáveis.

Estudo Qualitativo

Tendo em vista a revisão de literatura efetuada, pretende-se aprofundar a compreensão sobre os processos comunicativos do casal (militar e cônjuge), descrevendo as principais formas de interação e comunicação entre os membros do casal. Tal será feito a partir da história clínica familiar recolhida junto de cada um dos membros do casal.

3.2. Objetivos

Para o delineamento deste estudo foram colocados os objetivos seguintes:

3.2.1. Objetivo Geral

Este estudo tem como objetivo geral aprofundar a compreensão sobre os processos comunicativos do casal (militar participante em operações de paz e cônjuge).

3.2.2. Objetivos Específicos

- a) Descrever os padrões de comunicação do casal numa perspetiva sistémica, a partir da história clínica familiar;
- b) Descrever os padrões de interação do casal numa perspetiva sistémica, a partir da mesma história clínica familiar;

3.3. Participantes

A amostra deste estudo conta com dez casais, sendo cinco do sexo masculino (militares) e cinco do sexo feminino (respetivos cônjuges). Estes participantes apresentam idades compreendidas entre os 50 e os 63 anos, com uma média de idades de 56 anos. Relativamente à sua profissão, os militares encontram-se no ativo ou na reforma e estiveram em aproximadamente até três missões, nomeadamente em países como Timor, Afeganistão e Guiné-Bissau, cada missão demorando menos de um ano. Quanto à sua relação marital, os participantes deste estudo referem estar casados há mais de 15 anos, constituindo uma relação longa no tempo.

3.4. Instrumentos

Para a recolha dos dados qualitativos, foi utilizado um guião de história clínica familiar que norteou a entrevista feita individualmente a cada participante (militar e cônjuge).

3.4.1. A história clínica familiar

A história clínica da família foi recolhida através de entrevista gravada em áudio, feita por um técnico da Liga dos Combatentes. Quando a gravação das entrevistas não foi consentida, utilizou-se a informação recolhida, preenchida no questionário de história clínica.

Este instrumento permite recolher dados sobre a história familiar anterior de cada membro do casal bem como da sua história, desde o laço afetivo que estabeleceram. Além destas informações, é possível adquirir informação relativa ao sistema conjugal, isto é, a forma de comunicação e interação enquanto casal, sendo este o aspeto chave desta investigação.

Além destas informações, é realizado o genograma da família em questão, classificando as relações familiares entre cada membro, bem como os acontecimentos importantes para cada um. Ainda, há lugar à descrição de uma breve história do desenvolvimento académico, profissional e relacional dos membros do casal, além de identificar dados clínicos como perturbações, sintomatologia, internamentos e doenças existentes.

Relativamente à história do casal, é descrito brevemente o seu percurso, identificando tarefas e papéis, estilos educativos parentais e a relação que ambos mantêm, descrevendo assim as formas de comunicação e de interação com que se regem. Além disso, o ciclo de vida familiar também é analisado, identificando fases do desenvolvimento da família pertinentes para a sua história, com a sua reação, adaptação e interação com o contexto em que estão inseridos. Dentro deste âmbito, são descritas alterações da vida familiar, caso existam, segredos ou tabus da família, além de rituais do quotidiano como aspetos que se mantêm no dia-a-dia, bem como as suas funções ou papéis dentro da família, isto é, formas de hierarquia e de liderança.

Para analisar estes dados, a entrevista gravada em áudio foi transcrita. De seguida, foram recolhidos os dados inerentes ao aspetos da comunicação e da interação do casal participante, os quais permitiram a realização de uma análise de conteúdo (análise temática) das respostas.

3.5. Procedimento

Os procedimentos anteriores à análise dos dados foram descritos, na secção Procedimento do estudo quantitativo.

A realização da entrevista a cada participante demorou, em média, uma hora. Depois destes dados recolhidos, os mesmos foram transcritos e sujeitos a uma análise temática. Esta análise teve em conta os pressupostos de Kaplan (2004), de forma a chegar a conclusões sobre a comunicação e a interação do casal.

A análise temática de conteúdo ou análise de conteúdo tem como foco o significado da mensagem, podendo esta assumir diversas formas como escrita, verbal, gestual, entre outras (Bardin, 1977). Ou seja, é tido em conta o que a mensagem em si traz como significado, sendo que esse significado é compreendido e generalizado, sendo necessário que esse tenha uma pertinência teórica (Bardin, 1977).

Esta análise de conteúdo foi realizada através do programa MAXQDA *by Verbi* (V. 12) a partir da transcrição de dez entrevistas, sendo cinco de militares e outras cinco das respectivas esposas.

Seguidamente à transcrição das entrevistas, e após uma leitura imersiva das mesmas, foram codificadas as categorias e subcategorias que abordam os temas mais abordados pelos entrevistados relacionados com os objetivos deste estudo. De forma a respeitar a proteção dos dados, estas transcrições estão numeradas através de códigos de participantes, nomeadamente M1, M2, M3, M4 e M5 para os militares e E1, E2, E3, E4, E5 para os respetivos cônjuges, sendo que as transcrições não constam nos anexos.

Parte III. Resultados

Resultados do Estudo Quantitativo

4.1. Consistência Interna das Medidas

Primeiro, verificou-se a consistência interna dos instrumentos utilizados, através do Alfa de Cronbach para cada uma das medidas. Neste âmbito, o PCL-5 apresentou um alfa de Cronbach de .956, indicando uma elevada consistência interna. A medida do BSI cotou um Alfa de Cronbach de .965, indicando consistência interna elevada entre os itens. Por último, as medidas Supressão Expressiva e Reavaliação Cognitiva referentes ao QRE apresentaram um Alfa de Cronbach de .639 e de ., respetivamente, valores de consistência interna satisfatória.

4.2. Estatística Descritiva

Em seguida, foram realizadas análises descritivas dos resultados das medidas. Todos estes valores podem ser observados na tabela 5.

Tabela 5.

Estatísticas Descritivas das medidas em estudo.

Variáveis	Alfa de Cronbach	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
PCL-5	.956	23	20	63	27.67	10.09
BSI	.965	23	.04	1.71	.68	.49
QRE						
Supressão Expressiva	.639	23	1.50	5.00	3.52	1.06
Reavaliação Cognitiva	.708	23	2.00	6.17	4.61	1.02

Tal como é observado na tabela acima, ao questionário PCL-5 aplicado aos militares, este foi respondido pelos 23 participantes, ao questionário BSI aplicado aos cônjuges responderam 23 mulheres e, por fim, ao questionário QRE avaliando as medidas Supressão Expressiva e Reavaliação Cognitiva aplicado também aos cônjuges responderam 23 participantes.

Quanto ao PCL-5 verificou-se uma média de 27.67 (DP = 10.09), o que indica que este valor é inferior à média de validação da escala (M = 31.65, DP = 11.36) (Carvalho et al., 2018).

Sobre os respeitos cônjuges, no questionário BSI verificou-se uma média de .68 (DP = .49), indicando mais uma vez este pressuposto, isto é, é inferior à média de validação da escala para a população geral (M = 0.835; DP = 0.480) (Canavarro et al., 1999). Ainda para os cônjuges, no questionário QRE, a medida Supressão Expressiva cotou uma média de 3.52 (DP = 1.06) e a Reavaliação Cognitiva uma média de 4.61 (DP = 1.02), ressaltando que a média da medida de Reavaliação Cognitiva se encontra superior à medida de Supressão Expressiva. Estes resultados também se encontram inferior aos resultados das validações das escalas (M = 13.8, DP = 4.9) para a Supressão Expressiva e (M = 21.6, DP = 6.4) para a Reavaliação Cognitiva (Vaz & Martins, 2008).

4.3. Análise da Adesão à Normalidade

Em seguida, foi verificada a normalidade da distribuição, tendo-se recorrido ao teste Shapiro-Wilk, uma vez que o número da amostra era reduzido ($n < 30$). Os resultados indicam que todas as variáveis apresentam uma distribuição normal, exceto a variável PCL-5, que viola o pressuposto da normalidade ($p < .05$) (tabela 6). Tendo isto em conta, foi necessário utilizar um teste não-paramétrico sempre que a análise estatística envolvia esta variável.

Tabela 6.

Teste de normalidade Shapiro-Wilk.

Variáveis	Estatística	gl	<i>p</i>
PCL-5	.748	23	<.001
BSI	.934	23	.135
QRE			
Supressão Expressiva	.937	23	.155
Reavaliação Cognitiva	.955	23	.367

4.4. Análise de Correlações

Tendo em conta a primeira hipótese – **H1**: Espera-se que a presença de sintomas de PTSD no militar esteja associada positivamente a SP do cônjuge, procedeu-se à análise da correlação entre a existência de PTSD do militar e a existência de SP nas esposas. Para tal, foi utilizado o teste de Spearman. O resultado indica que não existe uma correlação estatisticamente significativa ($\rho = -.12, p = .58$).

De seguida, examinámos a segunda hipótese do estudo – **H2**: Espera-se que as estratégias de RE do cônjuge estejam associadas à presença de SP, esperando-se uma associação negativa entre a estratégia Reavaliação Cognitiva e os SP, e uma associação positiva entre a estratégia Supressão Expressiva e os SP. Neste sentido, foi utilizada a correlação de Pearson. Os resultados indicam a não existência de associações significativas, especificamente, entre a presença de SP nas esposas e a estratégia de RE Supressão Expressiva ($r = .219$; $p = .318$), e entre a presença de SP e a estratégia Reavaliação Cognitiva ($r = .010$, $p = .653$).

Por último, para verificar a terceira hipótese do estudo – **H3**: Espera-se que os sintomas de PTSD do militar estejam associados à presença de SP do cônjuge e que esta associação seja mediada pelas estratégias de RE do mesmo, foi realizada uma análise de mediação (modelo 4). Esta análise teve como variável independente a PTSD do militar, como variável dependente a presença de SP na esposa e como variáveis mediadoras as estratégias de RE Supressão Expressiva e a Reavaliação Cognitiva (Figura 2).

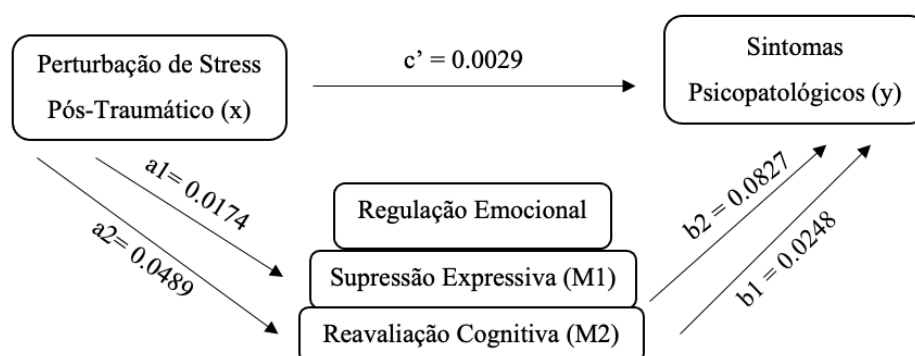
Os resultados obtidos demonstram que a PTSD do militar não está significativamente associada à estratégia de reavaliação cognitiva ($t = .8005$, $p = .432$). A reavaliação cognitiva também não se verificou estatisticamente relacionada com os SP ($t = .2250$, $p = .824$).

Contudo, verificou-se uma associação entre a PTSD e a estratégia supressão expressiva: quanto maior a presença de PTSD no militar, maior é a supressão expressiva nas esposas, apesar de esta associação ser fraca ($t = .24046$, $p = .025$, $r^2 = .22$). É possível verificar que a PTSD explica 22% da utilização da supressão expressiva. Além disto, observou-se que a supressão expressiva não está significativamente associada à presença de SP ($t = .7031$, $p = .490$).

Sobre o efeito direto na associação entre a PTSD e os SP, quando controlados pelas estratégias de RE, conclui-se que não existe ($t = .2350$, $p = .817$).

Figura 2.

Relação entre a PTSD com os SP mediada pelas estratégias de Supressão Expressiva e Reavaliação Cognitiva.



Resultados do Estudo Qualitativo

De forma a realizar a análise de conteúdo segundo os pressupostos de Bardin (1977), as dez entrevistas dos militares e respetivos cônjuges foram transcritas e codificadas com as categorias e subcategorias de temas que mais foram abordados pelos entrevistados na história clínica familiar. Esta codificação temática permitiu analisar a comunicação e a interação do casal através de uma perspetiva sistémica.

Em seguida, encontram-se as categorias e as subcategorias identificadas após esta análise:

Tabela 7.

Categorias e subcategorias da análise de conteúdo dos dados qualitativos.

Categorias	Subcategorias	Definição	Exemplos
<i>Comunicação entre casal</i>		Caracterização da comunicação enquanto subsistema casal.	
	Divergências	Identificação de alguns conflitos comunicacionais.	“Comunicação há sempre aquelas divergências que não são um padrão.” (E4, p.2). “(…) Temos que nos respeitar.” (M4, p.5).
<i>Interação como família</i>		Caracterização da interação enquanto subsistema casal.	
	Amizade	Identificação de uma relação de amizade.	“(…) Amizade entre os dois.” (M2, p.2).
<i>Implicações das missões</i>		Caracterização dos impactos das missões na relação.	
	Rede de apoio	Identificação de rede de apoio social aquando das missões.	“Foi um choque, (...) muito complicada.” (E3, p.2). “Difícil de gerir.” (M1, p.3).
	Histórias	Identificação de histórias trazidas das operações.	

	Saudade	Caraterização de sentimentos de saudade aquando das missões.	<i>‘Tinha muitas saudades.’</i> (E2, p.3).
Adaptação		Caracterização da adaptação à vinda da missão do militar.	
	Sobrecarga	Identificação de sentimentos de cansaço.	<i>‘Fiquei sozinha.’</i> (E5, p.3).
	Stresse	Identificação de sentimentos de stresse físico e/ou emocional.	<i>‘Foi das piores fases da minha vida.’</i> (E1, p.4).

Assim, relativamente à primeira categoria **1. Comunicação entre casal**, o objetivo era identificar as referências dos entrevistados à forma de comunicação enquanto casal e subsistema familiar. Neste sentido, foi possível identificar duas subcategorias como unidades de análise de conteúdo, especificamente “Divergências”, em que os participantes descrevem alguns pontos comunicacionais nos quais havia diferenças, não referindo serem problemáticos; e, “Tolerância” na qual os participantes referiam que a comunicação era baseada na tolerância e no respeito mútuo, sendo assim uma comunicação funcional.

Em seguida, a categoria **2. Interação como família** representa a forma como os participantes descrevem a sua forma de interagir no seu meio envolvente, sendo que foi identificada a subcategoria “Amizade” como uma referência dos participantes, os quais descreviam a sua relação como uma relação de amizade e companheirismo.

O tema **3. Implicações das missões** foi essencial para descrever quais as referências que os participantes ressaltam do impacto das operações. Nesta, foram identificadas unidades de análise como “Rede de apoio” que caracteriza o facto de os participantes apresentarem uma rede de apoio ou não aquando das missões, “Histórias” na qual os entrevistas ressaltam referências a histórias trazidas pelos militares no pós-missão e “Saudade” que caracteriza as referências aos sentimentos de saudade e da falta que sentiam durante as missões.

Por fim, a categoria **4. Adaptação** pretende identificar a forma como a família se adaptou a todas estas fases do ciclo de vida, sendo que foram identificadas subcategorias como “Sobrecarga” na qual os entrevistadas ressaltam os sentimentos de exaustão e “Stresse” referindo a ansiedade e o cansaço emocional sentido durante as missões.

Sendo assim, as diferentes unidades temáticas encontradas, isto é, as subcategorias aqui descritas estão apresentadas em seguida, sustentadas por excertos do discurso dos entrevistas.

1. Comunicação entre casal:

Relativamente à forma de comunicar do casal, foram assim identificadas unidades de análise relativas a “Divergências” na comunicação.

E3: *“Problemas habituais, algumas discordâncias (...)”* (p.2).

M4: *“(...) a nível familiar tivemos que fazer um grande esforço financeiro e acaba por mexer com o relacionamento (...)”* (p.4).

E4: *“Comunicação há sempre aquelas divergências que não são, não é um padrão, não acontecem muitas vezes, mas sobretudo, diferenças da opinião.”* (p.2).

E5: *“(...) todos os casais têm altos e baixos mas tudo se supera.”* (p.2).

As referências à unidade de análise “Tolerância” também foram identificadas pelos participantes aquando do questionamento sobre a sua comunicação.

E2: *“(...) com o meu marido sempre foi muito boa.”* (p.2).

M2: *“(...) estes anos todos foram pacíficos e sem muitos problemas, ela sempre foi uma companhia para mim.”* (p.3).

M4: *“(...) temos que nos respeitar, conviver cada um com os problemas do outro.”* (p.5).

E4: *“(...) há respeito mútuo, há tolerância (...)”* (p.2).

2. Interação como família:

De forma a identificar a sua interação como casal, foram identificadas unidades de análise referentes a sentimentos de “Amizade”.

M1: *“(...) A liderança é dos dois, um faz umas coisas, outro faz outras.”* (p.5).

M2: *“Temos um entendimento, penso, muito bom.”* (p.3).

E2: *“Temos um relacionamento muito sincero, franco e amigo.”* (p.2).

E4: *“(...) há companheirismo, sobretudo há amizade. (...) Acho que as coisas correm bem... (...) E é agradável e confortável.”* (p.2).

E5: *“É ótima até aos dias de hoje.”* (p.2).

3. Implicações das missões:

Para descrever o impacto das missões dos militares, foram identificadas referências à “Rede de apoio” que contavam ou não na altura.

E1: *“Tive também a ajuda dos meus sogros (...)”* (p.3).

E3: “(...) *foi uma situação complicada na altura porque nós não temos aqui apoio familiar onde nós moramos.*” (p.2); “(...) *a responsabilidade caía toda sobre mim.*” (p.2).

M4: ‘*Basicamente somos uma família que depende de nós.*’ (p.2).

E4: “(...) *sempre tive o apoio dos avós, dos tios, dos primos. Isso ajuda muito.*” (p.2).

E5: ‘*Foi um bocadinho complicado porque fiquei sozinha com a minha filha mais velha e tinha o outro também pequenino com dois aninhos.*’ (p.3).

Ainda dentro das implicações das missões, alguns participantes referem “Historias” trazidas das missões pelos militares que tinham algum impacto.

E1: ‘*Pronto isso aí não foi não foi fácil.*’ (p.3); ‘*Havia um nervosismo constante da parte dele.*’ (p.4).

M3: ‘*Falar para a família era muito difícil (...).*’ (p.3).

E3: “(...) *foi um choque muito grande porque tal como eu disse nunca me passou pela cabeça (...).*” (p.2).

M4: “(...) *Muito trabalho, muitas preocupações, muitas chatices (...).*” (p.3).

E5: ‘*Claro, ele trazia era muitas histórias que nós não estávamos habituados a resolvê-las.*’ (p.3).

O impacto das missões também é caracterizado por trazer “Saudade”, aquando das missões e da ausência dos militares.

M1: “(...) *foi um bocado difícil gerir isto (...) ela queria vir comigo (...)*” (p.3).

E2: “(...) *estar afastados, tinha muitas saudades.*” (p.3).

E4: “(...) *Claro que houve muita saudade.*” (p.2).

M5: ‘*Ela sentiu um bocadinho de saudade (...) é sempre difícil.*’ (p.3).

4. Adaptação:

Por último, relativamente à adaptação da família, foram identificados sentimentos de ‘Sobrecarga’.

M1: “(...) *foi complicado (...) e ela (esposa) andou um bocado deprimida (...) e uma pessoa sente-se incapaz de estar longe, não conseguir cá chegar.*” (p.4).

E1: “(...) *das fases piores da nossa vida.*” (p.4).

M3: “(...) *ela também podia ter ido tirar o doutoramento e não foi para termos os filhos.*” (p.4).

E5: “*Isso sim foi um bocado para mim*” (p.3).

Além destes, foram também identificados sentimentos de “Stresse” pelos participantes.

E1: *“Tive uma depressão quando o meu marido foi para o Afeganistão (...)”* (p.3);
“Foi sempre complicado (...) porque o meu marido viveu muito ausente.” (p.4).

E4: (...) *Houve momentos que me custou.”* (p.2).

M5: *“E também tive um bocadinho de azar porque a posição em que eu fiquei não tinha grande possibilidade de comunicação (...). Foi um bocado complicado.”* (p.3).

E5: *“Neste momento estou com uma pequena depressão, estou a receber tratamento.”* (p.2).

Tendo estes resultados em conta, é possível verificar que as missões de operações de paz dos militares acarretam alguns impactos negativos na família, nomeadamente na dinâmica entre casal, demonstrando, por vezes, alguns problemas comunicacionais. Esses problemas na comunicação são caracterizados pelos participantes como pequenas divergências, como diferenças de opiniões ou mesmo dificuldades de discurso. Apesar de referirem tais problemas, os participantes não referem problemas de maior inerentes a isso, referindo que têm uma relação marital adequada e funcional, o que influencia em grande parte a não-existência de conflitos.

Apesar de grande parte dos participantes não identificar grandes problemas no seu relacionamento, foi analisado que as missões dos militares apresentam um impacto na vida familiar, influenciando a forma como se adequam às diferentes fases do ciclo vital, impactando a sua saúde mental, na medida em que os cônjuges referem dificuldades na gestão da vida com os filhos sem o militar e sentimentos de exaustão, sobrecarga, tristeza, choque e ansiedade pela ausência do seu parceiro.

Parte III. Discussão

Discussão do Estudo Quantitativo

Tendo em conta a primeira hipótese deste estudo (**H1**), que pretendia comprovar que a presença de PTSD do militar estaria associada positivamente a SP do cônjuge, esta não se confirmou, dado não se terem encontrado resultados significativos. Estes resultados não foram ao encontro do que se esperava na revisão de literatura, que descreve a associação entre os sintomas de PTSD no militar e o aparecimento de sintomas depressivos, ansiosos ou emocionais nas suas esposas (Dekel et al., 1998). Em contexto português (Pereira & Ferreira, 2006), os autores também afirmam que a PTSD do militar sugere o aparecimento de SP nos cônjuges, influenciando o aparecimento do STD, apesar de não serem militares participantes de operações de paz. Esta relação pode não se ter confirmado pelo facto de que a decisão do militar se ausentar para estas missões ter sido discutida e tomada em família, tal como foi entendido pelas entrevistas realizadas aos participantes. Isto é, alguns dos militares referem ter conversado sobre a possibilidade de ir em missão com o seu cônjuge, discutindo o tempo da sua ausência, além de como se praticaria a gestão da vida familiar a partir daí. Outra razão advém da possibilidade de que as operações de paz nos dias de hoje são voluntárias, periódicas e remuneradas, não acarretando grandes riscos financeiros para os cônjuges, além de não ficarem, habitualmente, mais que um ano sem o militar. Estas missões atualmente ainda preveem a comunicação com a família, o que pode indiciar uma melhor interação com a família e, assim, não prejudicar a um grande nível a saúde mental das esposas.

A segunda hipótese (**H2**) tinha como objetivo confirmar que as estratégias de RE do cônjuge estariam associadas à presença de SP. Esta hipótese não foi confirmada, uma vez que não foram verificadas correlações entre as variáveis, o que contradiz mais uma vez a literatura encontrada, indicando que as estratégias de regulação emocional adotadas pelo cônjuge não estão associadas a sentimentos de tristeza, ansiedade ou medo, ao contrário do que os autores referem (McRae et al., 2020). Além disto, é descrito também que existe uma transmissão do trauma do militar aos familiares (Rosenheck & Nathan, 1985; Solomon et al., 1992), apresentando sintomas depressivos, ansiosos, dificuldades de sono, problemas sociais e o abuso de álcool ou drogas (Valent, 2002). Ora, esta hipótese pode não ter sido comprovada pelos mesmos factos discutidos acima, na medida em que, ao existir uma melhor comunicação com a família aquando das missões do militar e estas serem de tempo reduzido, os cônjuges podem sentir um maior nível de confiança na sua relação e, regular de forma adaptativa as suas emoções, não indicando problemas a esse nível. Ao não apresentar problemas na sua relação, não indicam também disfunções na forma como regulam as suas emoções e, conseqüentemente, não identificam sintomas psicopatológicos.

Além disto, tal como mencionado acima, se os militares tendem a ir para estas missões de forma voluntária, remunerada e a decisão é discutida em família, os seus cônjuges poderão aceitar tal decisão e concordar com a mesma, não identificando problemas a esse nível e, por sua vez, não apresentam dificuldades na regulação e gestão das emoções. Ao não apresentar disfunções a esse nível, poderão assim não desenvolver sintomas psicopatológicos.

A terceira hipótese (**H3**) pretendia provar que os sintomas de PTSD do militar estariam associados a SP no cônjuge e que essa associação seria mediada pelas estratégias de RE do mesmo. Esta foi somente parcialmente confirmada, uma vez que não se verificou uma associação entre os sintomas de PTSD e a presença de SP nas esposas, mediada pelas estratégias de regulação emocional desta, mas somente uma associação fraca entre os sintomas de PTSD e a utilização da supressão expressiva na esposa, inferindo que quanto maiores os sintomas de PTSD dos militares, maior a utilização da supressão expressiva nas esposas, como forma de regulação emocional.

Este resultado pode indicar que a estratégia de supressão expressiva tende a ser utilizada pelos cônjuges como forma de regular as emoções, ou seja, reprimem a expressão de uma determinada emoção, de forma a que não seja percebida pelos outros. A razão pela qual tal poderá acontecer pode estar relacionada com o facto de que as esposas ao apresentarem sintomas de tristeza, ansiedade ou medo, suprimem tais emoções de forma a não querer preocupar os seus parceiros militares, para não sugerirem problemas e preocupações ao militar aquando da sua ausência. Além disto, é descrito na literatura que os sintomas como a depressão, a ansiedade, o medo ou o isolamento podem ser derivados da violência doméstica (Solomon et al., 1992), uma vez que a PTSD pode propiciar comportamentos violentos (Marzuk, 1996 citado por Neller et al., 2005). Ora se tal acontecer, estas mulheres tendem a suprimir as emoções devido à vergonha que possam sentir de tais acontecimentos, indicando mais uma vez a possibilidade da utilização da supressão expressiva como forma de regular as emoções.

Discussão do Estudo Qualitativo

Tendo em conta os resultados, é de referir que as unidades de análise mais preponderantes na história clínica familiar foram de facto relativas à categoria **3. Impacto das missões**, a qual é descrita várias vezes pelos participantes através das unidades de referência como a “Rede de apoio” e a “Saúde”, além de também terem sido encontradas referências importantes para a categoria da “Adaptação”, a qual é caracterizada com sentimentos de “Sobrecarga”, exaustão, “Stresse” e tristeza pela ausência dos militares.

Estes dados sugerem que as dificuldades descritas influenciam a forma como os casais identificam a sua comunicação e interação familiar, sendo que, grande parte dos participantes refere ter uma relação funcional e que se caracteriza por ser de “Amizade”, companheirismo, respeito e “Tolerância”, apesar de pequenas “Divergências” que possam surgir ao longo do caminho, presentes na categoria **1. Comunicação entre casal** e **2. Interação entre família**. Estas pequenas divergências vão ao encontro do que é descrito na literatura, isto é, algumas consequências das missões tornam-se impactantes afetando a comunicação e a interação do casal (Riggs et al., 1998).

Neste sentido, o contexto em que o casal está inserido, isto é, a “Rede de apoio” que apresenta, é tido como essencial para a estruturação da família uma vez que muitos cônjuges identificaram como sendo “difícil” (*sic*) a adaptação e a vivência familiar durante as missões do militar quando não tinham uma rede de suporte familiar ou social por perto, referindo que era “complicada” (*sic*) a gestão dos encargos familiares, estando sozinhas.

Além disto, o suporte que os participantes referem é essencial para uma boa estruturação emocional, na medida em que os participantes que não identificaram rede de apoio suficiente na altura das missões, também relatavam maior dificuldade em gerir o “Stresse”, identificando sintomas de “Sobrecarga” e exaustão, presentes na categoria **4. Adaptação**, além de que quando os participantes relatavam uma boa comunicação e interação entre si, isto é, uma relação positiva, estes sintomas foram menos expressivos, o que sustenta o facto de que a relação do casal, isto é, se esta se considera positiva e existe uma boa comunicação, os cônjuges do militar tendem a reportar menos sintomas de ansiedade ou de stresse, caracterizados pelo STD, ou seja, a intimidade entre si é tida como moderadora (Mikulincer et al., 1995).

Discussão geral

Os resultados quantitativos e qualitativos obtidos neste estudo são considerados congruentes, apesar da maioria das hipóteses propostas não terem sido confirmadas.

No geral, foi permitido inferir sobre o facto de que as operações de paz hoje em dia diferem em grande parte das missões de guerra combatidas anteriormente, uma vez que o militar é voluntário, remunerado e as missões têm em vista um período de tempo mais reduzido, além de, neste estudo, estas famílias terem discutido em conjunto a decisão do militar se ausentar para as operações, o que indica uma melhor preparação psicológica, física e emocional em comparação com as guerras combatidas anteriormente em que o militar era obrigado e era deslocado contra a sua vontade.

Tal como é tido na literatura, os militares de operações de paz também apresentam probabilidade de sofrer de PTSD (Dirkzwager et al., 2005), apesar de serem descritos fatores de proteção como o apoio social (Serra, 2003). Ora, sendo o apoio social um fator de proteção para a não manifestação desta perturbação, a família acarreta aqui um grande peso na medida em que se identifica como um elemento defensor, oferecendo suporte, apoio e força (Serra, 2003). Neste sentido, como os participantes deste estudo identificam a sua relação como funcional, agradável e adaptativa, não apresentam grandes evidências de problemas de apoio da sua esposa e, por sua vez, podem não apresentar os sintomas de PTSD. Assim, os militares ao não apresentarem sintomas de PTSD não influenciam o aparecimento de sintomas psicopatológicos nos seus cônjuges.

Ainda, como neste estudo os participantes referiram que não existem grandes problemas a nível comunicacional entre o casal, isto é, no geral referem existir uma boa comunicação e interação, isto pode querer indicar que os cônjuges sentem confiança na sua relação e, regulam de forma positiva as suas emoções, não indicando problemas a esse nível e, consequentemente, não identificam sintomas psicopatológicos.

Apesar disto, a estratégia de supressão expressiva utilizada pelos cônjuges apresentou uma relação fraca com a PTSD do militar, sendo este um resultado que vai ao encontro do que tem vindo a ser discutido, isto é, os cônjuges podem utilizar esta estratégia como forma de regular as emoções, reprimindo as suas expressões de forma a que não seja identificada pelos parceiros, uma vez que consideram a sua relação positiva, não querendo manifestar problemas na sua interação.

Concluindo, os resultados quantitativos e os qualitativos permitiram inferir sobre esta transmissão do trauma e o STD, uma vez que a sua consonância neste estudo indicou dados que vão ao encontro entre si e com isso ir ao encontro da literatura.

4.1. Limitações e estudos futuros

Foram identificadas limitações que podem ter condicionado os resultados obtidos neste estudo, nomeadamente o tamanho reduzido da amostra, sendo importante a obtenção de dados com uma amostra de dimensão maior. Outra limitação encontrada prende-se com o facto de terem sido utilizados questionários de autorrelato, preenchidos pelos participantes, tendo alguns, inclusivamente, preenchido juntos os dados, potencialmente, influenciando os resultados.

Além dos dados terem sido preenchidos desta forma, a história clínica familiar foi realizada de forma online devido ao ambiente vivido na pandemia da COVID-19, o que pode ter prejudicado as respostas, além de ser difícil verificar toda a comunicação não-verbal que, muitas vezes, sugere formas de comunicar não perceptíveis no discurso verbal. Outra limitação relacionada com o facto destas entrevistas terem sido realizadas via online é o facto de estarem dependentes das conexões de internet o que, algumas vezes, se declarou como uma dificuldade, influenciando o ritmo da sessão e que pode ter interrompido o discurso do entrevistado.

Além destas, relativamente aos dados quantitativos, foi verificado que alguns cônjuges não corresponderam corretamente a todas as perguntas dos questionários e das escalas, o que fez com que fosse necessário utilizar a média dos scores das medidas como forma de substituição dos valores em falta, podendo ter influência nas análises efetuadas.

Desta forma, para os estudos futuros seria interessante a utilização de uma amostra grande que pudesse representar de uma melhor forma a população portuguesa e avaliar as mesmas hipóteses, verificando estas questões, uma vez que os estudos portugueses nesta área são escassos. Para garantir uma amostra maior e representativa, idealmente seria importante aplicar os questionários aos participantes pelo próprio investigador, de modo a garantir que todos respondem ao maior número de perguntas, além de garantir que não existe um grande número de respostas em branco.

Seria importante também realizar estas entrevistas de forma presencial, de forma a verificar todo o contexto e comunicação não-verbal dos entrevistados, verificando se existem alterações posturais ou comportamentais aquando das respostas às perguntas, além de não existirem interrupções relacionadas com o contexto online.

Existem ainda estudos pertinentes nesta mesma área, isto é, do estudo do trauma intergeracional e o STD que seriam interessantes de se agrupar com o presente estudo de modo a abranger um maior nível de resultados. Um destes seria o estudo de Coelho (2022) que tem como objetivo estudar o impacto na guerra na família.

Outro seria o estudo de Margarido (2017) que abordou a PTSD nas esposas dos ex-combatentes da Guerra Colonial e possibilitou a retirada de conclusões nesta área, apesar de estes não terem sido unicamente aplicados a militares de operações de paz. Agregar estudos como estes e a replicação deste seria uma mais-valia para a investigação na área das operações de paz, ainda escassa no contexto português.

5. Conclusão

O presente estudo, de metodologia mista, apresentou como principal objetivo verificar a associação entre a presença de PTSD do militar e a presença de SP nas respectivas esposas, verificando se as estratégias de RE medeiam esta associação. Além disto, também pretendeu analisar de forma sistémica os padrões de comunicação e interação destes casais. Em suma, os resultados desta investigação não permitiram verificar totalmente as hipóteses. Apesar disso, demonstrou-se útil pelo facto de ter sido possível entender mais sobre os padrões comunicacionais e interacionais do casal.

É assim possível concluir que estas missões, apesar de divergirem das missões do antigamente, também apresentam impactos negativos na saúde mental dos militares, além de apresentar influências negativas na sua relação marital (Friedman et al., 1994) e, ainda, na sua dinâmica familiar (Levin et al., 2017). Neste âmbito, torna-se essencial o acompanhamento psicológico dos militares que vão em missão, através da gestão do stress (Bisson & Andrew, 2007), como também às famílias que ficam. Este acompanhamento permitirá que tais repercussões encontradas neste estudo possam não ser verificadas.

Ainda, durante o desenvolvimento deste estudo foi abordado o conceito de STD, o qual refere que os cônjuges ou os familiares próximos dos militares que apresentem sintomas de PTSD podem também apresentar sintomatologia semelhante à da perturbação Gilbert (1998). Este conceito tem vindo a ser discutido na literatura no sentido de tentar significar o conceito de STD. Nesta investigação, não foi possível ser verificado se o STD advém da PTSD do militar uma vez que os dados obtidos não revelaram uma relação direta entre os sintomas de PTSD do militar e os SP das esposas, inferindo mais uma vez sobre o facto de que talvez estes possam não derivar diretamente da perturbação do militar. Esta discussão é ainda contraditória, na medida em que existem diversos estudos (Figley, 1998; McCann & Pearlman, 1990) que concluem que sintomas como a ansiedade, o medo, a tristeza e as memórias intrusivas estão presentes nas esposas dos militares bem como nos filhos dos mesmos (Ehlers & Steil, 2009).

Com este estudo, foi possível verificar que o tipo de relação que os militares apresentam com as esposas pode influenciar a forma como vivem as operações de paz, uma vez que considerando que têm suporte (Serra, 2003) tendem a ir para estas de forma pacífica, não revelando sintomas de PTSD. Além disto, as relações funcionais permitem que as esposas lidem com as repercussões das missões de uma forma adaptativa e, apesar das dificuldades que possam indicar, não revelam SP.

Referências

- Albuquerque, A., Soares, C., de Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress – Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- American Psychiatric Association. (1980). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3a ed.). APA.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4a ed.). Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª. ed.). Climepsi Editores.
- Anunciação, C. (1997). Ajustamento marital em ex-combatentes da Guerra Colonial com e sem perturbação pós-stress traumático. *Análise Psicológica*, 4, 595-604.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* (1ª. ed.). Edições 70.
- Barrett, L. F. (2006). Emotions as natural kinds?. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 28-58. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00003.x>
- Barrett, L.F., & Russell, J. A. (1998). Independence and bipolarity in the structure of current affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 967-984.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD003388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>
- Branco, C. M. (2003). As nações unidas e as operações de paz: uma perspetiva organizacional. *Nação e Defesa*, 2(104), 97-147.
- Branco, C. M. (2015). A participação portuguesa em missões de paz da ONU. *Relações Internacionais*, 47, 101-126.
- Brandão, T., Brites, R., Hipólito, J., & Nunes, O. (2022). Perceived emotional invalidation, emotion regulation, depression, and attachment in adults: A moderated-mediation analysis. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-02809-5>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 87-109). SHO/APPORT.
- Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J. A., & Teixeira, C. (2018). *Versão Portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Dados Preliminares sobre as Propriedades Psicométricas*. Poster apresentado em Conferência: I Congresso de Psicologia do Trauma e do Luto, Porto, Portugal.

- Cloitre, M. (2020). ICD-11 Complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 216(3), 129–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>
- Coelho, C. (2022). *Perturbação de stresse pós-traumático e trauma intergeracional: O impacto da guerra* (Dissertação de Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa). Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões.
- Correia, A. (2014). *Operações de paz e stresse pós-traumático (SPT) em militares portuguesas* (Tese de Doutoramento, Universidade Autónoma de Lisboa). Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões.
- Dekel, R., Goldbaltt, H., Keidar, M., Solomon, Z., & Polliack, M. (2004). Being a wife of a veteran with posttraumatic stress Disorder. *Family Relations*, 54(1), 24-36. <https://doi.org/10.1111/j.0197-6664.2005.00003.x>
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- Dias, D. F. M. (2019). *Perturbação de stress Pós-traumático: diagnóstico, comorbilidades e risco de suicídio*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra).
- Dirkzwager, A. J. E., Bramsen, I., & van der Ploeg, H. M. (2005). Factors associated with posttraumatic stress among peacekeeping soldiers. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 18(1), 37–51. <https://doi.org/10.1080/10615800412336418>
- Dirkzwager, A. J., Bramsen, I., Adèr, H., & van der Ploeg, H. M. (2005). Secondary traumatization in partners and parents of Dutch peacekeeping soldiers. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 217– 226. <http://doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.217>
- Domschke, K. (2012). Patho-genetics of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatria Danubina*, 24(3), 267–273.
- Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 217–249. <https://doi.org/10.1017/S135246580001585X>
- Figley, C. R. (1995). Systemic traumatization: Secondary traumatic stress disorder in family therapists. In R. H. Mikesell, D. Lusteran, & S. McDaniel (Eds.). *Family psychology and systems therapy: A handbook* (pp. 571-584). American Psychological Association Press.
- Figley, C.R. (1998). Burnout as Systemic Traumatic Stress: a Model for helping traumatized family members. In C.R., Figley (Ed.). *Burnout in Families: The Systemic Costs of Caring* (pp. 15-28). CRC Press.

- Friedman, M. J., Schnurr, P. P., & McDonagh-Coyle, A. (1994). Post-traumatic stress disorder in the military veteran. *The Psychiatric clinics of North America*, 17(2), 265–277.
- Gilbert (1988). Understanding the Secondary Traumatic Stress os Spouses. In C.R., Figley (Ed.). *Burnout in Families: The Systemic Costs of Caring* (pp. 47-74). CRC Press.
- Gray, M. J., Bolton, E. E., & Litz, B. T. (2004). A longitudinal analysis of PTSD symptom course: delayed-onset PTSD in Somalia peacekeepers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(5), 909–913. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.909>
- Gross J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224–237. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.1.224>
- Gross, J.J. (1999). Emotion regulation: Past, Present and Future. *Cognition and emotion*, 13(5), 551-573. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/026999399379186>
- Gross J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Gross, J.J. (2008). Emotion Regulation. In Lewis, Jones & Barrett. (Eds.). *Handbook of Emotions* (p. 497-512). New York: The Guildford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J.J., & Muñoz, R. (1995). Emotion Regulation and mental health. *Clinical Psychology. Science and practice*, 2(2), 151-164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Gross, J.J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: conceptual foundations. In Gross, J.J. (Eds.). *Handbook of Emotion Regulation*. (pp. 3-24). The Guildford Press.
- Halimi, R., & Halimi, H. (2015). Risk among Combat Veterans with Post-traumatic Stress Disorder: The Impact of Psychosocial Factors on the Escalation of Suicidal Risk. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 52(3), 263–266. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.7592>
- Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R., Laneiro, T., Correia, A. & Anunciação, C. (2017). A perturbação de stress pós-traumático (PTSD) em Portugal: Relação com a estima de si e o coping. *Revista Psicologia*, 31(2), 313-319. [10.17575/rpsicol.v31i2.1348](https://doi.org/10.17575/rpsicol.v31i2.1348)
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *The*

- New England journal of medicine*, 351(1), 13–22.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa040603>
- Inoue, C., Shawler, E., Jordan, C. H. & Jackson, C. A. (2022). Veteran and Military Mental Health Issues. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 185–192. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.185>
- Koenen, K. C. (2007). Genetics of Posttraumatic Stress Disorder: Review and recommendations for future studies. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 737–750. <http://doi.org/10.1002/jts>
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L., & Dutton, M. A. (2006). Role of distinct PTSD symptoms in intimate partner reabuse: a prospective study. *Journal of Traumatic Stress*, 19 (4), 507-516. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/jts.20136>
- Kring, A.M., & Bachorowski, J.A. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and emotion*, 13(5), 575-599. <https://doi.org/10.1080/026999399379195>
- Lapierre, C. B., Schwegler, A. F., & LaBauve, B. J. (2007). Posttraumatic stress and depression symptoms in soldiers returning combat operations in Iraq and Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (6), 933-943. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/jts.20278>
- Leahy, R. L., Tirch, D. & Napolitano, L. A. (2013). Por que a regulação emocional é importante? In R. L. Leahy, D. Tirch & L. A. Napolitano (Eds.), *Regulação Emocional em Psicoterapia: Um Guia para o Terapeuta Cognitivo-Comportamental* (pp. 19-36). Artmed. <https://doi.org/10.1590/1413-82712014019002016>
- Levin, Y., Bachem, R., & Solomon, Z. (2017). Traumatization, Marital Adjustment, and Parenting among Veterans and Their Spouses: A Longitudinal Study of Reciprocal Relations. *Family process*, 56(4), 926–942. <https://doi.org/10.1111/famp.12257>
- Maloney, L. J. (1988). Post traumatic stresses on women partners of Vietnam veterans. *Smith College Studies in Social Work*, 58(2), 122–143. <http://doi.org/10.1080/00377318809516639>
- Margarido, A. V. (2017). *A perturbação de stress traumático secundário nas esposas dos ex-combatentes da guerra colonial portuguesa: Psicopatologia, coping e estilos de vinculação* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga). Repositório aberto do Instituto Superior Miguel Torga.
- Matsakis, A. (1996). *Vietnam Wives: Facing the challenges of life with Veterans Suffering Post-Traumatic Stress*. The Sidran Press.

- McCann, I. L., & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*(1), 131-149. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/BF00975140>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion, 20*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Mikulincer, M., Florian, V., & Solomon, Z. (1995). Marital intimacy, family support, and secondary traumatization: A study of wives of veterans with combat stress reaction. *Anxiety, Stress and Coping, 8*(3), 203-213. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/10615809508249373>
- Neller, D. J., Denney, R. L., Pietz, C. A., & Thomlinson, R. P. (2005). Testing the trauma model of violence. *Journal of Family Violence, 20*(3), 151-159. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10896-005-3651-z>
- Nelson, B.S. & Wright, D. W. (1996). Understanding and treating Post-Traumatic Stress Disorder symptoms in female partners of veterans with PTSD. *Journal of Marital and Family Therapy, 22*(4), 455-467. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1752-0606.1996.tb00220.x>
- Nohales, L., & Prieto, N. (2018). Qu'est-ce que le trouble de stress post-traumatique ? [What's the post-traumatic stress disorder (PTSD)?]. *La Revue du praticien, 68*(1), 92–96.
- Oliveira, S. (2008). *Traumáticas de guerra: traumatização secundária das famílias dos ex-combatentes da guerra colonial com PTSD*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Repositório Institucional da Universidade de Lisboa.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *CID-11: Classificação internacional de doenças para estatísticas de mortalidade e morbidade* (11th ed.). Organização Mundial de Saúde.
- Osório, C., Carvalho, C., Fertout, M., & Maia, A. Prevalence of post-traumatic stress disorder and physical health complaints among Portuguese Army Special Operations Forces deployed in Afghanistan. *Mil Med, 177*(8), 957-962. <https://doi.org/10.7205/milmed-d-12-00024>
- Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2015). A Prospective Study of Suicidal Ideation in Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Perceptions of Defeat and Entrapment. *Journal of Clinical Psychology, 71*(1), 50–61. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/jclp.22103>
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. Figley (Ed.). *Compassion fatigue:*

- Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). Brunner/Mazel.
- Pereira, M.G., & Ferreira, J.M. (2006). Variáveis psicossociais e traumatização secundária em mulheres de ex-combatentes da guerra colonial. In P.J. Costa, C.M (Eds.). *Stress Pós-Traumático – Modelos, abordagens e práticas* (pp. 37-46).
- Pires, C. M., Pires, C. T., Costa, P. J., Cruz, A., Martins, D. A., Vieira, D., Domingues, M., Santos, M., Luís, R., Vieira, T. & Vieira, M. (2006). Ex- Combatentes e familiares: alguns dados preliminares sobre o possível impacto do estado emocional dos ex-combatentes em esposas e filhos. In *Costa, P. J., Pires, C. M., Veloso, J., & Pires, C. T.* (Eds.), *Stresse Pós-Traumático* (pp.111-119).
- Riggs, D. S., Byrne, C. A, Weathers, F. W, & Litz, B. T. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*(1), 87–101. <https://doi.org/10.1023/A:1024409200155>
- Rosenheck, R., & Nathan, P. (1985). Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hospital and Community Psychiatry, 36*(5), 538-539.
- Sareen, J., Stein, M. B., Thoresen, S., Belik, S. L., Zamorski, M., & Asmundson, G. J. (2010). Is peacekeeping peaceful? A systematic review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 55*(7), 464–472. <https://doi.org/10.1177/070674371005500710>
- Schnurr, P. P., Lunney, C. A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress, 17*(2), 85–95. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000022614.21794.f4>
- Serra, A. (2003). *O Distúrbio do Stress Pós-Traumático*. Vale & Vale Editores, Lda.
- Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R., Florian, V., & Bleich, A. (1992). From front line to home front: a study of secondary traumatization. *Family process, 31*(3), 289–302. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1992.00289.x>
- Sroufe, A. (1996). *Emotional Development. The organization of emotional life in the early years*. Cambridge University Press.
- Taft, C. T., Street, A. E., Marshall, A. D., Dowdall, D. J., & Riggs, D. S. (2007). Posttraumatic stress disorder, anger, and partner abuse among Vietnam combat veterans. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American*

Psychological Association (Division 43), 21(2), 270–277. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.2.270>

- Valent (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In C.R., Figley (Ed.). *Treating Compassion Fatigue* (pp. 17-38). Brunner-Routledge.
- Vaz, F. J. S. M. (2009). Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). Repositório Institucional da Universidade do Minho.
- Vaz, F. M., Martins, C., & Vieira, D. (2008). Psychometric properties of the Portuguese Version of the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). *The Spanish Journal of Psychology*.
- Walton, J. L., Cuccurullo, L. J., Raines, A. M., Vidaurri, D. N., Allan, N. P., Maieritsch, K. P., & Franklin, C. L. (2017). Sometimes Less is More: Establishing the Core Symptoms of PTSD. *Journal of traumatic stress*, 30(3), 254–258. <https://doi.org/10.1002/jts.22185>
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility*. Paper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Wolfe, J., Erickson, D. J., Sharkansky, E. J., King, D. W., & King, L. A. (1999). Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: a prospective analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(4), 520–528. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.4.520>
- Yager, T. J., Gerszberg, N., & Dohrenwend, B. P. (2016). Secondary Traumatization in Vietnam Veterans' Families. *Journal of traumatic stress*, 29(4), 349–355. <https://doi.org/10.1002/jts.22115>
- Yehuda R. (2002). Current status of cortisol findings in post-traumatic stress disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 25(2), 341–vii. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(02\)00002-3](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(02)00002-3)

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado do Militar e do Cônjuge



Código Partic.
M _____



APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

O impacto da guerra/missões de paz na saúde mental dos militares está descrito na literatura. No contexto português, os dados evidenciam que os veteranos da guerra colonial e os militares participantes em missões de paz internacional tendem a apresentar problemas psicológicos como transtorno de stresse pós-traumático, depressão e ansiedade. Os efeitos prejudiciais da guerra repercutem-se ainda em termos do funcionamento interpessoal destes combatentes, sobretudo ao nível familiar, estando reportadas implicações relativas à intimidade e comunicação, satisfação e estabilidade matrimonial, competências parentais, entre outras. Alguns estudos desenvolvidos junto das famílias destes militares apontam para a presença de sintomatologia e problemas de saúde mental nas mulheres e filhos, resultantes da interação continuada com os militares.

Convidamo-lo/a a participar no estudo **“Transmissão intergeracional do trauma: um estudo com famílias de militares e ex-militares portugueses”**, que está a ser desenvolvido por uma equipa do CIP – Centro de Investigação em Psicologia, na Universidade Autónoma de Lisboa, em parceria com a Liga dos Combatentes. Estudos como este, em que agora o convidamos a participar, pretendem contribuir para melhor ajudarmos os militares e suas famílias.

Assim, este questionário tem por objetivos: a) Analisar a relação entre sintomas de Perturbação de Stresse Pós-traumático dos combatentes de guerra/militares e a saúde mental das suas companheiras e dos seus descendentes; b) Avaliar os mecanismos subjacentes à transmissão do trauma, determinando o papel das variáveis regulação emocional e memórias relacionadas com as práticas parentais na infância; c) Compreender o impacto da Perturbação de Stresse Pós-traumático na dinâmica familiar.

O estudo decorre em duas etapas: na 1ª etapa o militar e a sua família preencherão os questionários; na 2ª etapa será feita uma entrevista individual (elementos adultos da família).

Este questionário destina-se a militares ou ex-militares. Toda a informação fornecida será mantida anónima e confidencial. Só o responsável pela recolha dos dados conhecerá o código atribuído a cada família. Apenas os resultados globais da investigação serão tornados públicos, em apresentações ou publicações de carácter científico, preservando sempre o anonimato dos participantes. A participação neste questionário ou a recusa em o fazer não irá beneficiar ou prejudicar diretamente o acompanhamento ou o tratamento que o militar/ex-combatente e família recebem ou irão receber. Em qualquer momento pode desistir da sua participação e solicitar junto do investigador que a informação por si fornecida seja removida e eliminada deste estudo.

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, que a informação por mim fornecida será mantida confidencial e apenas utilizada de forma anónima para fins de investigação científica. Compreendi que em qualquer momento posso abandonar a minha participação neste estudo e solicitar junto do investigador a eliminação da informação por mim fornecida. Sei que está prevista a realização de duas recolhas de dados. Compreendi que a participação neste estudo, ou a recusa em o fazer, em nada irá afetar o tratamento ou a forma como eu e a minha família temos sido atendidos. Tive oportunidade de colocar e esclarecer todas as dúvidas que tinha sobre esta investigação.

1- IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO DOS DADOS

Cooperativa de Ensino Universitário, C.R.L. (CEU, C.R.L.) entidade instituidora da Universidade Autónoma de Lisboa, Rua de Santa Marta 47 2º 1150-293 Lisboa, NIF: 501641238
onunes@autonoma.pt



Coordenadora da Investigação: Rute Brites, e-mail: rbrites@autonoma.pt

2- QUE DADOS RECOLHEMOS E CATEGORIAS DE TITULARES DOS DADOS

Dados dos participantes: Sexo, idade, escolaridade, estado civil, número filhos, relação de Parentesco, situação profissional, profissão, dados relativos à vida militar, EMBU, PCL-5

3- FUNDAMENTO JURÍDICO

Consentimento.

4- O QUE FAZEMOS COM OS SEUS DADOS (FINALIDADES)

Investigação sobre “Transmissão intergeracional do trauma: um estudo com famílias de militares e ex-militares portugueses”.

5- DURANTE QUANTO TEMPO ARMAZENAMOS OS SEUS DADOS

Os seus dados deixarão de ser tratados com a finalidade da investigação, logo que o Titular dos Dados retire o seu consentimento ou cinco anos após o fim do estudo.

7 – TRANSFERÊNCIA PARA PAÍSES TERCEIROS

A Cooperativa de Ensino Universitário garante o cumprimento do regulamento.

8 – TRATAMENTO DOS DADOS

Não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis.

9 – MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA PROTEÇÃO DOS SEUS DADOS CONTRA O ACESSO, A ALTERAÇÃO OU A DESTRUIÇÃO NÃO AUTORIZADA

A Cooperativa de Ensino Universitário toma as precauções necessárias e legalmente exigidas para garantir a proteção da informação recolhida junto dos Titulares dos Dados. Entre outras, estão implementadas as seguintes medidas técnicas e organizacionais para garantir a segurança e confidencialidade dos dados pessoais: segurança física (através de controlo de acessos), separação lógica dos registos, passwords de acesso e níveis de acesso, *firewalls* e programas antivírus.

10 – OS SEUS DIREITOS

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, tendo os titulares dos dados pessoais direito de aceder, livremente e sem restrições, confirmando, retificando, apagando ou bloqueando os dados que hajam facultado, bem como o direito à portabilidade e à limitação do tratamento no que disser respeito ao Titular dos Dados, ou do direito de se opor ao tratamento, podendo exercê-lo por escrito, pessoalmente nas nossas instalações ou através do email onunes@autonoma.pt, sem qualquer encargo. O Titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, devendo para o efeito contactar-nos através do endereço onunes@autonoma.pt

O Titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____ Investigador Responsável: _____

Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico do Militar



Questionário Sociodemográfico e Militar

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade:** _____ anos

3. **Estado Civil:**

Solteiro(a)

Casado(a)/Vive com companheiro(a)

Divorciado(a)/Separado(a)

Outra Situação (qual?): _____

4. **Com quem vive?** _____

5. **Quantos filhos tem?** _____ **Destes, quantos vivem consigo?** _____

6. **Habilitações Literárias:**

Sem escolaridade, mas sabe ler e escrever

1º ciclo (Primária)

2º ciclo (6º Ano)

3º ciclo (9º ano)

Secundário (12º Ano)

Curso Profissional

Ensino Superior

Outro: _____

7. **Profissão:** _____

8. **Situação Laboral:**

Ativo(a)

Desempregado(a)

Reformado(a)

Outra _____



9. Ramo das Forças Armadas:

Exército Marinha Força Aérea

10. **Situação:** QP – Ativo Contratado Disponibilidade Reserva Reforma

11. **Posto:** Oficial Sargento Praça

12. **Especialidade militar:** _____

13. Missões cumpridas (zonas de guerra/ teatro de operações):

1ª Missão: Local _____ Tempo (em meses): _____

2ª Missão: Local _____ Tempo (em meses): _____

3ª Missão: Local _____ Tempo (em meses): _____

4ª Missão: Local _____ Tempo (em meses): _____

14. **Prestação de Serviço Militar:** Obrigatória Voluntária

15. Já teve ou tem acompanhamento ao nível da saúde mental?

Psiquiatria Psicologia Nunca tive

Se sim, em que período (durante quanto tempo?) _____

16. Toma atualmente medicamentos para ajudar a sua saúde mental?

Não Sim

Se sim, qual(is)? _____

17. Que acontecimentos ou situações mais o afetaram durante a vida militar:

Anexo 3 – Questionário Sociodemográfico do Cônjuge



Questionário Sociodemográfico (Familiar)

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Idade: _____ anos

3. Estado Civil:

Solteiro(a)

Casado(a)/Vive com companheiro(a) É o primeiro casamento? Não Sim

Divorciado(a)/Separado(a)

Outra Situação (qual?): _____

4. Tem filhos? Não Sim Se sim, quantos? _____ Quantos vivem consigo? _____

5. Habilitações Literárias (no caso de ainda frequentar, indique o ciclo que frequenta):

Sem escolaridade, mas sabe ler e escrever

1º ciclo (Primária)

2º ciclo (6º Ano)

3º ciclo (9º ano)

Secundário (12º Ano)

Curso Profissional

Ensino Superior

Outro: _____

6. Profissão (no caso de não ser estudante): _____

7. Situação Laboral (caso se aplique):

Ativo(a) Desempregado(a) Reformado(a) Outra _____

8. Já teve ou tem acompanhamento ao nível da saúde mental?

Psiquiatria Psicologia Nunca tive

Se sim, em que período (durante quanto tempo?) _____



9. Toma atualmente medicamentos para ajudar a sua saúde mental?

Não Sim

Se sim, qual(is)? _____

10. Recorda alguns acontecimentos ou situações da vida militar do seu familiar que o tenham afetado, durante a sua vida. Qual(is)? _____
