



Ana Cláudia da Costa Paiva

A ÚLTIMA CARTA:

**A vulnerabilidade transgeracional ao trauma em famílias de veteranos da Guerra
Colonial Portuguesa**

Tese de Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural, Faculdade de Medicina
Julho 2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



A ÚLTIMA CARTA:
A vulnerabilidade transgeracional ao trauma em famílias de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria Social e Cultural, realizada sob orientação do Professor Doutor Manuel João Rodrigues Quartilho e co-orientação do Mestre João Pedro Guerreiro Monteiro Ferreira.

Ana Cláudia da Costa Paiva
Julho 2017



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

AGRADECIMENTOS

Ao concluir mais uma etapa tão importante do meu percurso académico, é com muita satisfação que expresso aqui o mais profundo agradecimento a todos aqueles que tornaram esta etapa possível.

Primordialmente importa agradecer a todos os docentes do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural, que se demonstraram sempre disponíveis para qualquer situação e orientação, nomeadamente ao meu orientador Prof. Doutor Manuel João Rodrigues Quartilho, pelo apoio imediato no auxílio a qualquer dúvida e por toda a gentileza.

De uma forma especial, desejo agradecer ao meu co-orientador Dr. João Monteiro Ferreira, mentor deste projeto desde a sua fase mais embrionária. Pela orientação, disponibilidade, atenção dispensada, paciência, dedicação, por partilhar sábios conhecimentos na área da Perturbação de Stress Pós-Traumático, pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas, que me permitiram um maior crescimento a nível profissional. Por toda a simpatia e gentileza com que sempre me auxiliou.

Um outro agradecimento é expresso aos autores que gentilmente me cederam material para este estudo, de forma a conseguir resultados para a presente investigação.

Ao Diretor da *Associação de Deficientes das Forças Armadas (ADFA)* - delegação de Viseu, João Gonçalves e toda a sua equipa, pelo apoio incondicional e disponibilidade. Tornaram-se imprescindíveis.

A todos os participantes no estudo, veteranos, esposas/companheiras, filhos e netos, que se mostraram sempre disponíveis para uma participação voluntária e interessada. Sem eles jamais a elaboração deste trabalho resultaria num crescimento profissional e também pessoal, porque compreendi quão importante é a urgência do apoio, do silêncio e da tolerância.

À minha amiga Diana Caria e ao meu namorado, que tantas vezes prescindiram da minha companhia, pela amizade e compreensão demonstrada, bem como pelo apoio mútuo no decorrer desta etapa. Ao meu Padrinho, que sempre me auxiliou na leitura contínua de todos os meus trabalhos académicos.

A todos os amigos e familiares, pela força e palavras de encorajamento, que sempre me estimularam a crescer pessoalmente e profissionalmente. Um exclusivo e incomensurável agradecimento aos meus pais pelo inestimável apoio, que preencheu as diversas falhas que fui tendo por força das circunstâncias, pela paciência e compreensão reveladas ao longo destes anos. Pelo repleto esforço que fizeram para assegurar a minha formação.

Foto de Capa: A fotografia retrata um cravo, símbolo da liberdade durante a época da Revolução em Portugal (1974). Nesta dissertação, pretendeu-se interligar com esse acontecimento que culminou com a Guerra Colonial Portuguesa. Neste sentido, apresenta-se aqui um cravo em decadência, dando a perceber que ainda hoje ex-combatentes não têm a liberdade esperada, vivendo constantemente com a sua memória presa a um passado que não se esquece. Neste sentido, um cravo murcho representa ainda a vulnerabilidade ao trauma em que vivem as suas famílias, sendo este o tema da presente dissertação.

RESUMO

Objetivos: O presente estudo estudou a hipótese da transmissão geracional da vulnerabilidade ao trauma até à terceira geração. Numa primeira hipótese, estudou a relação entre o diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-traumático (PTSD) dos pais veteranos e o diagnóstico de Vitimização Secundária de filhos e netos que apresentem vitimização secundária. Numa segunda hipótese, a influência de vivências familiares negativas na infância estarem associadas à presença de psicopatologia e sintomatologia física (STSD).

Métodos: A amostra foi composta por 195 participantes: 50 ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa (com e sem diagnóstico PTSD); 45 esposas/companheiras; 50 filhos e 50 netos. Foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: um questionário sóciodemográfico de auto-resposta para a caracterização da amostra; Questionário de Experiência de Combate (Carvalho, Cunha & Pinto, 2008); Inquérito sobre o impacto do Stress de Guerra no Ex- Combatente e sua família e Questionário de Vivências Familiares na Infância (QVFI; Pereira & Pedras, 2008, cit. por Pereira & Pedras 2010a).

Resultados: O estudo revelou que os familiares (esposas e filhos) do Grupo Clínico apresentam valores médios mais elevados relativamente a patologias, vivência de experiências negativas, e uma maior tendência para o desenvolvimento de uma traumatização secundária. Assim, a hipótese I foi a mais representativa dos resultados.

Conclusão: Constata-se que não existe vulnerabilidade ao trauma que afete uma terceira geração.

Palavras- Chave: Trauma; Vulnerabilidade; Família; Saúde Mental; PTSD.

ABSTRACT

Aims: *The present study was designed to study the hypothesis of generational transmission of vulnerability to trauma to the third generation. In the first hypothesis, he studied the relationship between the diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD) of the veteran fathers and the diagnosis of secondary victimization of children and grandchildren that present secondary victimization. In a second hypothesis, the influence of negative family experiences in childhood are associated with the presence of psychopathology and physical symptoms (STSD).*

Methods:

The sample was composed of 195 participants: 50 ex combatants of the Portuguese colonial War (with and without diagnosis PTSD); 45 Wives/companions; 50 sons and 50 grandchildren. The following evaluation instruments were used: a questionnaire Sociodemográfico of response for the characterisation of the sample; Combat Experience Questionnaire (oak, Wedge & Pinto, 2008); Inquiry on the impact of war stress on the ex-combatant and his family and questionnaire of family experiences in childhood (QVFI; Pereira & Stones, 2008, cit. by Pereira & Stones 2010a).

Results: *The study revealed that the relatives (wives and children) of the clinical group presented higher average values for pathologies, experiencing negative experiences, and a higher tendency to develop a secondary traumatize. So, the hypothesis 1 was the most representative of the results.*

Conclusions: *It is noted that there is no vulnerability to trauma affecting a third generation.*

Key-Word: *Trauma; Vulnerability; Family; Mental Health; PTSD.*

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
ÍNDICE DE TABELAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
ÍNDICE DE QUADROS	x
ABREVIATURAS	xi
INTRODUÇÃO.....	1
Parte I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
Capítulo 1- Saúde e Doença Mental.....	5
1.1. <i>Saúde e Doença Mental.....</i>	6
Capítulo 2- A Guerra Colonial Portuguesa: O despertar da guerra!.....	10
2.1. <i>Breve percurso histórico da guerra colonial portuguesa 1961-1974</i>	11
2.2. <i>As Fadas do Apoio Psicológico.....</i>	19
CAPÍTULO 3- Depois da Guerra: A perturbação de stress pós- traumático (PTSD) e a perturbação secundária de stress traumático (STSD).....	21
3.1. <i>Perturbação de stress pós-traumático (PTSD)</i>	22
3.1.1. <i>Definição</i>	22
3.2. <i>Perturbação de stress pós traumático (PTSD) VS perturbação secundária de stress traumático (STSD).....</i>	25
3.3. <i>PTSD, comorbilidade e tratamento</i>	37
3.3.1. <i>Terapia Familiar</i>	39
4.1. <i>O Educador Social na Saúde Mental: Reabilitação psicossocial e (re) integração comunitária.....</i>	43
CAPÍTULO 4- A vulnerabilidade transgeracional ao trauma.....	46
4.2. <i>Mecanismos de Transmissão do Trauma no Sistema Familiar.....</i>	47

Parte II- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	54
Capítulo 5- Investigação Empírica.....	55
5.1. <i>Contributo do presente estudo.....</i>	56
5.2. <i>Objetivos do estudo e Questões de investigação e hipótese.....</i>	56
5.3. <i>População-amostra e Procedimento da recolha de dados.....</i>	58
6. <i>Descrição dos instrumentos de recolha de dados</i>	60
7. <i>Tratamento estatístico</i>	65
Capítulo 6- Apresentação dos Resultados da Investigação.....	67
6.1. <i>Caracterização da amostra</i>	68
6.2. <i>Resultados de investigação da amostra.....</i>	69
CAPÍTULO 7- Discussão dos resultados.....	88
7.1. <i>Discussão.....</i>	89
7.2. <i>Limitações do Estudo e Investigação Futura</i>	92
CONCLUSÃO.....	94
BIBLIOGRAFIA	97
ANEXOS	108
<i>Anexo 1- Formulário de Consentimento Informado.....</i>	109
<i>Anexo 2- Questionários aos Veteranos de Guerra</i>	116
<i>Anexo 3- Questionários às Esposas/Companheiras dos Veteranos de Guerra.....</i>	124
<i>Anexo 4- Breve informação sobre o Agregado Familiar.....</i>	132
<i>Anexo 5- Questionários aos Filhos de Veteranos de Guerra</i>	133
<i>Anexo 6- Questionários aos Netos de Veteranos de Guerra</i>	137
<i>Anexo 7- Apoio aos Deficientes das Forças Armadas (ADFA).....</i>	141
<i>Anexo 8- Postal da Comemoração dos 40 anos ADFA</i>	142

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Cartaz de propaganda ao Império Colonial Português.	11
Figura 2- Niassa, Lisboa-Moçambique	13
Figura 3- Angola 1966: Armamento Capturado ao Inimigo	16
Figura 4- Cecília Supico Pinto, durante a Guerra Colonial Portuguesa	20
Figura 5- <i>A Model of Compassion Stress</i>	28
Figura 6- <i>A Model of Compassion Fatigue</i>	29
Figura 7- <i>Ecological Framework of Trauma de Dutton & Rubinstein (1995)</i>	30

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos subgrupos dos ex-combatentes.....	68
Tabela 2- Características sociodemográficas dos ex-combatentes.....	69
Tabela 3- Caracterização do serviço militar dos ex-combatentes	70
Tabela 4- Resultados do Teste Mann Whitney relativo às diferenças de respostas entre o Grupo Clínico e o Grupo de Controlo de ex-combatentes, à afirmação 16.....	73
Tabela 5- Características sociodemográficas das esposas/companheiras.....	74
Tabela 6- Resultados do Teste Mann-Whitney e T-Test relativo às Variáveis das Esposas Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático (ERAT).....	76
Tabela 7- Características sociodemográficas dos filhos.....	77
Tabela 8- Resultados das respostas aos itens do Questionário de Vivências Familiares na Infância (Pereira & Pedras, 2008), dos filhos de veteranos do Grupo Clínico e do Grupo de Controlo.....	78
Tabela 9- Síntese do resultado do Teste Mann-Whitney, relativo às experiências negativas do Questionário de Vivências Familiares na Infância (QVFI) (Pereira & Pedras, 2008).....	79
Tabela 10- Resultados do Teste Qui-Quadrado (X^2) na comparação dos filhos segundo os itens 1, 4 e 6	80
Tabela 11- Resultados do Teste Mann-Whitney e T-Test relativo às Variáveis dos Filhos Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático (ERAT).....	82
Tabela 12- Características sociodemográficas dos netos	83
Tabela 13- Resultado das Correlações <i>Ró de Spearman</i> , valores significativos	86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Patologias da amostra dos ex-combatentes	72
Gráfico 2- Patologias da amostra das esposas/companheiras dos ex-combatentes	75
Gráfico 3- Patologias da amostra dos filhos dos ex-combatentes	78
Gráfico 4- Patologias da amostra dos netos dos ex-combatentes	83

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Critérios de semelhança nos sintomas entre PTSD e STSD na vida do indivíduo, adaptado de Pedras (2009)	35
Quadro 2- Síntese do Modelo de Terapia Familiar de Rosenheck e Thompson (1999), fase disjunta	40
Quadro 3- Impacto da STSD na vida pessoal e profissional do indivíduo	51
Quadro 4- Crosstab: Análise do Item 4 – Instabilidade pós-Ultramar, existência de relação significativa entre os filhos dos grupos Clínico e Controle	81
Quadro 5- Crosstab: Análise do Item 6 – “Ainda hoje sente essas diferenças?” Existência de relação significativa entre os filhos dos grupos Clínico e do grupo de Controle	81
Quadro 6- Crosstab: Análise do Item 4 – “Sabe ou sente que ele mudou depois de ter servido no Ultramar?”, Existência de relação significativa entre os netos dos grupos Clínico e do grupo de Controle	84

ABREVIATURAS

DGS	Direção-Geral da Saúde
GCP	Guerra Colonial Portuguesa
CSP	Cuidados de Saúde Primários
PTSD	Perturbação de Stress Pós- Traumático
STSD	Perturbação Secundária de Stress Traumático
ADFA	Associação de Deficientes das Forças Armadas
ONU	Organização das Nações Unidas
MPLA	Movimento Popular para a Libertação de Angola
UPA	União das Populações de Angola
UNITA	União Nacional para a Independência Total de Angola
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
OTAN	Organização do Tratado do Atlântico Norte
CIOE	Centro de Instrução de Operações Especiais
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
PAS	Perturbação Aguda de Stress
MNF	Movimento Nacional Feminino
ACUP	Associação de Combatentes do Ultramar Português

INTRODUÇÃO

“Um passado revisitado, involuntariamente revisitado, em que o som que se propaga através das distâncias atravessadas resulta da constante deflagração dos estilhaços da experiência”.

(Quintais, 2000a).

Homens, combatentes e famílias, são indubitavelmente indissociáveis.

Procurando contributos na área social, na literatura e na saúde mental, pretende-se contribuir para uma melhor compreensão da memória nacional da Guerra Colonial. A realização deste estudo é efetuada com a colaboração da prestigiada Associação de Deficientes das Forças Armadas (ADFA) - núcleo de Viseu¹.

Viseu é cidade de combatentes heróicos. Desta forma, procura-se refletir sobre a vulnerabilidade ao trauma de uma geração que esteve na guerra pela memória de quem a contou. A Memória é uma conquista de civilização e um dever de cidadania coletiva. Sem ela nenhuma cultura, nenhum património, nenhuma moralidade política e histórica são possíveis (Esgalhado, 2014).

A literatura tem descrito há centenas de anos a noção de trauma e as reações psicológicas a situações traumáticas, onde podem afetar um só indivíduo ou um grupo.

A Guerra Colonial Portuguesa dos anos 60 e 70 em África tem as suas origens históricas em séculos anteriores, pois as colónias portuguesas são resultado de muitas ações militares desde o século XVI (Stubbe, 2001, cit. por Teixeira, 2001). Há vários séculos que o continente africano despertou a cobiça dos países europeus (Maravilha, 2016). Entre 1961-1974, Portugal manteve em Angola, Moçambique e Guiné-Bissau uma longa Guerra. Correlacionada com a mesma, encontram-se três acontecimentos históricos: o culminar da ditadura salazarista, o 25 de Abril e a descolonização. A relevância destes acontecimentos e a quase inexistência de estudos sobre a história colonial portuguesa implicou que a Guerra Colonial fosse silenciada na

¹ Incidindo o estudo na zona de Viseu, importa situar geograficamente essa mesma cidade. O Município de Viseu tem cerca de 507,10 km² de área e conta com um total de 34 freguesias. Saliendo os limites do município, este é limitado a norte por Castro Daire, por Vila Nova de Paiva a nordeste, pelo Sátão e por Penalva do Castelo a leste, por Mangualde e Nelas a sueste, o Carregal do Sal a sul, Tondela a sudoeste, Vouzela a oeste e São Pedro do Sul a noroeste (INE, 2012).

esfera pública, ficando reservada à memória daqueles que a viveram: os veteranos e as suas famílias.

A temática do stress pós-traumático de combate, tem o interesse continuado a partir da Guerra do Vietname e tendo tido a sua consagração em 1983 com a publicação do DSM-III do Diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-Traumático que, pela primeira vez, consagra a realidade desta entidade nosológica (Oliveira, 2008).

Posteriormente, em 1985 realizou-se em Portugal a primeira reunião científica sobre Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD), organizada pela Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA)². Nessa reunião a partir dos resultados dos estudos realizados nos Estados Unidos com veteranos do Vietname, foi estimado que cerca de 140 000 veteranos da guerra colonial portuguesa sofreriam de distúrbios psicológicos crónicos resultantes das suas vivências da guerra. No entanto, das consequências nas famílias pouco ou nada se tem dito (Oliveira, 2008).

Tal como afirma Milheiro (1999, cit. por Gil, 2010), “ (...) *a saúde mental constrói-se e promove-se no dia-a-dia dos indivíduos inseridos na cultura, na técnica e na civilização (...)* ”. O mesmo autor acrescenta “*A saúde mental do cidadão e da cidade trabalha-se muito no quotidiano, na relação entre as pessoas, na relação entre os indivíduos e as instituições, na fluidez da comunicação, no sentimento de participação que cada um tem de tudo isso (...)* ”.

Reconhecendo que a investigação efetuada garante um melhor uso dos conhecimentos disponíveis e faculta uma intervenção mais fundamentada e eficaz, procurei, ao longo da presente dissertação, analisar criticamente a vulnerabilidade transgeracional ao trauma.

Embora o stress traumático tenha suscitado na atualidade um elevado número de estudos internacionais, em Portugal há poucos livros que abordem o tema (Serra, 2003, cit. por Pereira & Ferreira, 2003).

Segundo O` Brien (2004, cit. por Pereira & Pedras, s.d.), a transmissão intergeracional do trauma pode afetar três gerações, embora em Portugal o estudo até

² A **Associação dos Deficientes das Forças Armadas (Portuguesas) (ADFA)** é uma associação criada a 14 de Maio de 1974, que tem como objetivo unir e ajudar os cidadãos que sofreram lesões (graves) durante a execução do serviço militar. Grande parte dos associados efetivos são ex-combatentes que lutaram por Portugal na Guerra Colonial Portuguesa. As sedes principais encontram-se em Lisboa e Porto, e conta com várias delegações em vários pontos do país, incluindo Viseu.

aos netos de ex-combatentes até então nunca foi efetuado, sendo este um estudo pioneiro nesta temática.

A família apresenta distintas pessoas e gerações, com o desenvolvimento da herança genética realizado por meio da transmissão psíquica que ocorre no espaço familiar (Correa, 1999; Granjon, 2000, cit. por Sei & Gomes, 2012). Com isso, mecanismos de identificação permeiam os indivíduos que fazem parte do grupo familiar, constituindo-se como um espaço de circulação da transmissão psíquica geracional (Correa, 2007, cit. por Sei & Gomes, 2012). A transmissão psíquica geracional denota-se como um fenómeno relacionado aos elementos da realidade psíquica transportados, deslocados ou transferidos entre ou através de um indivíduo a outro ou nos vínculos do conjunto podendo-se pensar, então, nas configurações de objetos psíquicos transmitidos de um espaço psíquico a outro (Kaës, 1998, cit. por Sei & Gomes, 2012).

Almejo fomentar os elementos da dinâmica familiar e transmissão psíquica geracional, seja diante da opção por atendimento individual, seja nas situações em que o atendimento do casal ou família se torna possível.

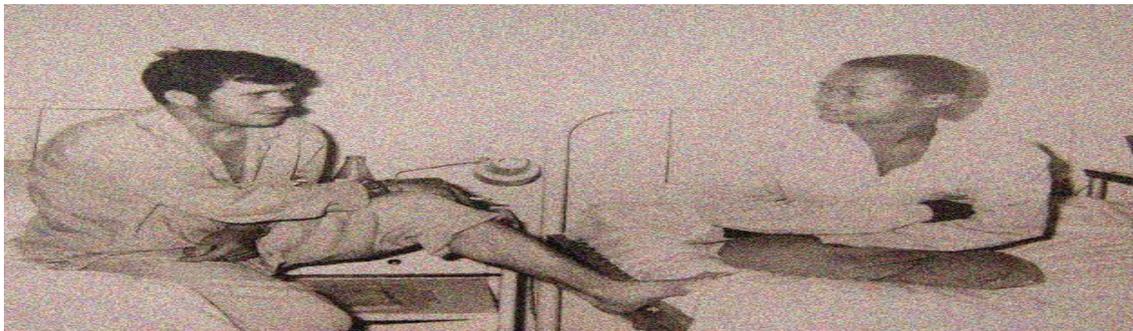
Para além de registar os resultados do presente estudo, é importante realçar que os mesmos revelam a importância da intervenção junto das famílias. Famílias, que por vezes se refugiam no silêncio desprezado que a Pátria lhes deu.

Em suma, são 13 anos de ansiedade, de sofrimento e morte que atingiram praticamente todas as famílias portuguesas, com consequências que ainda hoje perduram. Num Mundo em que a verdadeira responsabilidade da guerra é da classe política (Teixeira, 2001).

Não se sabe quanto tempo uma guerra vai durar ou como vai afetar a vida das pessoas, torna-se um misto de emoções: um sentimento incerto sobre o futuro e uma ansiedade constante sobre eventos que estão fora do controle. Como Educadora Social não podia deixar esquecer as perturbações daqueles que foram e voltaram e principalmente aquilo que passaram aos outros. Uma realidade diferente, muito perturbadora, onde a família também merce ser foco de atenção.



Parte I- ENQUADRAMENTO
TEÓRICO



CAPÍTULO 1

Saúde e Doença Mental

*“ (...) Já viu Sr. Doutor? Parecem criminosos...
Doravante nesta casa nunca mais serão usadas correntes e grilhetas.
Estas pessoas são doentes, não são criminosos!
É pois como doentes que devem ser tratados (...) ”.*

(“Pára-me de repente o pensamento”, um filme de Jorge Pelicano, 2015).

Foto: A fotografia retrata uma conversa entre um soldado Português e um soldado Angolano amputado, num Hospital militar durante a GCP.
Foto cedida e autorizada a publicar no presente estudo, pelo Diretor da ADFA de Viseu, João Gonçalves.

1.1. Saúde e Doença Mental

Desde meados do século XX que a saúde se constitui como objeto de investigação. Segundo a *Constitution of the World Health Organization*³ (1948), a saúde define-se como “ (...) *estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença ou de incapacidade*”.

Por sua vez, doença mental remete para “ (...) *um sofrimento humano concreto e imenso. Podem ser manifestados níveis distintos de gravidade, no desenvolvimento das suas capacidades e na relação com o seu círculo envolvente*” (Basteiro, Gil, & Marin, 2013).

No que concerne à Saúde Mental, a Direção- Geral de Saúde (DGS) em 2015 iniciou colaborações no âmbito da promoção e da prevenção da saúde mental em crianças/adolescentes, patrocinando e participando na estruturação de ações de formação, já no terreno, de forma a capacitar os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, bem como das Equipas de Saúde Escolar e das Equipas Educativas (Ministério da Educação, através da DG da Educação). Estas ações tiveram como intuito saber identificar atempadamente sinais de sofrimento (Carvalho & Mateus, 2016).

Num estudo de perturbações ansiosas nos cuidados primários, verificou-se que 18% dos adultos apresentavam perturbações de ansiedade e, desses, 30% sofria de PTSD.

Relativamente a outras perturbações de ansiedade, esta perturbação estava associada a níveis mais altos de queixas físicas (Amaya-Jackson et. al., 1999, cit. por Pereira & Ferreira, 2003).

A saúde mental nos últimos tempos tem sido um assunto recorrente, assumindo-se como uma das questões mais preocupantes da nossa sociedade. Foram criados novos projetos de integração e cada vez mais com o intuito de combater o estigma e a exclusão social das pessoas com Perturbações Mentais.

Os esclarecimentos e as dúvidas que possam aparecer, estão cada vez mais ao alcance de todos através de plataformas de apoio *online*, ou mesmo nos Centros de Saúde locais. Todavia, é importante realçar que esse apoio não exclui ou substitui a

³ A *Constitution of the World Health Organization (WHO)*, conhecida como Organização Mundial de Saúde (OMS), foi fundada a 7 de Abril de 1948, com sede em Genebra, na Suíça. A OMS tem como objetivo desenvolver o máximo possível o nível de saúde de todos os povos, ou seja, melhorar o bem-estar físico, mental e social dos cidadãos.

consulta do médico assistente, assim como o pedido de orientação por um profissional de saúde de confiança.

Considerando como exemplo o *Portal* sobre Saúde Mental, esta iniciativa partiu de um conjunto de médicos de família, psiquiatras, psicólogos e enfermeiros que trabalham nos centros de saúde familiar da zona oriental de Lisboa e no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL). Surge como um espaço de informação clara e compreensível para a população em geral, sobre a Saúde Mental. Fornece ainda esclarecimentos sobre os sinais e sintomas mentais, facilitando o seu reconhecimento, o que permite uma procura atempada dos cuidados adequados (S.A., 2016).

Calcula-se que uma em cada quatro famílias tenha, pelo menos, um membro com uma afeção mental. Estas famílias não só precisam de dar apoio emocional e físico, mas também têm de suportar com frequência o impacto negativo do estigma e da discriminação (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Segundo os mesmos autores, a OMS (2001), realça que na maior parte do mundo as doenças mentais não estão em pé de igualdade com as doenças físicas, em termos de importância socialmente reconhecida. Na verdade, as doenças mentais têm sido largamente ignoradas ou negligenciadas. Devido a este facto, verifica-se em todo o mundo que o peso das doenças mentais vai aumentando e cada vez mais se vai alargando a distância que se estabelece entre as necessidades e as ofertas de tratamento (Saraiva & Cerejeira, 2014).

No que concerne aos comportamentos de risco associados à experiência de trauma e o seu impacto na saúde, a investigação efetuada referente a esta temática salienta que as pessoas com história de trauma têm mais comportamentos que põem em risco a saúde. Outros autores acrescentam ainda que há outros comportamentos que põem em risco a saúde, como álcool e medicamentos que evoluem posteriormente para situações traumáticas. Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson (1995, cit. por Maia, s.d.) verificaram que 52% dos homens com PTSD apresentavam abuso de álcool; enquanto nas mulheres este valor era de 28%. Quanto ao abuso de drogas, os valores apontaram para 35% dos homens e 27% das mulheres.

Os comportamentos de risco mencionados anteriormente podem dever-se à falta de sentimentos de auto-estima, ou auto-dignidade e dificuldade de regulação de emoções

negativas, o que ilustra bem o papel dos fatores psicológicos na relação entre trauma e saúde.

Assim, é importante ter em conta a relação entre trauma e saúde procurando a sua explicação. Maia (s.d.) interliga estes dois conceitos através de uma “explicação psicológica” que se prende com os efeitos do afeto negativo, que aumenta após experiências traumáticas e é conhecido por ser um mediador de problemas de saúde. Por sua vez, os acontecimentos stressantes produzem perturbação psicológica, depressão e hostilidade, frequentemente associadas a PTSD. Estas são conhecidas por aumentar o risco de doenças cardiovasculares (Ford, 2004, cit. por Maia, s.d.) e diminuir a função imunológica (Dougall & Baum, 2004, cit. por Maia, s.d.) e também apresentar repercussões na adesão terapêutica (DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000, cit. por Maia, s.d.). Para além deste efeito mediado pelo afeto negativo, uma explicação para o aumento das queixas físicas é baseada na ideia que pessoas com PTSD interpretam as alterações na reatividade cardiovascular- sono, regulação adrenérgica, etc.- como sinais de doença, percebendo a saúde como menos boa. As emoções negativas podem ainda contribuir para enviesar o processo de interpretação, sendo os sinais de reatividade percebidos como doença física. McFarlane, Weber e Clark (1993, cit. por Maia, s.d.) designaram este processo como *processamento de informação perturbado*, em que os sinais de fenómenos psicológicos são interpretados como problemas de saúde física. Esta explicação daria conta quer das maiores queixas físicas, quer a maior utilização de serviços médicos.

É relevante mencionar a importância da literacia em saúde mental, que representa a capacidade para identificar, compreender e interpretar o conhecimento nesta área da saúde. Falamos então de um direito de cidadania (Saraiva & Cerejeira, 2014). A comunicação social deverá ter um papel relevante nesta matéria, preferencialmente em articulação com os profissionais de saúde, promovendo a literacia, as fontes de ajuda e a luta contra o estigma e a discriminação do doente mental (Saraiva & Cerejeira, 2014).

A inauguração do Hospital Júlio de Matos, em 1942, abre um novo período da história da Psiquiatria portuguesa uma vez que foi, pela primeira vez, criado um regime de internamento aberto, que dispensava os estigmatizantes “atestados médicos de loucura” e promovia um ambiente terapêutico novo, onde se incluíram as modernas

terapias físicas, mas também psicoterapias e uma terapia ocupacional, organizada por Barahona Fernandes e Seabra Diniz (Saraiva & Cerejeira, 2014).

A partir desta altura, a abertura de consultas e dispensários e o início da assistência social são também responsáveis pelo progresso nos cuidados psiquiátricos (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Segundo um artigo de Helena Norte (2013) ao Jornal de Notícias, esta procedeu à análise do documento "*Saúde mental em números -2013*", que compila dados sobre as principais perturbações mentais entre 2007 e 2011. O mesmo menciona que das 10 doenças que mais contribuem para a incapacidade de trabalho, cinco são de foro psiquiátrico, com destaque para a depressão, os problemas ligados ao álcool, as perturbações esquizofrénicas, as doenças bipolares e as demências.

Interligando com esta temática, há alguns anos o Plano Nacional de Saúde previa a reestruturação de todo o sistema: integrar os doentes agudos em Hospitais Gerais e integrar os doentes crónicos na comunidade.

O site *online* do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde aprovou os programas prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde (2016), entre os quais se inclui o Programa Nacional para a Saúde Mental.

Em alguns pontos do País, a partir de Agosto do presente ano, encontra-se a decorrer um Programa Nacional para a Saúde Mental designado de *Projeto MentHa* (Santos, 2017) e incluirá um estudo aleatório, controlado, multicêntrico a implementar em 4 centros distritais, nomeadamente Viseu, Porto, Lisboa e Covilhã, com o objetivo de avaliar os efeitos da estimulação cognitiva em pessoas com Demência Leve, com e sem patologia mental prévia. Deste modo, pretende-se integrar a pessoa com doença mental na sociedade promovendo a sua autonomização. O Projeto será aplicado por Psicólogos nas regiões acima descritas, à exceção de Viseu, que contará com quatro Educadoras Sociais.

Em suma, temos assistido cada vez mais a uma preocupação política e social na integração de pessoas com problemas do foro mental, o que permite de igual forma prestar apoio a todos os profissionais de saúde e aos cuidadores formais e informais, onde estes últimos ao longo dos anos têm vivido num silêncio constante.



CAPÍTULO 2

A Guerra Colonial Portuguesa: O despertar da guerra!

“No dia 3 de Maio, de madrugada, sofremos uma emboscada na estrada entre Carmona e o Songo. Morria-nos o primeiro soldado da Companhia, o Marques, era o nº 441/60. Árvores abatidas obrigavam a coluna a parar; as primeiras viaturas foram assaltadas por um grupo armado de paus, canhangulos e catanas (...). (...) o Marques foi chorado por todos os militares de Viseu! A 30 de Maio, desgraçadamente, faleceu-nos mais um dos nossos soldados! (...) Foram dois mortos desse mês de Maio de 1961. (...) Ao vê-lo descer na campa rasa perguntávamos sempre: “Qual de nós será o próximo?””.

(Pêga, 2012, in Não Venhas Tarde!, s.p.)

Foto: A fotografia retrata a evacuação de um ferido grave para a metrópole durante a GCP. Foto cedida e autorizada a publicar no presente estudo, pelo Diretor da ADFA de Viseu, João Gonçalves.

2.1. Breve percurso histórico da guerra colonial portuguesa 1961-1974

A Guerra Colonial foi cronologicamente o mais longo conflito militar em que Portugal esteve envolvido desde as guerras da Restauração (1640- 1668) (Martins, 2014).

O conceito “Guerra Colonial” que tem a sua origem na esquerda portuguesa e nas hostes antifascistas, sobretudo entre os desertores e exilados políticos, só se consagra após a consolidação da democracia portuguesa (Rosário, 2001, cit. por Teixeira, 2001).



Figura 1- Cartaz de propaganda ao Império Colonial Português.
Obtido de http://portugalultramar.blogspot.pt/p/blog-page_4586.html

Mais de 90% dos guineenses nessa altura eram analfabetos, pelo que não eram considerados cidadãos portugueses. A Carta do “*Estatuto Indígenas Portugueses das províncias da Guiné, Angola e Moçambique*”, declara que os indígenas não tinham os mesmos direitos políticos que o português, no entanto, era-lhes aplicado o mesmo direito privado, civil e criminal dos portugueses (Rosário, 2001, cit. por Teixeira, 2001). Para tentar contornar a situação o regime declarou as colónias como “províncias ultramarinas” e concedeu a cidadania aos seus habitantes. Tal medida foi reprovada pela Assembleia-Geral das Nações Unidas.

A 1945, a Organização das Nações Unidas (ONU) consagrou o direito dos povos à autodeterminação e à independência. Após a II Guerra Mundial várias potências coloniais europeias como a Inglaterra, a Bélgica, a França e a Holanda, concederam a independência às suas colónias, com exceção de Portugal (Esgalhado, 2014). No final da década de 1950, as Forças Armadas Portuguesas viam-se confrontadas com o paradoxo da situação política gerada pelo Estado Novo, que haviam implantado e sustentado desde 1926 (Esgalhado, 2014).

O Presidente do Conselho de Ministros António de Oliveira Salazar, dirigente português que mais tempo permaneceu no poder durante o período republicano,

entendia que as possessões portuguesas faziam parte integrante do país. Perante esta política de intransigência, formam-se nas colónias portuguesas movimentos independentistas (Esgalhado, 2014).

Concretizando melhor o que na teoria já estava em estudo, no ano de 1960, em Lamego, foi criado o Centro de Instrução de Operações Especiais (CIOE), vocacionado para a preparação de oficiais e sargentos que viriam, mais tarde, a enquadrar tropas para enfrentar ações de guerrilha. Nesse mesmo ano, o CIOE preparou quatro companhias de caçadores especiais, das quais três foram mandadas para Angola e uma para Moçambique (Fraga, s.d.). Apesar disto, Salazar foi acusado de não ter preparado as forças armadas para a guerra que se aproximava (Martins, 2014).

Com carácter de revolta coletiva, as primeiras manifestações contra a presença colonial portuguesa, tiveram início em Angola no ano de 1961, mas, pelo menos desde 1958, ao nível político-militar, em Portugal, já se admitia a possibilidade de se alterar o dispositivo e o conceito de defesa (Fraga, s.d.).

Assim no ano de 1961, um rol de acontecimentos marcam uma viragem no destino das colónias portuguesas: a rebelião iniciada pelos militantes do MPLA (Movimento Popular para a Libertação de Angola) em Luanda; a UPA (União das Populações de Angola) inicia um conjunto de violentos ataques no norte da colónia; com a presença da UNITA (União Nacional para a Independência Total de Angola), começa uma luta de guerrilha (Esgalhado, 2014). No continente africano apenas Cabo Verde e São Tomé e Príncipe ficaram imunes à guerra. Contudo, a 1961, António Salazar proferiu a máxima legitimadora da sua posição, relativamente às rebeliões que se desencadeavam nas possessões portuguesas: "*Para Angola, imediatamente e em força!*" (Esgalhado, 2014).

Na época das descobertas a Europa e o mundo ocidental expandiam-se, Portugal era uma nação que dominava as técnicas mais evoluídas do tempo, da construção naval à artilharia, da cartografia à matemática. Em 1960 tudo muda: a Europa retrai-se e Portugal era o país europeu mais atrasado em todos os domínios. Felizmente restou para contrariar a insensatez, a avidez e a beata arrogância dos poderosos, o povo da qual se fez tropa (Teixeira, 2001).

Desta forma, entre 1961 e 1974, foram enviados mais de 900 000 portugueses que se juntaram às tropas recrutadas localmente: homens, filhos, maridos, pais... foram ordenados para a Guerra:

“ O dia da despedida, lembro-me dele como de uma coisa que se tivesse passado durante uma anestesia; o cansaço, o sono, a saudade, a agitação entravam e saíam de mim numa leveza gasosa. Já nem me lembro bem da família que lá estava e não estava. Mas, do barco, procurei-te sem te encontrar.”

(Antunes, 2005, cit. por Margarida Vila- Nova, in *Cartas da Guerra* (2016) [DVD]).



Figura 2- Niassa, Lisboa-Moçambique
Fotografia cedida pelo Diretor da ADFa, João Gonçalves.

A história do conflito armado entre o regime colonial do Estado Novo e os Movimentos da Libertação Nacional das colónias portuguesas em África relata-nos que em Fevereiro de 1961, quando eclodem as primeiras ações violentas em Angola, estas apanham de surpresa a generalidade das diversas camadas sociais em Portugal e em África (Rosário, 2001, cit. por Teixeira, 2001).

“ Não penses, contudo, que ando por aqui aos tiros, armado em parvo. Continuo a viver esta exigência precária e sobressaltante, mas começo a achar que a insegurança e o perigo dão realmente um sabor especial à vida, que nunca tinha sentido antes (...). É isto que a guerra faz de nós: uns insectos. Lutando pela própria sobrevivência, num frenesim de patas e de antenas”.

(Antunes, 2005, cit. por Margarida Vila- Nova, in *Cartas da Guerra* (2016) [DVD]).

A decisão de Salazar de optar pela Guerra é um exemplo clássico da fuga para a frente (Teixeira, 2001).

A Guerra do Ultramar durou cerca de 13 anos, e provocou despesas avultadas bem como o isolamento do país a nível internacional.

As três frentes de guerra provocaram grandes constrangimentos nas finanças do Estado português, desgastando simultaneamente as forças armadas, ao mesmo tempo que colocava Portugal cada vez mais isolado no panorama político mundial. A nível

humano, as consequências foram trágicas: um milhão e quatrocentos mil homens mobilizados, nove mil mortos e cerca de trinta mil feridos, vítimas civis e quarenta mil ex-combatentes diagnosticados com distúrbios pós-guerra. O conflito não terá solução através de meios pacíficos ou militares (Teixeira, 2001).

“ Ainda te lembrarás de mim? Às vezes nem eu me lembro de mim próprio. Olho-me ao espelho e é um estranho que vejo. Mas eu estou na mesma por fora, acho eu. Por dentro é que mudei. Surpreende-me o meu próprio silêncio, e a minha voz. Falo pouco, e tudo o que dirijo é num tom seco e melancólico, que não era o meu”.

(Antunes, 2005, cit. por Margarida Vila- Nova, in *Cartas da Guerra* (2016) [DVD]).

Segundo Cancela (s.d., cit. por Pêga, 2012), a situação que se vivia na época era de uma nostalgia de um passado recente. A nova situação marcava uma atmosfera instável, insegura, de violência e terror, para aqueles que acabavam de chegar de uma vida descontraída e confortável. A sociedade vivia uma situação caótica, onde o mesmo descreve como “ (...) *neurótica, esquizofrénica, verdadeiramente dramática, que era na verdade o início de uma guerra que anunciava ou prenunciava um futuro incerto (...)*”.

A pobreza das populações, a falta de saneamento básico, a inexistência de condições mínimas de habitabilidade, as dificuldades de acesso ao ensino, à educação e à saúde... situações que se alastravam facilmente provocavam revolta e cobiça de quem pouco ou nada tinha. Estes seriam fatores suficientes para despertar naqueles povos a sede da independência e da liberdade (Cancela, s.d., cit. por Pêga, 2012).

Entretanto, e confirmando as suspeitas da eminência de ações de guerrilha, em Angola, alguns dos oficiais que haviam feito o estágio na Argélia, eram utilizados junto dos comandos e das tropas para explicar como se combatia a subversão.

A ficção que se desenrolou à volta da guerra promove a descoberta de duas realidades com as quais os militares convocados para a mesma, se têm de confrontar:

1. A descoberta de África, tendo de um lado o encanto do território e dos seus povos e do outro a iniquidade das relações que ali se haviam estabelecido;
2. A descoberta da guerra, com os seus horrores e sacrifícios e também com os novos fortíssimos sentimentos de camaradagem entre os guerreiros nos momentos de perigo (Teixeira, 2001).

Estas duas descobertas levam os soldados mobilizados a interrogarem-se (mesmo de forma inconsciente) sobre a justeza da sua missão (Teixeira, 2001).

*“Nunca me senti tão em baixo sob todos os aspetos, tão no fundo. E não consigo reagir (...).
E choro como uma criança (...). Não sei porque caí assim, mas não consigo levantar-me.
Diante de mim há só um muro, é a sensação que tenho: um muro sem nenhuma saída”.*

(Antunes, 2005, cit. por Margarida Vila- Nova, in *Cartas da Guerra* (2016) [DVD]).

A opinião de largas camadas da sociedade portuguesa em Portugal e nas colónias vivia totalmente à margem do fluxo das ideias que circulavam sobre o conflito que sabiam existir, mas ignoravam os seus contornos e a sua verdadeira dimensão.

“Continua a falar-se, com insistência diária, na nossa saída daqui, mas não há nada em concreto. Se isto continua damos todos em doidos”.

(Antunes, 2005, cit. por Margarida Vila- Nova, in *Cartas da Guerra* (2016) [DVD]).

Não é por acaso que uma das consequências seja não só a grande dificuldade que, ainda hoje, a sociedade portuguesa tem de discutir: a questão colonial como também a falta de consenso na problemática da descolonização e, sobretudo, a existência de um sentimento de “trauma” perante o mito da perda do império.

A guerra colonial tornava-se tema forte de discussão e era assunto de eleição para as forças anti-regime. Portugal estava muito isolado do resto do Mundo.

Muitos estudantes e opositores viam-se forçados a abandonar o país para escapar à guerra, à prisão e à tortura. A vaidade e a sede de possuir o máximo de território possível levou o nosso país a enterrar-se numa guerra para a qual não estava preparado, facto esse que se veio comprovar mais tarde (Maravilha, 2016).

Considerando treze anos de luta em terras do ultramar, o sistema político vigente não conseguiu definir, concreta e objetivamente, uma política ultramarina que conduza à paz entre os Portugueses de todas as raças e credos (Pinto, Carvalho, & Neves, 2010).

Em Fevereiro de 1974, Marcelo Caetano é forçado pela velha guarda do regime a destituir o general António de Spínola e os seus apoiantes. Tentava este, com ideias de índole federalista tornadas célebres num livro publicado pelo próprio intitulado *“Portugal e o Futuro”* (cujas obras também afirmava a impossibilidade de vencer militarmente a Guerra do Ultramar), modificar o curso da política colonial portuguesa, que se revelava demasiado dispendiosa.

Os militares portugueses tiveram bastante dificuldade em fazer frente aos seus oponentes, uma vez que estes demonstravam bastante facilidade no acesso ao armamento, conheciam bem os locais de confronto (Maravilha, 2016).



Figura 3- Angola 1966: Armamento Capturado ao Inimigo
Fotografia cedida pelo Diretor da ADFA, João Gonçalves.

Contudo, com o decorrer da guerra, foram desencadeadas mudanças a nível sociopolítico na metrópole (Lisboa) (Maravilha, 2016). A 25 de Abril de 1974, o Movimento das Forças Armadas (MFA) decide levar adiante um golpe de estado, envolvendo oficiais do exército que já conspiravam (que tinham participado na Guerra Colonial). Um dos objetivos do MFA era possibilitar a independência das colónias (Maravilha, 2016), tendo como principais propósitos os três D's: *democratizar, desenvolver e descentralizar*.

“ O melhor que o 25 de Abril trouxe para mim foi o fim da Guerra Colonial. [...] Quando chegou a altura de o meu filho ser chamado só me apetecia dizer que não fosse. Mas nunca o fiz. No entanto, quando ele estava em África sofrendo todos aqueles horrores, porque foram verdadeiros horrores com a morte sempre à frente dos olhos e fazendo os outros sofrer, cheguei a arrepender-me de nunca o ter encorajado a sair do país.

Logo depois do 25 de Abril, quando soube que os nossos filhos iam regressar, até chorei de alegria! ”.

(Maria de Jesus, dona de casa, in *Mulheres*, 1979, cit. por Ribeiro, et. al., 2012).

Os dois projetos apresentados para essa nova política diferiam, sobretudo, nas questões ligadas com as futuras relações de Portugal com as colónias. Assim, com o esclarecimento pela Lei 7/74, e posterior comunicado conjunto Portugal-ONU, publicado a 4 de Agosto, eram levantadas as últimas dúvidas, dando início à fase definitiva da descolonização.

Foram assinados vários protocolos de acordo e feitas negociações: Em Argel (a 26 de Agosto) ficava concluído o processo entre Portugal e o PAIGC, em que a ex-colónia era reconhecida como estado soberano; em Moçambique seria assinado a 7 de Setembro, em Lusaka, um acordo conducente à independência Moçambicana; em São Tomé e Príncipe e Guiné Portuguesa, foi assinado o Acordo de Argel em 25 de agosto de 1974. Quanto a Cabo Verde, o acordo entre Portugal e o PAIGC já estabelecia o princípio do acesso deste arquipélago à autodeterminação e independência. Quanto a Angola, a aproximação dos três movimentos de libertação constituía uma dificuldade para o governo português. Com efeito, pairava a possibilidade do alargamento de um confronto entre os países ocidentais, a África do Sul e a União Soviética (Maravilha, 2016).

Com Costa Gomes na Presidência da República Portuguesa desenvolveram-se conversações dirigidas especificamente a cada um dos movimentos. Inicialmente, com a FNLA, posteriormente com o MPLA. Porém, as várias tentativas de restabelecer a paz em Angola e minimizar o impacto da descolonização seriam deitadas por terra rapidamente. A guerra civil arruinou a serenidade deste processo, agravando a situação interna, com milhares de vítimas e a fuga dos portugueses. Também em Timor-Leste se verificou um período dramático, já que as autoridades portuguesas não tinham como dispor de capacidade para normalizar os conflitos, acabando a Indonésia por invadir a ilha.

Em suma, as condições oferecidas pelo novo regime para a descolonização, reconfiguraram a situação no continente africano, com a criação de novos países independentes em busca dos seus próprios rumos e afirmação nacional.

Porém a Guerra não estava só em África como o antigo regime pretendia, e onde parece que o novo regime, saído do 25 de Abril, gostaria de a ter deixado. Todavia, vinha a bordo dos navios que regressavam aos cais.

*“E que posso eu dizer às pessoas? Que tenho para contar?
(...) que esta estadia me rói por dentro o carço da alma”.*

(Antunes, 2005, cit. por Margarida Vila- Nova, in *Cartas da Guerra* (2016) [DVD]).

Segundo Ribeiro, Cruzeiro, Neves, Lisboa, Vecchi, Medeiros e Padilha (2004), o 25 de Abril não foi a libertação singularmente pacífica. Esta data estava manchada pelo sangue derramado lá longe em África, contudo o 25 de Abril foi antes de mais o fim da

Guerra Colonial. Alguns levantamentos estatísticos efetuados pela Associação de Deficientes das Forças Armadas (ADFA) apontam a marca para os 25 milhares, durante o período de 13 anos de guerra. Em relação ao *stress* de guerra, a ADFA, estima números bastante superiores aos apontados pelas fontes oficiais.

No que concerne aos veteranos de guerra de origem guineense, uma parte dos que combateram pelo lado do governo de Portugal, eram soldados ou milícias naturais do próprio território (Ribeiro, et. al. , 2004). Após a independência, a grande maioria desses combatentes foram abandonados à sua sorte fruto de várias circunstâncias entre as quais a falta de definição do seu estatuto nos acordos assinados entre as forças beligerantes a falta de capacidade de resolução de tantos problemas em simultâneo pelos novos governantes de Portugal durante a *Revolução dos Cravos*. Estima-se que tenham sido assassinados sumariamente milhares de ex-combatentes, havendo quem avance com números na ordem dos onze mil (Ribeiro, et. al., 2004). O regime aproveitou a data quase esquecida do 10 de Junho, para transformá-la num grande evento de apoio à política colonial, sob pretexto de homenagear os heróis que a suportavam na frente de combate.

O dia *10 de Junho* passaria, assim, a carregar consigo uma identificação próxima com a defesa do regime e das colónias, enquanto as Forças Armadas eram chamadas para a demonstração do poderio militar português. Com a Revolução do 25 de Abril de 1974, o dia passar-se-ia a designar como *Dia de Camões, de Portugal e das Comunidades Portuguesas*.

Combatentes militares são testemunhos de heroicidade e fraternidade para as gerações atuais e futuras, pelos sacrifícios e sofrimentos que lhes foram impostos, com risco da própria vida (Loureiro, 2013). Posteriormente em Portugal, depois de alguns anos, realizou-se a primeira reunião científica sobre a PTSD em 1985, organizada pela Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA).

A partir dos resultados de estudos realizados nos estados Unidos com veteranos do Vietname, foi estimado que cerca de 140 000 ex-combatentes da guerra colonial portuguesa sofrem de distúrbios psicológicos crónicos resultantes da sua vivência da guerra, o que por vezes gera a revolta daqueles que não foram à guerra, mas ficaram à espera e por isso a vivem todos os dias (Albuquerque, 1992).

“ *Como pode a minha Pátria ter ignorado tanto sofrimento que é da sua responsabilidade?
Como é possível continuar a ignorar?*”

(Loureiro, 2013, in *Mulher Combatente: Estilhaços Silenciosos da Guerra Colonial*, p. 46).

África era somente o sítio do qual ninguém queria falar e para onde silenciosamente embarcavam homens, que voltavam transtornados (Ribeiro, Cruzeiro, Neves, Lisboa, Vecchi, Medeiros, & Padilha, 2004).

Para quem ficou pelo país, África não teve feminino, comunicavam por cartas, saciavam a saudade através das palavras, onde redigiam apenas o essencial... aquilo que podia ser escrito:

“ *Minha jóia querida (...) Apetece-me, apenas, sentar-me sem fazer nada, à espera que o tempo passe (...). Tenho quase a certeza de que não te voltarei a ver (...). Uma coisa começo eu a compreender: não voltarei a ser a pessoa que fui, nunca mais*”.

(Antunes, 2005, cit. por Margarida Vila- Nova, in *Cartas da Guerra* (2016) [DVD])⁴.

2.2. As Fadas do Apoio Psicológico

Há quem recorde o cheiro a pólvora, os soldados mortos e o medo que se sentia a cada passo. Mas na guerra também houve tempo para o amor.

Quem não tinha namorada, refugiava-se nas cartas trocadas com as “madrinhas de guerra”. Mas quem eram estas mulheres?

No decorrer do presente estudo, foi-me mencionado várias vezes o conceito “madrinhas de guerra”, bem como a importância destas mulheres, escondidas atrás das cartas. A figura de madrinha de guerra fora institucionalizada pelo regime através do Movimento Nacional Feminino (MNF), sendo uma organização de suporte do Estado Novo criada por iniciativa de Cecília Supico Pinto e apoiada por António de Oliveira Salazar, estendendo-se sobretudo a Guiné-Bissau e Moçambique (Maravilha, 2016).

⁴ As citações transcritas ao longo do presente tópico são da autoria de António Lobo Antunes (1942), Médico Psiquiatra e Escritor. As Cartas foram trocadas durante o Serviço militar para onde fora destacado como Médico durante a Guerra Colonial, entre 1971 e 1973 no leste de Angola - Vila Gago Coutinho, Chiúme e mais tarde em Malange. Após o cumprimento do serviço militar, Lobo Antunes especializou-se em Psiquiatria, tendo exercido a especialidade durante alguns anos no Hospital Miguel Bombarda, até a abandonar por completo em prol da literatura.

As presentes citações são cartas que trocou com a sua primeira mulher, Maria José Lobo Antunes, durante esse período, quando esta se encontrava grávida da sua primeira filha e foram posteriormente reunidas em «*D'este viver aqui neste papel descripto*» (2005) pelas suas filhas Maria José Lobo Antunes e Joana Lobo Antunes, que veio a originar o filme *Cartas da Guerra* (2016), realizado por Ivo Ferreira.

Segundo Maravilha (2016), este fenómeno instaurou-se durante a Primeira Guerra Mundial onde as “madrinhas de guerra” surgiram como uma fada de apoio psicológico. Em Março de 1961 não foi diferente. Nesse ano, os portugueses foram de novo chamados para pegar em armas e dessa forma o fenómeno das “madrinhas de guerra” ressuscitou.

Ainda no contexto da guerra colonial, o fenómeno destas madrinhas foi social e politicamente muito relevante como um resultado imenso da disponibilização de aerogramas através dos quais várias centenas de milhares de soldados portugueses puderam comunicar de forma célebre, económica e segura com os seus familiares e amigos (Maravilha, 2016).

Eram quase sempre moças solteiras, sendo muitas vezes os respetivos endereços trocados entre os soldados e há quem diga que houve madrinhas com dezenas ou até centenas de afilhados (Maravilha, 2016).

Muitas vezes, as pessoas escreviam-se sem se conhecerem pessoalmente, mas há alguns desses casos que resultaram em casamento (Mourato, 2013). Segundo Mourato (2013), combatentes e "madrinhas de guerra" trocavam cartas "de fazer corar", ao qual José Manuel Lages, diretor científico do Museu da Guerra Colonial de Vila Nova de Famalicão acrescenta: *“Muitas vezes, os combatentes aproveitavam as madrinhas de guerra para 'despejarem' toda a sua criatividade e todas as suas fantasias sexuais”* (Lages, 2013, cit. por Mourato, 2013).

Porque o tempo passava muito devagar, entre 1961-1974, estas mulheres eram um elo de força psicológica e em muitas situações a noiva ou esposa do seu afilhado.



Figura 4- Cecília Supico Pinto,
durante a Guerra Colonial Portuguesa.

Obtido de:

http://livrosultramarguerracolonial.blogspot.pt/2015_07_01_archive.html



CAPÍTULO 3

Depois da Guerra: A perturbação de stress pós-traumático (PTSD) e a perturbação secundária de stress traumático (STSD)

“A diferença básica entre PTSD e STSD reside no facto de o stressor no primeiro caso ser directo, experienciado pelo próprio e, no segundo caso, o indivíduo lidar/viver com alguém com PTSD e ficar exposto às reações físicas e emocionais da vítima. Desta feita, o contacto prolongado com alguém com PTSD pode tornar-se um stressor crónico”.

(Solomon, et.al., 1992, cit. por Pereira & Ferreira, 2003, in *Stress Traumático Aspectos Teóricos e intervenção*, p. 92).

3.1.Perturbação de stress pós-traumático (PTSD)

3.1.1. Definição

O termo trauma provém do étimo grego que significa “ferida, choque contra o sistema”. Surge definido no dicionário como “qualquer experiência dolorosa que causa dano grave e duradouro ao próprio ou à personalidade” (Chaplin, 1981, cit. por Oliveira, 2008), e “resultado de um acontecimento doloroso, físico ou mental, causando imediatamente dano ao corpo ou choque à mente” (Corsini, 1999, cit. por Oliveira, 2008).

A natureza dos eventos traumáticos varia, mas os seus efeitos são notavelmente semelhantes.

Para definir esta patologia, recorreu-se ao *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM*, manual utilizado para profissionais da área da saúde mental, o qual disponibiliza uma listagem de diferentes categorias de transtornos mentais, bem como critérios para o seu diagnóstico. Em termos de pesquisa na área da saúde mental, o DSM continua a ser a maior referência atual.

Esta patologia existiu provavelmente durante toda a história da humanidade, mas só começou a ser estudada em vítimas do holocausto, após a 2ª Guerra Mundial, e foi reconhecida nos quadros psiquiátricos em 1980, na sequência da guerra do Vietname. Em Portugal estima-se que existam cerca de 58 mil casos entre ex-combatentes, fundamentalmente da guerra colonial (Pereira, 2012).

A evolução histórica da sua terminologia sofreria alterações ao longo dos anos. De acordo com as classificações nosográficas do DSM- III (1980), designa-se por evento potencialmente traumático, quando se torna capaz de evocar sintomas significativos de *distress* na grande maioria das pessoas. Na sua revisão, os autores procuraram excluir eventos que fazem parte da vivência do ser humano, como por exemplo o luto (Saraiva & Cerejeira, 2014). No que se refere à evolução da terminologia perturbação de stress pós-traumático (PTSD), esta foi reconhecida como categoria de diagnóstico no DSM-III, tendo originado um grande impulso na investigação e no tratamento desta perturbação.

Com o DSM-IV, em 1994, procurou-se delimitar melhor este conceito. Novas alterações foram introduzidas, incluindo-se a resposta da pessoa envolvendo a sensação

de medo, impotência e horror (Vaz Serra, 2003, cit. por Pereira & Pedras, 2012). Nesta classificação, um evento diz-se traumático quando o indivíduo experienciou, testemunhou ou foi confrontado com algo que envolveu confronto direto com a morte, lesão grave ou ameaça à integridade física; e a resposta a esse evento envolveu medo intenso, horror e sensação de incapacidade (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Num estudo realizado em Portugal verificou-se que, ao longo da vida, 75% da população está exposta a pelo menos um acontecimento adverso e 43.5% a mais do que um (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003, cit. por Pereira & Pedras, 2012).

Segundo Saraiva e Cerejeira (2014), atualmente o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5) (2013) propõe oito critérios para a definição de evento potencialmente traumático e de PTSD:

- 1. Critérios de exposição:** definem a forma de exposição ao evento, direta ou indiretamente;
- 2. Critérios de reexperienciação:** identificam diversos sintomas resultantes da reevocação da experiência traumática;
- 3. Critérios de evitamento:** relacionam-se com pensamentos ou comportamentos que o doente adota a fim de evitar a reexperienciação;
- 4. Critérios relacionados com cognições negativas e humor:** identificam os sintomas resultantes do impacto negativo que o evento tem sobre a cognição e o humor;
- 5. Critérios de alerta e reatividade:** relacionados com o conjunto de sinais e sintomas resultantes da hiper-reatividade do sistema de alerta e ansiedade.

Os restantes critérios (6, 7 e 8) pretendem excluir as formas de PTSD menos graves, as que não provoquem impacto significativo sobre o doente. Pretendem ainda excluir quadros semelhantes que sejam resultado de outra doença, medicação ou consumo de substâncias e casos com duração inferior a um mês (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Segundo (Pereira & Ferreira, 2003), as estatísticas estimam que a prevalência de pessoas traumatizadas a nível mundial sejam escassas, alterando de acordo com o país, a conjuntura política, económica e cultural: nos EUA 70% dos adultos já sofreram um ou mais eventos traumáticos durante a vida. Destes, 20% desenvolverão PTSD.

Segundo Pereira e Ferreira (2003), a prevalência de PTSD incide nos desempregados, trabalhadores não especializados e domésticas. Na proporção do aparecimento da maioria dos casos de PTSD, destacam-se a violação, o abuso sexual (antes dos 18 anos), morte violenta de familiar ou amigo e o combate. Este último

apresenta diferenças significativas na distribuição por géneros. Após estes resultados é pertinente concluir que o impacto de acontecimentos traumáticos pode modificar o indivíduo no plano biológico, psicológico e social. Denota-se como uma perturbação comum que afeta cerca de 9% da população em algum momento das suas vidas, tendo as mulheres o dobro da probabilidade de a desenvolver relativamente aos homens (Breslau et. al., 1991; Kessler et. al., 1995, cit. por Pereira & Ferreira, 2003).

A responsável pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital Militar de Coimbra e coordenadora do Centro de Trauma, Dr.^a Luísa Sales, adianta e explica que:

“ [...] é normal uma resposta de ansiedade, angústia e alterações de sono após uma situação traumática, mas, num quadro não patológico, passado um tempo a pessoa consegue lidar com a situação.

Há um aumento da produção de hormonas relacionadas com a ansiedade o que leva a um exacerbar de respostas que o organismo habitualmente tem em situações de alerta e não há um voltar ao estado de acalmia quando passa a ameaça”.

(Dr.^a Luísa Sales, 2012, cit. por Pereira, 2012, s.p.).

A mesma, refere que existe um distúrbio de stress pós-traumático a partir de um mês de evolução da situação, e mantendo-se este quadro ao longo de três meses, está-se perante uma situação de doença crónica. Nesta situação podem ocorrer alterações na regulação do afeto (momentos de tristeza profunda e explosões de agressividade), alterações da auto percepção (sentimentos de inadequação, vergonha e desespero), alterações neurovegetativas (insónias), alterações de consciência (revivência de momentos traumáticos) e alterações no relacionamento com os outros (isolamento e desconfiança) (Pereira, 2012).

As memórias do trauma são mal estruturadas frequentemente, funcionando como *flashes* de episódios que não formam um todo homogéneo (Pereira, 2012).

Para além das respostas emocionais, os eventos traumáticos podem também originar respostas fisiológicas. Os cientistas afirmam que é possível que um evento traumático altere permanentemente a estrutura cognitiva, isto acontece quando as respostas traumáticas são armazenadas como sintomas somáticos. É relevante ter em contas todas estas alterações, uma vez que os pacientes desenvolvem queixas físicas, as quais quando não são tratadas tendem a piorar. Os pacientes por norma não estabelecem uma ligação entre o seu estado e as respostas traumáticas anteriores (Pereira & Ferreira, 2003).

Deste feito, é perfeitamente notório que por vezes é a própria memória que chega a controlar as ações, onde as recordações são retidas deliberadamente, não sendo obrigatoriamente exploradas de imediato, passam a ficar retidas, sendo posteriormente atualizadas (Quintais, 2000a). Estas memórias traumáticas são patogénicas, uma vez que provocam desordens psiquiátricas.

Em suma, se por um lado a pessoa sabe que existe essa memória, por outro não é capaz de a superar. A memória traumática vem assim acentuar-se muito particularmente à noção de memória destrutiva (Quintais, 2000a).

3.2. Perturbação de stress pós traumático (PTSD) VS perturbação secundária de stress traumático (STSD)

O historial de convivência dos seres humanos com experiências traumáticas perde-se nas brumas do tempo (Pereira & Ferreira, 2003).

Um estudo conduzido em *Detroit* verificou a existência de um pico de exposição a um evento traumático entre os 16 e 20 anos, como é o caso do serviço militar. A *perturbação de stress pós-traumático (PTSD)* apresenta-se como uma designação, entre diversas outras, para circunscrever uma patologia mental resultante da sobrecarga dos mecanismos de *coping* de stress. Um evento potencialmente traumático em alguns indivíduos exhibe unicamente sintomas ligeiros e transitórios. Segundo Friedman (2007, cit. por Saraiva & Cerejeira, 2014), a maioria dos sujeitos expostos (90%) que apresentem sintomatologia significativa, obtém remissão completa ao longo das seis semanas seguintes.

No que se refere ao diagnóstico clínico, o paciente recebe dois diagnósticos psicológicos: Perturbação Aguda de Stress (PAS) e Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) (APA, 2000, cit. por Pereira & Ferreira, 2003).

A disparidade entre eles assenta na respetiva duração e intensidade. Em ambos, estão patentes os sintomas de **evitamento**, **ativação** e **intrusão**. O evitamento manifesta-se por embotamento emocional ou desejo de evitar pensar no evento. A ativação por ritmo cardíaco rápido, ansiedade, sudorese (transpiração) ou tensão arterial elevada. Na intrusão, inclui os pensamentos indesejados e pesadelos (Pereira & Ferreira, 2003).

Pereira e Ferreira (2003) explicam a diferença entre PAS e PTSD, bem como o seu diagnóstico:

“Quando cada um destes três domínios de sintomas está presente durante mais de 4 semanas, o fenómeno constitui a PTSD. Quando existem sintomas de alguns, mas não de todos, dos três domínios (intrusão, evitamento e ativação) ou quando existem sintomas dos três domínios durante períodos inferiores a quatro semanas, estamos em presença de PAS.”

(Pereira & Ferreira 2003, p.24).

As perturbações podem manifestar-se em: dificuldade de concentração, diminuição da expressão emocional, disrupção das relações interpessoais, problemas de saúde mental devido a pensamentos disruptivos como pesadelos (Pereira & Ferreira, 2003). Este tipo de trauma aumenta os sentimentos de desespero, desamparo e depressão, deixando as vítimas ainda mais vulneráveis a outras patologias sociais como o abuso de substâncias e o suicídio, apresentando ainda um elevado nível de violência, de desconfiança e embotamento afetivo (Pereira & Ferreira, 2003).

A ideia de que as pessoas que se relacionam com um sobrevivente de um trauma podem desenvolver sintomas semelhantes, surgiu pela primeira vez na literatura num artigo clássico de *Sarah Haley* (1974), onde a autora descreve como ficou perturbada com o seu trabalho sobre os veteranos de guerra traumatizados (Oliveira, 2008).

Deste modo, nasce o conceito de *Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD)*. Este processo explicativo pressupõe a super-identificação das esposas com os veteranos (Williams, 1980, cit. por Fernandes, 2015), onde a exposição ao trauma do marido é de tal forma intensa que, ainda que de forma secundária, provoca nas esposas a interiorização da imagem de *stress* do veterano. A *STSD* pode ocorrer durante ou após a exposição a uma simples conversa, relativa à experiência de sofrimento do veterano. Os membros da família ficam atentos às pistas do trauma no meio envolvente e através de um processo normal de aprendizagem, adotam gestos e formas físicas de reações do veterano a essas pistas (Maloney, 1988, cit. por Fernandes, 2015).

Stress de Guerra ou Stress Pós-Traumático, afinal o que era isso? Lidavam com tudo aquilo que engloba este novo conceito mas com outra definição, “*Gases de Guerra*”...

“ [...] regressou muito diferente após 3 anos e meio em Angola. No início ele tinha sonhos muito instáveis, como pesadelos [...]. Do nada, surgia uma enorme irritação. Ela vivia no silêncio, sem se queixar de nada. Com o decorrer dos anos os picos do meu tio iam-se agravando [...] Lembro-me dele dizer muitas vezes: “Fujam, fujam...”, de seguida fechava-se no quarto e dizia aos filhos para irem também [...] ”.

(Carina, sobrinha de André, ex-combatente, 2013, cit. por Loureiro, 2013, p. 86).

Segundo os testemunhos de familiares na obra literária de Loureiro (2013), muitas mulheres chegam a colocar fim à sua própria vida, como forma de acabar com os próprios tormentos, onde as razões se fecham definitivamente num coração cansado de viver. Vários estudos têm sido efetuados, com o propósito de desvendar os efeitos secundários nos familiares de ex-combatentes.

Neste sentido, vários autores desenvolveram modelos teóricos na tentativa de explicar a natureza dessa perturbação.

Os modelos teóricos descritos posteriormente, foram selecionados tendo em conta a relevância para os profissionais que lidam com o tema em análise. São igualmente compreensíveis e aplicáveis podendo ser facilmente integrados como modelo de trabalho para STSD (Macritchie, 2006).

Os seus modelos teóricos explicativos reportam-se aos anos 90 (Gonçalves, 2013) e surgem após a investigação de Figley (1995), na qual foi identificado o fenómeno de stresse traumático secundário, com “*Trauma Transmission Model*” (Macritchie, 2006).

Baseados nessa pesquisa surgiram outros modelos teóricos como é exemplo o modelo de Dutton e Rubinstein (1995), embora não sejam tão comumente mencionados na literatura, designado de “*Ecological Framework of Trauma*”, onde se integram alguns aspetos do modelo anterior (Macritchie, 2006). Este último modelo assenta em quatro componentes interligados entre si: o evento traumático, ao qual o profissional está exposto, às reações que o evento provoca, as estratégias de confronto utilizadas e os fatores mediadores de ordem ambiental e pessoal (Rughoo,2010; Meda et al., 2012, cit. por Gonçalves, 2013).

O Modelo de Figley (1995), “*Trauma Transmission Model*” (**Figura 2 e 3**), pretende explicar o processo de transmissão do trauma e apresenta o porquê de algumas pessoas desenvolverem PTSD, onde o conceito principal deste modelo se rege pela empatia (Macritchie, 2006).

Por sua vez, o Modelo de Dutton e Rubinstein (1995), “*Ecological Framework of Trauma*” (**Figura 4**), desenvolveu uma estrutura ecológica de trauma que integra aspectos do Modelo de Figley. No entanto, este modelo assenta em quatro componentes interligados: o evento traumático ao qual o profissional está exposto; as reações que o evento provoca; as estratégias de confronto utilizadas; e os fatores mediadores de ordem ambiental e pessoal (Rughoo,2010; Meda et al., 2012, cit. por Gonçalves, 2013).

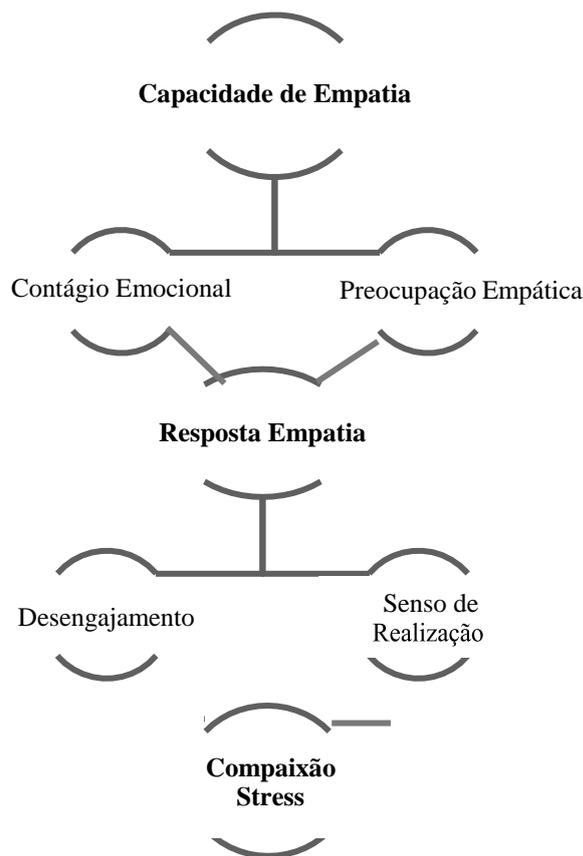


Figura 5- *A Model of Compassion Stress.*
Adaptado de Macritchie, 2016, p.47

Figley (1995, cit. por Macritchie, 2006), ilustra como o stress de compaixão é uma função de seis variáveis de interação. Stress de compaixão é definido como “(...) *o stress resultante de ajudar ou querendo ajuda da pessoa traumatizada*”. Esta definição, é discrepante da definição de fadiga de compaixão, que se refere a “(...) *um estado de exaustão e disfunção-biológica, psicológica e social- como resultado da exposição prolongada ao stress de compaixão e tudo o que evoca*” (Figley, 1995, cit. por Macritchie, 2006).

Figley (1995), salienta ainda a importância da empatia no desenvolvimento do stress de compaixão.

Outro aspecto importante de seu modelo é o contágio emocional. O mesmo autor define-o como “*experimentando os sentimentos do sofredor em função da exposição ao sofredor*” (Figley, 1995, cit. por Macritchie, 2006).

A seguinte fase é o “*Model of Compassion Fatigue*” é ilustrada na figura que se segue:

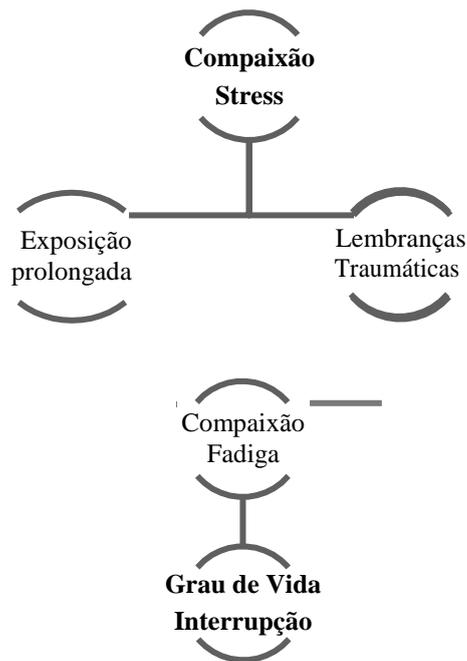


Figura 6- *A Model of Compassion Fatigue.*
Adaptado de Macritchie, 2016, p.49

Apresentando-se como uma extensão da primeira parte do Modelo, este demonstra como o desenvolvimento da fadiga de compaixão é uma função de quatro variáveis, que interage: o nível de stress de compaixão; o nível de tensão de compaixão; a exposição prolongada à vítima; recordações traumáticas e o grau de perturbação da vida.

Figley (1995) explica que durante este tempo o profissional sente que é unicamente responsável pela pessoa em causa e não é capaz de minimizar o stress de compaixão (Figley, 1995, cit. por Macritchie, 2006). Devido ao nível de conteúdo traumático, as lembranças causam sintomas secundários. Assim, o aparecimento da fadiga de compaixão é automático quando estas circunstâncias são prevalentes (Figley, 1995, cit. por Macritchie, 2006).

Outro modelo que tenta fornecer um quadro teórico para STSD é o de Dutton e Rubinstein (1995). Ambos os autores desenvolveram uma estrutura ecológica de trauma, que integra os aspetos do modelo de Figley. Contudo, este modelo oferece uma evolução concetual de STSD (Macritchie, 2006), como é visível na **Figura 4**.

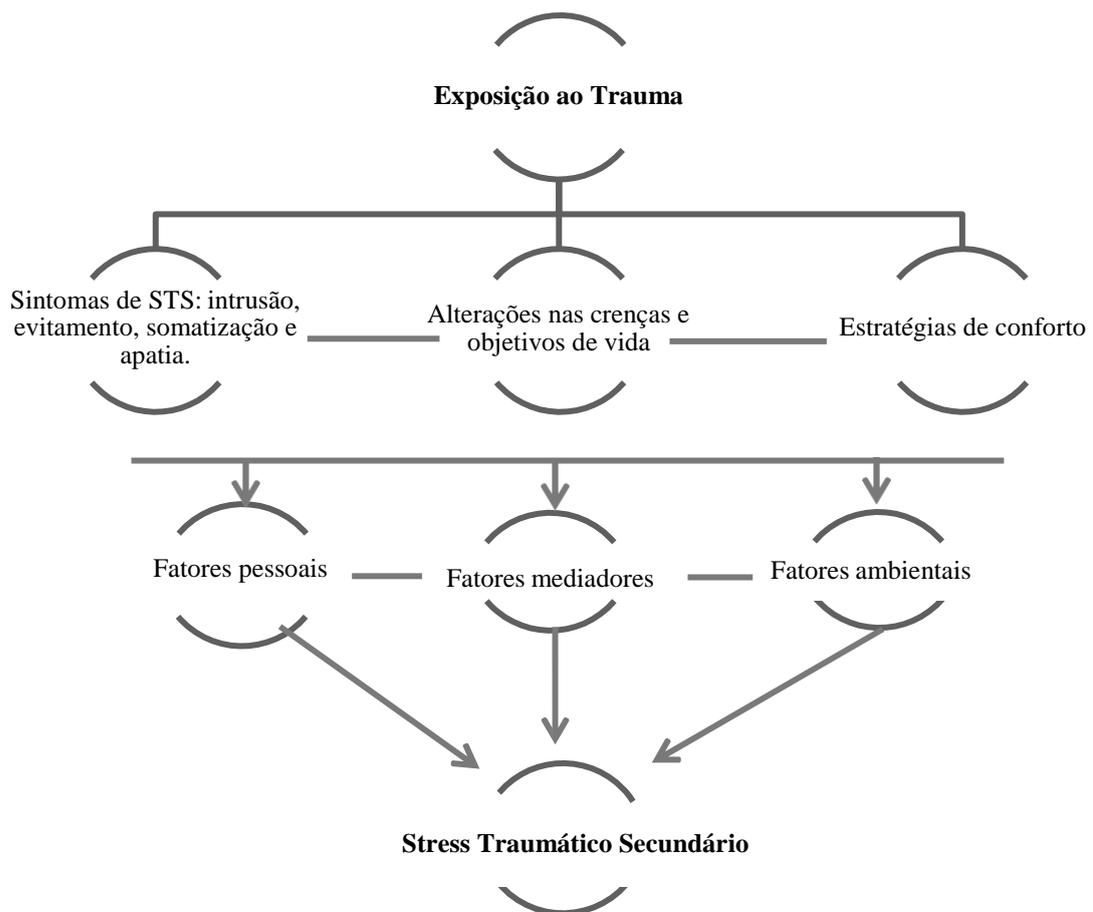


Figura 7- *Ecological Framework of Trauma de Dutton & Rubinstein (1995).*
Adaptado de Gonçalves, 2013, p.38

Segundo o modelo visível, as estratégias que o indivíduo seleciona para enfrentar o evento traumático, dependem do tipo de acontecimento com que é confrontado. Contudo, é importante ter em linha de conta que um mesmo acontecimento com intensidade semelhante pode também desencadear diferentes reações, consoante a exposição do indivíduo ao mesmo (Gonçalves, 2013). Assim, uma das principais estratégias de conforto destaca-se neste modelo, a rede de suporte social, em função do seu carácter pessoal ou organizacional (Rughoo, 2010, cit. por Gonçalves, 2013).

No que diz respeito aos fatores mediadores, Dutton e Rubinstein (1995, cit. por Gonçalves, 2013), definiram como fatores individuais: a autoestima do profissional, os recursos (como a formação, a experiência e treino), as vulnerabilidades (tais como os antecedentes pessoais de trauma) e a satisfação nos campos profissional e pessoal. Enquanto, os fatores ambientais englobam o suporte social e organizacional, o contexto profissional e pessoal e o meio cultural onde o profissional está inserido.

O modelo inclui ainda outros domínios: sintomas relacionados com o stress secundário: a intrusão, o comportamento evitante, a somatização e a apatia; alterações nas crenças e objetivos de vida do sujeito face ao evento traumático; relação entre o profissional e o sujeito do trauma primário tendo em conta os fatores mediadores pessoais do profissional (Dutton & Rubinstein, 1995 cit. por Gonçalves, 2013).

Mais concretamente nos anos 70, Horowitz (1976) havia desenvolvido o *Síndrome de Resposta ao Stresse*, depois assimilados pela APA como critérios de diagnóstico na Perturbação de Stresse Traumático Secundário (Zilberg, Weiss & Horowitz, 1982; Andrews, Shevlin, Troop, & Joseph, 2004, cit. por Gonçalves, 2013).

De uma forma sucinta, Horowitz (1976) desenvolveu a sua pesquisa em redor dos acontecimentos traumáticos e das reações que o indivíduo apresenta perante os mesmos, comprovando assim a ligação entre os acontecimentos traumáticos e o desenvolvimento de sintomas psicológicos reconhecidos e estudados desde Freud (Zilberg, Weiss, & Horowitz, 1982, cit. por Gonçalves, 2013).

Segundo Horowitz (1976), os indivíduos possuem modelos mentais prévios da realidade que os rodeia, e assim, na ocorrência de acontecimentos traumáticos, encontram-se perante situações/dados que não se enquadram no seu modelo mental, colocando em causa essa representação do meio e conduzindo à necessidade de uma reorganização mental (Andrews et al., 2004, cit. por Gonçalves, 2013). É durante esse período de reorganização que se alternam as respostas de intrusão e de evitamento (Andrews et al., 2004, cit. por Gonçalves, 2013). Zilberg, Weiss e Horowitz (1982, cit. por Gonçalves, 2013) estes autores referem também que, visto que a intrusão provoca sofrimento, a resposta do indivíduo é tentar evitar estímulos que a evoquem ou reproduzam, surgindo desta forma estratégias descritas como sendo de evitamento.

O modelo teórico de Horowitz serviu de base para um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação dos sintomas de PTSD e, conseqüentemente, de STSD a *Impact of Event Scale* (IES, Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979). Posteriormente, esta escala foi revista por Weiss e Marmar (1997), transformando-se na *Impact of Event Scale – Revised* (IES-R, Weiss & Marmar, 1997)⁵ (Gonçalves, 2013).

De uma forma sucinta, podemos definir os sintomas de STSD por:

⁵ Esta escala apresenta 22 itens distribuídos por três factores (activação fisiológica, intrusão e negação). Estes três factores têm por objectivo avaliar o impacto subjectivo de situações traumáticas na vida de um indivíduo (Vieira, 2007).

- **Sintomas de intrusão**, que se traduzem por medos, pesadelos, pensamentos e imagens intrusivas e incontroláveis do acontecimento. A intrusão é considerada a dimensão mais significativa desta síndrome, porque conduz o indivíduo a uma invocação incontrolada do acontecimento.

- **Sintomas de evitamento**, expressos no entorpecimento emocional, apatia, evitamento de pessoas ou locais relacionados com o evento;

- **Sintomas de hiperativação**, patentes em alterações no padrão do sono, dificuldade de concentração e alterações do humor (APA, 2000, cit. por Gonçalves, 2013).

Segundo Figley (1989, cit. por Pereira & Ferreira, 2003), a família traumatizada é aquela que ficou exposta a um stressor que alterou involuntariamente a rotina familiar. Os autores Pereira e Ferreira (2013) mencionam ainda a existência de fatores que incidem na família, afetada por PTSD: **Comportamentos de evitamento**, que afetam as relações pessoais e sociais, onde a mulher assume vários papéis na tentativa de manter a coesão familiar; **Depressão**, incluindo a baixa autoestima e rejeição por parte de outros e a companheira do veterano sofre ainda de *armadilha de compaixão* (Williams, 1980, cit. por Pereira & Ferreira, 2013); **Alienação e evitamento** (salientando-se o isolamento social associado a um baixo suporte social (Solomon et. al., 1999, cit. por Pereira & Ferreira, 2013) e a companheira menciona o facto de o veterano exigir a permanência do casal em casa, não permitindo deste modo qualquer interação com os outros (Goodwin, 1987, cit. por Pereira & Ferreira, 2013); **Suicídio**, associado a sentimentos de culpa e neste caso, obriga os familiares a viverem num estado constante de alerta, sobretudo se existe acesso a armas de fogo (Goodwin, 1987, cit. por Pereira & Ferreira, 2013); **Uso de substâncias** para lidar com a dor (Matsakis, 1988, cit. por Pereira & Ferreira, 2013); **Violência**, além do abuso físico e verbal, o abuso emocional é também frequente e Matsakis (1988, cit. por Pereira & Ferreira, 2013) refere que 25% das mulheres que participaram em terapias de grupo tinham sofrido violência física; **Desconfiança/ira** por parte dos veteranos, que muitas vezes sentem que foram traídos. Este sentimento está muitas vezes associado a que o inimigo está por todo o lado e direciona a sua raiva à família mais próxima (Goodwin, 1987, cit. por Pereira & Ferreira, 2013); **Embotamento afetivo** é o reverso da ira, consiste numa estratégia de *coping* que tem como consequência o afastamento e a não expressão de afetos e, segundo Matsakis (1988, cit. por Pereira & Ferreira, 2013), a família é descrita como

“congelada”. Todavia Maloney (1988, cit. por Fernandes, 2015) verificou no seu estudo, realizado com seis mulheres de veteranos de guerra com PTSD, que estas experienciavam pesadelos com a guerra, tinham ataques de pânico despoletados pelos mesmos estímulos que os desencadeavam no marido, por exemplo o som de helicópteros, ruídos repentinos, som de tiros e o som e cheiro da chuva de verão.

Desta forma e em termos de avaliação sistémica do trauma, torna-se relevante e imprescindível avaliar o grau de perturbação no indivíduo e a forma como a família lida com o problema, apresentando como um marco relevante, a estrutura familiar (por exemplo, rotinas, regras e papéis familiares).

Assim, Figley (2003, cit. por Pereira & Pedras, 2012) apresenta-nos uma síntese da STSD com sintomas semelhantes aos da PTSD, conforme o exposto na **Tabela 1**.

O mesmo autor defendeu que a consequência e o efeito negativo exercido sobre quem vive, ajuda e fornece apoio a uma vítima de trauma, bem como às pessoas que têm conhecimento e/ou trabalham com uma vítima, o que dá origem a um fenómeno designado de stress por compaixão, mencionado anteriormente.

Salienta-se ainda, no decorrer do conceito apresentado, a fadiga de compaixão. Esta é considerada a manifestação mais severa do stress por compaixão, uma vez que é um estado de exaustão e disfunção, biológico, psicológico e social, resultante da exposição prolongada ao stress por compaixão a tudo o que ele suscita. É considerada uma forma de *burnout* e pode levar a um aumento do conflito e disfunção familiar e divórcio. A fadiga por compaixão pode dar lugar a Perturbação Secundária de Stress Traumático (Figley, 1998, cit. por Pereira e Pedras, 2012).

O *burnout* é um conceito bastante estudado nos membros de uma família que prestam apoio a uma vítima de doença física ou psicológica, sendo definido por Pines e Aronson (1988, cit. por Pereira & Pedras, 2012), como:

“ (...) um estado de exaustão física, emocional e mental provocada por um envolvimento por um longo período de tempo em situações de grande exigência emocional.”

(Figley, 1998, cit. por Pereira e Pedras, 2012, p. 24)

Figley (1998, cit. por Pereira e Pedras, 2012) acrescenta ainda que este conceito se desenvolve de uma forma gradual.

Apesar da *American Psychiatric Association (APA)* definir apenas uma interligação entre perturbação da ansiedade e o stresse em PTSD, vários autores como Meadors (2009, cit. por Gonçalves, 2013), Von Rueden (2010, cit. por Gonçalves, 2013),

Crumpei e Dafinou (2012, cit. por Gonçalves, 2013), *Meda* (2012, cit. por Gonçalves, 2013) e os seus colaboradores, consideram que os critérios estabelecidos pela APA para o diagnóstico de PTSD podem também ser utilizados para o diagnóstico da STSD.

A tabela seguinte, pretende estabelecer uma relação entre os critérios de semelhança nos sintomas entre esses dois conceitos na vida do indivíduo (**Tabela 1**).

Quadro 1- Critérios de semelhança nos sintomas entre PTSD e STSD na vida do indivíduo, adaptado de Pedras (2009)

CRITÉRIOS	PERTURBAÇÃO PRIMÁRIA (PTSD)	PERTURBAÇÃO SECUNDÁRIA (STSD)
<p>Critério A Um acontecimento traumático que provoca sintomas implica que a pessoa tenha sido exposta a um acontecimento traumático, onde as seguintes condições estiveram presentes:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A pessoa experienciou, observou ou foi confrontada com um acontecimento/acontecimentos que envolveram a ameaça de morte ou morte real, ferimento grave, ou a ameaça à integridade física do próprio ou de outros; 2. A resposta da pessoa envolveu medo intenso, sentimento de desproteção ou horror. Em crianças isto pode ser expressado por comportamento agitado e desorganizado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todos ou alguns dos estímulos descritos acerca da PTSD, mais a exposição do sistema ao conhecimento do acontecimento, activou uma resposta sistémica no sentido de fornecer ajuda; 2. O sistema é exposto a algumas ou a todas as reacções verificadas na PTSD, que estão associadas às estratégias de <i>coping</i> utilizadas.
<p>Critério B O acontecimento traumático é persistentemente reexperienciado de um (ou mais) dos seguintes modos:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificam-se lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes sobre o acontecimento (incluem imagens, pensamentos ou percepções). 2. Em crianças muito novas podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspetos do acontecimento traumático são expressos. 3. Surgem sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento (reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashback dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado), bem como mal-estar psicológico intenso face à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surge um aumento da necessidade de apoio e aumento do conflito devido ao stress provocado pelas lembranças. 3. Verifica-se um aumento da necessidade de apoio e aumento do conflito devido às dificuldades em dormir.
<p>Critério C Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicada por três (ou mais) dos seguintes aspectos:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Os esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma são comuns na PTSD. 2. Um indivíduo com PTSD sente-se desligado ou estranho em relação aos outros. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificando-se um aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio em resposta aos esforços do traumatizado em evitar as lembranças. 2. Necessita de aprender a lidar com sentimentos de distanciamento dos outros.
<p>Critério D Sintomas Persistentes de activação aumentada (ausentes antes do trauma):</p>	<p>Dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir, irritabilidade e acessos de cólera, dificuldades de concentração, hipervigilância, resposta de alarme exagerada.</p>	
<p>Critério D Sintomas Persistentes de activação aumentada (ausentes antes do trauma):</p>	<p>Dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir, irritabilidade e acessos de cólera, dificuldades de concentração, hipervigilância, resposta de alarme exagerada.</p>	
<p>Critério E Duração da perturbação.</p>	<p>Sintomas dos critérios B, C e D) superior a 1 mês.</p>	
<p>Critério F A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante:</p>	<p>Evidenciado por aumento dos conflitos familiares, disfunção sexual, comunicação interpessoal pobre, maior dependência, suporte social reduzido, estratégias de coping pobres.⁶</p>	

⁶ É importante especificar que a perturbação é **Aguda** quando a duração dos sintomas for inferior a três meses ou **Crónica** quando a duração dos sintomas for igual ou superior a três meses. Por sua vez, pode ainda definir-se como uma **perturbação de início dilatado** quando os sintomas surgem pelo menos seis meses depois do acontecimento.

Figley (1995), defende que o stress traumático secundário é uma consequência natural do cuidar entre duas pessoas. Neste cenário de cuidado, está saliente a empatia, como fator primordial. Segundo o *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa* (S.A.,2013), empatia define-se como forma de identificação intelectual ou afetiva de um sujeito com uma pessoa, uma ideia ou uma coisa.

Assim, a compaixão, a sensibilidade, mas principalmente a empatia são as condições fundamentais numa relação terapêutica. *Rothschild* (2006, cit. por Carvalho, 2011) refere que a empatia é, por um lado, um instrumento indispensável no processo de relação entre o profissional que presta apoio e os seus utentes, pois permite ter a perspetiva do outro e identificar-se com ele. Por outro lado, pode trazer prejuízos, pois há aspetos da empatia inconscientes e que fogem ao controlo dos profissionais (Carvalho, 2011).

Figley (1995) defende que os profissionais que têm maior capacidade para sentir e expressar empatia, são também os que poderão estar mais vulneráveis ao stress traumático secundário. A questão que se coloca é: o stress traumático primeiramente encontrado numa pessoa pode ser transferido para aqueles que a ajudam? Através de um modelo fundamentado, Figley (1995) sugere que as pessoas ou os profissionais que ajudam, por ele denominados “ajudantes”, necessitam de se identificar com elas e com o seu sofrimento, com o intuito de gerar um entendimento com a pessoa traumatizada. Figley acrescenta ainda que os profissionais procuram responder para si próprios a algumas questões de forma a mudar o seu comportamento em função do outro: “*O que se passou?*”, “*Porque aconteceu?*”, “*Porque agi como agi na altura?*”, “*Porque agi como agi desde então?*”, “*Se acontecer novamente, vou ser capaz de lidar com isso?*”. Segundo Cruzeiro (2004), durante este processo de gerar nova informação, os profissionais experienciam emoções semelhantes às sentidas pelas pessoas traumatizadas, processo este designado por *contágio emocional*.

Em suma, estes profissionais devem ser capazes de se “distanciarem” do problema dos seus utentes, com risco a desenvolverem também STSD.

3.3. PTSD, comorbilidade e tratamento

Entende-se por comorbilidade, a presença ou associação de duas ou mais doenças no mesmo paciente (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2013). Desta forma, 80% das pessoas com PTSD apresentam outra comorbilidade psiquiátrica (Foa et. al., 2009, cit. por Saraiva & Cerejeira, 2014).

Os militares traumatizados durante acontecimentos de guerra ficaram conhecidos como vítimas de *shellshock*, pois acreditava-se que a sua patologia era o resultado das explosões no campo de batalha (Saraiva & Cerejeira, 2014). *Shellshock*, era o termo utilizado para caracterizar comportamentos resultantes do stress de batalha e que diminuía a eficiência de combate militar.

Os primeiros grandes estudos iniciam-se durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e com o psiquiatra norte-americano *Abram Kardiner* salienta-se a hipervigilância e hiperatividade aos estímulos relacionados com o trauma. Segundo Saraiva e Cerejeira (2014) durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), os comandantes militares estavam cientes da importância de um serviço de Psiquiatria, capaz de prevenir e recuperar soldados vítimas de exaustão psicológica em combate.

Grande parte dos estudos sobre comorbilidade e PTSD verificaram que a PTSD precedia aos problemas de abuso de substâncias e perturbações afetivas (Gelder, et. al. cit. por Saraiva & Cerejeira, 2014). De uma forma mais específica, as que surgem mais frequentemente em comorbilidade são a perturbação de personalidade (Borderline e Antissocial).

Num estudo que examinou 107 veteranos de guerra em internamento, denotou-se que existem comorbilidades entre perturbação de stress pós-traumático com: Perturbação de pânico evitante (47%); paranoide (46%); obsessivo-compulsiva (28%) e antissocial (15%) (Friedman, et. al., 2007, cit. por Saraiva & Cerejeira, 2014).

Por sua vez, os dados do *National Comorbidity Survey* (Kessler et. al, 1995, cit. por Pereira & Ferreira, 2003), demonstram que até 88% dos homens e 79% das mulheres apresentam pelo menos outra perturbação mental. Concordando com o que fora transcrito anteriormente, os mesmos autores referem ainda que as perturbações comórbidas mais frequentes com a PTSD são:

- ✓ a depressão;

- ✓ perturbação obsessivo-compulsiva;
- ✓ perturbação de pânico;
- ✓ perturbação de ansiedade social;
- ✓ perturbação de ansiedade generalizada.

Nesse sentido, existe tratamento psicofarmacológico que pode durar pelo menos 1 ano. Este tratamento será uma das opções iniciais que pode facilitar a resolução da experiência traumática em conjugação com a terapia de orientação psicológica (Davidson, 1992; Foa & Meadows, 1997, cit. por Pereira & Ferreira, 2003).

É importante que o médico (cuidados primários ou especialista) explique ao doente as alternativas de tratamento e articular com o mesmo os recursos disponíveis (Pereira & Ferreira, 2003).

Segundo o DSM- V (2013, cit. por Pereira & Ferreira, 2003), os doentes com PTSD e perturbações comórbidas podem beneficiar também de abordagens psicossociais, além das farmacológicas. O tratamento passa pela conjugação de estratégias psicoterapêuticas e respostas psicofarmacológicas que, não sendo específicas, ajudam a tratar alguns sintomas. Dentro das estratégias comportamentais, é importante que, através de um trabalho progressivo, “ (...) a pessoa sinta que o organismo não tem de responder com o alerta desmesurado de perigo de vida porque aquela situação já não existe.” (Sales, 2012, cit. por Pereira, 2012).

No que concerne à prevenção secundária e terciária, a *psicoeducação* apresenta-se como uma estratégia importante neste fator. O principal objetivo consiste em fornecer informação correta ao doente sobre o seu quadro clínico e suas implicações e em peculiar acerca do reconhecimento atempado dos sinais de alarme (Pereira & Ferreira, 2003). Deste modo, as famílias deverão ter uma visão sistémica da doença para que os mecanismos de ajuda sejam ativados de modo precoce (Pereira & Ferreira, 2003), mas para isso precisam também de ser acompanhadas e auxiliadas.

Investigações recentes sugerem que uma série de modalidades de tratamento são eficazes no tratamento de PTSD, incluindo as terapias cognitivo-comportamentais (Brom et. al., 1989; Marks et. al., 1998; Cahill et. al., 1999; Shapiro, 1996; Boudewyns e Hyer, 1990; Foa et. al., 1999, ci. por Pereira & Ferreira, 2003).

Como refere Pereira e Ferreira (2003), por vezes a PTSD pode ser difícil de diagnosticar devido à sua sintomatologia e também das significativas comorbilidades

médicas, como já foi referido. Contudo, quanto mais cedo a perturbação for identificada e tratada, mais fácil será e menos provável se torna que as complicações se desenvolvam, tanto para o utente como para a sua família.

3.3.1. *Terapia Familiar*

O ex-combatente por vezes encontra-se inquieto, sobressaltado ou a gritar, sobretudo enquanto está a ter um pesadelo com as memórias da guerra. Neste sentido, é necessário apoiar as famílias sobre o que fazer nestas alturas. É sobretudo ser paciente, mas nem sempre é possível e provoca um desgaste físico e emocional, pelo que é crucial que a família participe nas terapias efetuadas com o veterano.

Segundo Rosenheck e Thompson (1999, cit. por Pereira & Ferreira, 2003), alguns veteranos recusam participar em terapias familiares, pois não querem que as esposas/companheiras e filhos tenham conhecimento das suas experiências e traumas de guerra, em grande parte por não considerarem a sua prestação de combate digna de honra. Os mesmos autores acrescentam ainda que nestas terapias os familiares tendem a confortar de imediato o veterano, o que faz com que o mesmo sinta que existe uma falta de entendimento para com ele. Deste modo, pode sentir-se rejeitado (Rosenheck e Thompson, 1999, cit. por Pereira & Ferreira, 2003).

Um *modelo de terapia familiar* proposto por Rosenheck e Thompson (1999, cit. por Pereira & Ferreira, 2003) consiste numa fase disjunta (Tabela 2) e numa fase conjunta de terapia familiar.

Na **fase disjunta**, a esposa/companheira passa a interessar-se por perceber o que se passa com o seu marido/companheiro e também sobre questões inerentes à PTSD. Neste sentido existe ainda uma intervenção de terapia de grupo onde são trabalhados os sentimentos e trocadas experiências, numa intervenção em grupo com outras mulheres. Por sua vez, no que se refere aos filhos, a terapia permite ajudar o mesmo a diferenciar-se emocionalmente dos seus progenitores, uma vez que a superidentificação e o descontrolo em relação ao *distress* experienciado pelo pai, contribuem para a sintomatologia que apresentam (Rosenheck & Thompson, 1999, cit. por Pereira & Ferreira, 2003).

Quadro 2- Síntese do Modelo de Terapia Familiar de Rosenheck e Thompson (1999), fase disjunta

	Esposa/companheira	Filhos	Veterano
Fase disjunta: tem como base o tratamento da perturbação secundária de <i>stress</i> traumático.	Recebe terapia em consulta individual ou em grupo com outras esposas de veteranos. São trabalhadas as emoções em relação ao marido, como os aspetos de diferenciação de sentimentos que as angustiam.	Recebem terapia individual, caso manifestem problemas ou tiverem dificuldades emocionais (ex. agressividade, controlo de impulsos, problemas disciplinares, pesadelos, sentimentos de culpa, medos intrusivos que não sabem explicar, imaturidade.).	1. Destoxicação das experiências de guerra; 2. Integração em atividade que ofereçam um sentido existencial.
Objetivo final da terapia	Centra-se na identificação das necessidades pessoais e daquilo que ela deseja para a sua vida pessoal e familiar.	Favorecer um espaço para que se possam conhecer e ganhar distância da intensidade da interação familiar.	Participação ativa na vida familiar e social.

Quando a fase disjunta não tem lugar, a **fase da terapia familiar** tem riscos elevados no que concerne em debater sentimentos de raiva, perda e medos, podendo desencadear reações prepotentes e adversas que poderão retraumatizar os familiares.

Assim, esta fase da terapia denota-se como crucial no processo de tratamento do veterano, constituindo parte integrante de um tratamento global que pode incluir: terapia individual, de grupo e farmacológica, embora e como em qualquer tratamento, é necessário ter sempre em conta as necessidades do veterano em causa (Rosenheck & Thompson, 1999, cit. por Pereira & Ferreira, 2003).

Sendo os problemas traumáticos (trauma de guerra) experienciados fora da família, os autores do modelo propõem uma fase inicial disjunta de terapia familiar, antes da fase conjunta.

É importante mencionar que muitas vezes é necessário ainda realizar uma terapia de casal, uma vez que a dinâmica interpessoal está constantemente a ser boicotada pelo trauma, sobretudo no que confere à comunicação e intimidade (Balcom, 1996, cit. por Pereira & Ferreira, 2003).

Uma vez que a questão da perturbação secundária nos netos ainda não foram estudada, cabe a este estudo mencionar apenas a distinção entre a avaliação efetuada em crianças e adultos. A avaliação de PTSD nas crianças ainda é mais controversa do que a avaliação no adulto (Pereira, & Ferreira, 2003).

Figley (1989, cit. por Pereira, & Ferreira, 2003) criou um Modelo de Terapia Familiar para famílias traumatizadas. Tendo como objetivo devolver à família o controlo para que possam recuperar do trauma, a terapia apresenta-se em **5 fases**:

1ª fase: Criar compromisso com os objetivos terapêuticos (identificar métodos de *coping* e recursos, onde a família deve obter confiança em si mesma no sentido de aceitar que o que está a vivenciar é normal); *2ª fase: Enquadrar o problema* (a família conta o que aconteceu, do seu ponto de vista, descrevendo emoções, acontecimentos e medos em relação ao futuro); *3ª fase: Reenquadrar o problema* (a família começa a desenvolver novas perspetivas em relação ao problema, o que lhe permitirá atribuir um significado positivo); *4ª fase: Desenvolver uma teoria da cura* (a família deve ultrapassar sentimentos de culpabilidade e auxiliar o indivíduo, sabendo ouvir) e *5ª fase: Finalização e preparação para o futuro* (fomentar o suporte social da família, é importante que a família tenha desenvolvido regras de comunicação, que lhe permitam ultrapassar futuras dificuldades).

No que confere aos netos de veteranos de guerra, e se se notar a existência de alguma patologia associada, Figley (1989, cit. por Pereira, & Ferreira, 2003) descreve 4 aspetos essenciais para que a intervenção possa ser bem-sucedida:

1. A criança deve querer estar envolvida na terapia, uma vez que ao impor que a mesma esteja presente, pode ser criada uma experiência negativa e traumática;
2. A criança deve compreender as sessões e apresentar um papel ativo;
3. A família deve apresentar-se como um apoio e lidar de forma apropriada às reações da criança e ser acessível às suas necessidades;
4. Se a criança deve fazer parte do tratamento.

Ainda no decorrer do presente tópico, é importante salientar, que a PTSD exerce um impacto extremamente adverso ao nível da saúde mental mas também da saúde física (Hidalgo & Davidson, 2000, cit. por Pereira & Pedras, 2012).

A página *online American Psychological Association*, apresenta um artigo de Tori DeAngelis (2008) que menciona a existência de uma combinação angustiante de pesadelos, *flashbacks*, hipervigilância, raiva e depressão que assola as pessoas com PTSD, e também muitas vezes assoladora para os membros da família.

A nível clínico, o mesmo artigo destaca Elizabeth Carll (especialista em Trauma), que desenvolveu uma panóplia de abordagens para trabalhar com famílias onde exista um membro com PTSD. Deste modo, as estratégias de Carll incluem:

- ✓ Ensino da capacidade de gestão de stress;

- ✓ Usar estratégias de *coping* que permitam construir um quadro de superação perante o presente e face ao futuro;
- ✓ Discutir como a pessoa traumatizada e os membros da sua família querem abordar o tema, com pessoas fora do seio familiar (sobretudo em casos de traumas emocionalmente vinculados, como é o caso da violação).
- ✓ Ajudar a família a entender que existem muitas pessoas afetadas, mesmo que inicialmente não seja visível.
- ✓ Trabalhar com os membros da família individualmente ou em grupo, dependendo da necessidade do tratamento a seguir.

Em suma, passa por entender também que homens e mulheres processam o trauma de diferente forma. As mulheres por norma podem querer falar mais sobre isso, enquanto por sua vez os homens optam por não se exprimirem verbalmente sobre o assunto, recorrendo à prática de exercício físico ou outro tipo de atividade.

Contudo, nem todas as pessoas processam o trauma da mesma maneira e dessa forma o tempo de recuperação pode variar significativamente de pessoa para pessoa.

Consentindo com estas estratégias, Monson (Diretor-adjunto da Divisão de Ciências de Saúde das mulheres do Centro Nacional Para Transtornos De Stress Pós-Traumático nos Estados Unidos), e Carll concordam que a *Psicoeducação* é a estratégia-chave a ser aplicada junto da população com PTSD e os seus familiares. Segundo Monson, ao aplicar a Psicoeducação, pode ajudar os familiares a entenderem esta condição o que faz com que as pessoas com PTSD sintam o seu apoio e compreensão e adiram ao tratamento.

Ainda neste sentido, insere-se um ponto relevante na terapia familiar, como foi exposto num tópico anterior: a Psicoeducação. Segundo Santana (2011), este tipo de intervenção tem demonstrado consequências benéficas para o portador do sofrimento psíquico e a sua família, na medida em que conhece os sintomas e indícios de uma crise fornecendo assim fatores que possam contribuir para melhorar a convivência entre o portador e as pessoas que estabelecem um vínculo com o mesmo.

4.1.O Educador Social na Saúde Mental: Reabilitação psicossocial e (re) integração comunitária

Um Educador Social faz escolhas que vão desde trabalhar com pessoas que, nos mais distintos momentos e nas mais distintas circunstâncias, precisam de apoio porque sofrem ou têm problemas com os quais não sabem ou não podem lidar. É um trabalho que não basta apenas saber fazer, mas gostar de fazer, sendo muito importantes as motivações, a empatia, o compromisso com a mudança e o crescimento pessoal (Mateus, 2012).

A sua atuação na Saúde Mental não é diferente. A Psiquiatria Social afirma-se a partir da II^a Guerra Mundial, com a Psicoterapia Institucional, as Comunidades Terapêuticas, a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária e de Higiene Mental. Deste modo, no seguimento de uma corrente de contestação da psiquiatria asilar surge então a Psicoterapia Institucional, que se apresenta, fundamentalmente como um método explicativo do adoecer mental (Santos, 2001).

No final do século XVIII, o médico psiquiatra *Philippe Pinel*, categorizou a “loucura” como uma doença, de tal forma que posteriormente os médicos passaram a ser vigilantes e moderados dos excessos a que a doença podia levar. Desta forma, tudo o que não se “encaixava” na sociedade passou a ser visto como patológico e deveria ser corrigido (Basaglia, 2005, cit. por Passos, & Aires, 2013).

Com o intuito de prestar apoio aos veteranos e famílias, foram criadas associações como a Associação de Deficientes das Forças Armadas (ADFA); Apoiar; Associação dos Veteranos de Guerra; Liga dos Combatentes. O objetivo destas associações, passa por apoiar a nível jurídico os associados, promover os interesses sociais e económicos e culturais dos mesmos. Realçando a Associação ADFA-núcleo de Viseu, com a qual contei na elaboração da presente investigação, no ano de 2016 entrou em vigor um Plano de apoio às famílias sendo efetuadas visitas domiciliárias aos associados e seus familiares. Os profissionais que integram estas equipas são sobretudo da área social e denotam que há ainda uma grande necessidade de estas visitas serem continuadas. Contudo, e segundo o que me foi transmitido pelo Diretor da mesma, João Gonçalves, não existe um Psicólogo permanente, apenas em grandes centros o que faz com que as associações do interior estejam sempre dependentes de parcerias.

Considerando os fatores protetores do desenvolvimento de PTSD, Serra (2003, cit. por Oliveira, 2008) centra-se em dois aspetos: o apoio social e a resiliência do indivíduo.

O **apoio social** refere-se à quantidade e à coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa, à força dos elos afetivos estabelecidos, à frequência do contacto e ao modo como é percebida a existência de um sistema de apoio. Segundo Hobfoll e Vaux (1993, cit. por Oliveira, 2008) o apoio social enquadra três constructos diferentes: os recursos da rede social, o comportamento de apoio e a avaliação subjetiva de apoio. O primeiro interliga-se com as relações sociais disponíveis em caso de necessidade de ajuda, oferecendo uma ligação estável a uma determinada rede social (família, amigos, colegas de trabalho e conhecidos). Deste modo, as pessoas que pertencem ou têm a percepção de pertencer a uma rede social forte, sentem menos o impacto das situações de *stress* e têm mais facilidade em obter apoio social. Contrariamente, os indivíduos com menos recursos sociais estão mais predispostos a perdas e procuram menos esse apoio (Serra, 2003, cit. por Oliveira, 2008).

Como Educadora Social, não posso deixar de realçar a importância da existência de um trabalho multidisciplinar, quer com o indivíduo quer com famílias. No exercício do trabalho, os profissionais destas equipas têm como ponto fulcral de intervenção o indivíduo e os seus cuidadores informais (Matos, Pires, & Campos, 2009, cit. por Saraiva, & Cerejeira 2016). Cardoso (2008, cit. por Saraiva, 2016) refere a este propósito que é impossível realizar uma investigação clínica, ou tratar doentes sem recorrer ao trabalho integrado de equipas multidisciplinares, bem como articular a construção de toda uma rede social de apoio.

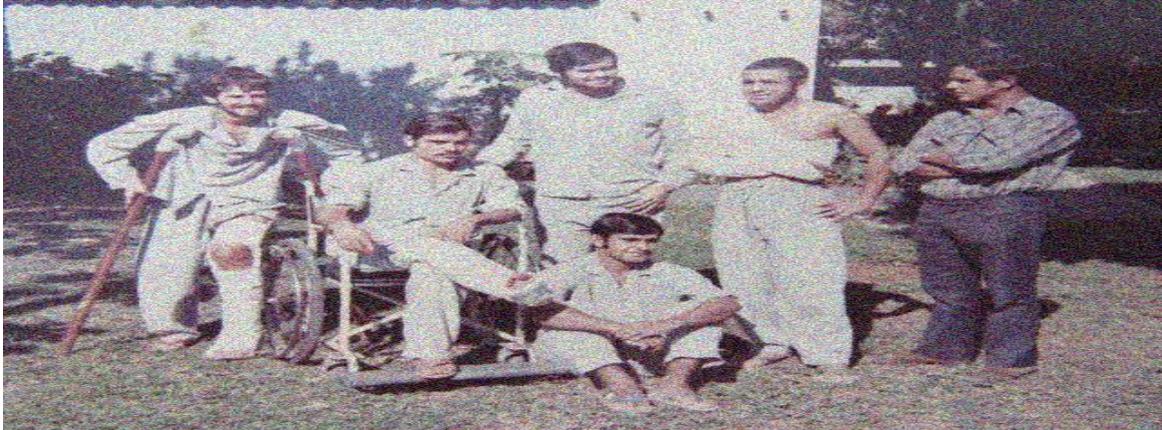
Sempre que possível deve optar-se por uma intervenção precoce, atuando na base da prevenção e das visitas domiciliárias e claro nos Centros de Saúde ou Hospitais. Neste sentido, importa realçar o Serviço de Psiquiatria Comunitário que é efetuado em alguns Hospitais do país, incluindo no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que é um dos precursores deste sistema. Este serviço permite que os especialistas de saúde mental vão ao encontro do doente fora do hospital. Também o Serviço de Serviço de Psiquiatria Comunitário do Hospital de Viseu refere que as pessoas têm perdido a agressividade quando passam a ser tratadas na comunidade, e deixam transparecer o orgulho de verem somar-se os anos sem recaídas ou internamentos (S.A., 2008).

A importância deste tipo de abordagem tem sido documentada cientificamente, evidenciando, geralmente, melhor serviço aos doentes. Contudo, qualquer profissional deve ter e conta de que deve manter o rigor e a responsabilidade que lhe é exigida na sua profissão e ao mesmo tempo ser sensível e ser capaz de manter um determinado distanciamento, de forma a procurar e dar as respostas à situação em causa. É imprescindível adotar um conjunto de políticas sociais de modo a dar respostas adequadas e de qualidade a populações mais vulneráveis. Não menos importante é manter e, se possível, melhorar as políticas sociais já em vigor, criadas recentemente devido às necessidades evidenciadas.

Cabe ao Educador Social, desenvolver atividades distintas sob um caráter psicoeducativo, autonomizando o mais possível o utente que chegue até ele, bem como fornecer às famílias ferramentas essenciais para que o trabalho “seja continuado”. Esta prática envolve um conjunto de abordagens que visam promover os doentes e os seus familiares de conhecimento sobre a saúde mental, novas formas de lidar com ela bem como os problemas do quotidiano (Santana, 2011).

Assumindo a família um papel importante, sobretudo, no campo sócio-afetivo, condição imprescindível para estruturar socialmente o núcleo da personalidade de cada indivíduo (Tedesco, 1995, cit. por Mateus 2012) cabe aos profissionais um olhar atento para os mesmos. A família ganha muito ao conhecer os sintomas e indícios de uma crise e previne assim situações indesejadas. É necessário uma maior divulgação pública dos sintomas que justificam a procura de um especialista, assim como a maior formação de todos os profissionais e cuidadores, para que o problema seja sinalizado rapidamente. Deste modo, cabe ainda ao Educador Social realizar atividades de caráter sócio-recreativas (jogos didáticos, leitura, escrita,...); Ateliers de expressão (dança, pintura,...); Grupos de psicoeducação terapêuticos (para pacientes e familiares); Atividades de estimulação cognitiva; Programas de reabilitação para patologias específicas; entre outros.

Em suma, neste sentido, realço o trabalho dos Educadores Sociais que atuam neste seguimento, destacando ainda o aumento do autoconhecimento que permite autonomia e responsabilidade dos utentes, dando noção dos seus próprios limites e potencialidades, tendo como vista a reabilitação psicossocial e bem-estar geral nas vivências futuras.



CAPÍTULO 4

A vulnerabilidade transgeracional ao trauma

“Enquanto que a vulnerabilidade dos membros da família ao stress traumático secundário é atribuído aos seus sentimentos de empatia e de ajuda, o mecanismo de transmissão para os filhos é atribuído à exposição destes à sintomatologia dos seus pais traumatizados”.

(Oliveira, 2008, in Traumas da Guerra: Traumatização secundária das famílias dos ex-combatentes da guerra colonial com PTSD).

Foto: A fotografia retrata os soldados feridos em combate. Foto cedida e autorizada a publicar no presente estudo, pelo Diretor da ADFA de Viseu, João Gonçalves.

4.2. Mecanismos de Transmissão do Trauma no Sistema Familiar

A noção das pessoas que se relacionam com um sobrevivente de um trauma podem desenvolver sintomas semelhantes ao mesmo, surgiu primordialmente na literatura com o artigo clássico de *Sarah Haley* (Matsakis, 1996, cit. por Oliveira, 2008), em que a autora descreve a sua perturbação com o desenvolvimento do seu trabalho com veteranos de guerra traumatizados.

Desta forma, com a inclusão do diagnóstico de PTSD no Manual de *Diagnostic Statistical Mental*, em 1980, surgiu a consciência de que os efeitos do stress traumático podem ser transmitidos às pessoas que não estiveram diretamente expostas a uma situação traumática (Matsakis, 1996, cit. por Oliveira, 2008).

A consciência é um fenómeno inteiramente privado e na primeira pessoa, que ocorre no interior de um outro processo privado e na primeira pessoa, a que chamamos *mente*. Porém, a consciência e a mente estão intimamente relacionados com comportamentos externos que podem ser observados por terceiras pessoas (Damásio, 2000).

Os objetos de transmissão são usualmente marcados pelo “negativo”, de maneira a que sejam transmitidos aspetos não contidos e não lembrados. Contudo, “o que se transmite não é só o negativo, é também aquilo que ampara e assegura as continuidades narcísicas, a manutenção dos *vínculos intersubjetivos*, a conservação das formas e dos processos de conservação e de complexidade da vida (Kaës, 1998, cit. por Sei, & Gomes, 2012). Dessa forma podemos mencionar que existem algumas características de personalidade nas quais a influência genética é importante.

No que confere aos mecanismos de transmissão, segundo Correa, (2000, cit. por Sei & Gomes, 2012) existem duas diferentes modalidades de transmissão psíquica, a intergeracional e a transgeracional.

No que concerne à transmissão psíquica intergeracional, esta define-se por um relacionamento dos aspetos psíquicos metabolizados e transmitidos à geração seguinte, que percorrem a relação intragrupal e as relações objetais, constituindo a herança “positiva” da filiação.

Por sua vez, a transmissão psíquica transgeracional, configura-se como uma forma de transmissão de aspetos psíquicos que não apresentam possibilidades de simbolização, caracterizados pelo que não se encontra revelado (Correa, 2000, cit. por Sei & Gomes, 2012).

Na transmissão psíquica geracional, de acordo com Garcia e Penna (2010, cit. por Sei & Gomes, 2012), a vivência traumática não elaborada fica encriptada no mundo interno do sujeito, paralisando-o e condenando-o à denegação, à clivagem e à repetição. Por outras palavras, a inscrição de uma presença ausente, impossível nos casos de transmissão transgeracional, não se deu, impedindo a criação de estruturas necessárias para o estabelecimento de distâncias e de diferenças entre gerações. Neste sentido, a terapia familiar configura-se como um espaço que favorece a expressão e comunicação entre os seus membros. Angústias e sofrimentos não expressados naturalmente podem ser compartilhados (Eiguer, 2006, cit. por Sei & Gomes, 2012).

Parece estranho que quem não viveu a guerra possa ter dela memória, mas é isso que acontece. Quando o traumatizado é um veterano, podemos agrupar as consequências de PTSD em 3 categorias (Rosenheck & Thomson, 1986, cit. por, Pereira & Ferreira, 2003):

1. Sentimento de vazio, que resulta da alienação, isolamento e irritabilidade;
2. Ausência ou perda funcional do papel que o traumatizado desempenhava na vida familiar;
3. Emergência de padrões de interação disfuncionais na tentativa de manter a homeostasia.

Desta forma, os familiares sentem-se com receio das ações que podem advir do seu familiar.

Segundo Figley (1989, cit. por Pereira e Ferreira, 2003), a transmissão familiar do trauma pode ser atribuído de quatro formas:

- **Efeitos simultâneos**, onde todos os membros são afetados pelo mesmo evento traumático, por exemplo em caso de incêndio ou acidente de viação.
- **Efeitos vicariantes** ocorrem quando os membros da família não conseguem entrar em contacto direto com um membro da família, como acontece nos casos de catástrofes ou situações de guerra.
- **Trauma Intrafamiliar**, surge quando toda a família é afetada por um evento traumático dentro da própria família, como nos casos de incesto, divórcio ou violência.
- **Traumatização Secundária** acontece quando a família está em contacto com o membro vitimizado.

No que concerne às quatro formas mencionadas anteriormente, os membros familiares podem ainda desenvolver perturbação secundária de *stress* traumático (STSD). Esta Perturbação Secundária surge de uma forma repentina e, ao contrário do que acontece no *burnout*, existe um sentimento de desamparo e confusão, bem como uma sensação de isolamento (Figley, 1998, cit. por Pereira & Pedras, 2012).

Como menciona Solomon (1992, cit. por Oliveira, 2008) o contacto circunjacente com um veterano traumatizado torna-se num *stressor* crónico. Figley (1998, cit. por Oliveira, 2008) acrescenta ainda que a ausência de preocupação pode até ser um claro indicador de exaustão emocional do membro da família. Assim, existem dois fatores que contribuem para o aumento ou diminuição de Stress de Compaixão: o **sentimento de realização** (em que medida o cuidador está satisfeito com os seus esforços para aliviar o sofrimento do membro da família que precisa de ajuda) e o **sentimento de dissociação** (separação psicológica e emocional do cuidador para com a vítima) (Oliveira, 2008).

O impacto mais drástico do desgaste emocional nas famílias dá-se com o fim do sistema familiar através do abandono, divórcio, separação e diminuição ou ausência de contacto. Rosenheck e Nathan (1985, cit. por Oliveira, 2008) denominaram este fenómeno de traumatização secundária, que também tem surgido na literatura como **Transmissão Transgeracional**. Este fenómeno começou a ser estudado primeiramente com os filhos dos sobreviventes do Holocausto (1933-1945), verificando que os mesmos ostentavam depressão, ansiedade, fobias, culpa, ansiedade de separação e pesadelos com perseguições nazis. Foi ainda documentado que os filhos sentem que têm a missão de viver o passado dos pais e mudar os seus sentimentos de humilhação, desgraça e culpa. Yehuda e outros autores (1998, cit. por Oliveira, 2008) verificaram que os filhos dos sobreviventes do Holocausto têm três vezes mais probabilidade de desenvolver PTSD, comparativamente com os seus pares.

No que confere à **transmissão às esposas/companheiras**, estudos comparativos, entre mulheres de ex-combatentes com e sem PTSD, demonstram que as mulheres de ex-combatentes com PTSD apresentam valores superiores de distúrbios psicopatológicos: sintomas depressivos, ansiedade, problemas de concentração, exaustão emocional, dores de cabeça, perturbações de sono, entre outros (Loureiro, 2013). Todavia, no seu estudo realizado com seis mulheres de veteranos de guerra com

PTSD, Maloney (1988, cit. por Fernandes, 2015) verificou que estas experienciavam pesadelos com a guerra, tinham ataques de pânico despoletados pelos mesmos estímulos que os desencadeavam no marido, por exemplo o som de helicópteros, ruídos repentinos e som de tiros.

Por sua vez, na **transmissão transgeracional aos filhos**, uma equipa de investigadores confirma num estudo que os distúrbios pós-traumáticos, sofridos pelos ex-combatentes, podem ser transmitidos, para além de às próprias mulheres, à segunda geração. O *Diário de Notícias* (S. A., 2011) divulgou esta investigação e refere que foi o primeiro estudo científico relativo aos efeitos do trauma de Guerra, concluindo de forma sucinta que: 10.9% dos indivíduos que estiveram em Angola, Moçambique ou Guiné, ficaram com os níveis hormonais alterados. Essa alteração poderá ter sido transmitida aos seus filhos, que ficaram mais vulneráveis ao sofrimento psíquico (mais do que cidadãos que regressaram da guerra sem problemas psíquicos).

O artigo desenvolvido por Pereira e Pedras (2010a) concluiu que os filhos com sintomatologia de vitimização secundária relacionam-se de forma positiva e significativa com a psicopatologia.

Neste sentido, Rosenheck (1986, cit. por Pereira & Pedras, 2010a) referiu que as crianças expostas a descrições repetidas e detalhadas sobre as experiências traumáticas de guerra do pai estão mais propensas ao desenvolvimento de vitimização secundária, do que aquelas que não tinham qualquer conhecimento sobre a experiência de guerra do pai.

No desenvolvimento desta ideia, foi efetuada uma investigação também na Croácia, que corrobora com as investigações já efetuadas. O mesmo artigo refere que os filhos de veteranos com PTSD desenvolvem frequentemente problemas mentais, comportamentais e emocionais (Galovski & Lyons, 2004, Kulka et al. 1988, Jacobsen 1993, Beckham et al. 1997, Klarić et al. 2008, Ancharoff et al. 1998, Caselli & Motta 1995, Harkness 1991, cit. por Klarić, Kvesić, Mandić, Petrov & Frančičković, 2013) e alguns deles desenvolvem problemas psiquiátricos específicos (Davidson, 1989, cit. por Klarić, et. al., 2013).

Os filhos revelam ainda problemas de autoridade, depressão, raiva, hiperatividade e dificuldades na sua relação pessoal (Jacobsen 1993, Ancharoff et al. 1998, Caselli & Motta 1995, cit. por Klarić, et. al., 2013). São também mais agressivos e fazem uso de

drogas mais frequentemente (Beckham et al. 1997, cit. por Klarić, Klarić, et. al.,2013), têm problemas com relações diádicas, regulação emocional e dificuldades de aprendizagem (Harkness 1991, cit. por Klarić, Kvesić, Mandić, Petrov & Frančišković, 2013).

Por um lado, Harkness (1993, cit. por Klarić, et. al., 2013), não encontrou uma associação significativa entre os sintomas dos progenitores e dos filhos. Por outro lado, os filhos dos veteranos podem desenvolver problemas comportamentais, existindo uma possibilidade indireta de estar associado à patologia de PTSD dos progenitores (Rosenheck & Fontana 1998, cit. por Klarić, et. al., 2013).

Estudos já efetuados neste área, verificam que pessoas com dificuldades económicas estão mais suscetíveis a desenvolverem STSD. Resick (2000, cit. por Oliveira, 2008) defende que as diferenças socioeconómicas e de educação que se encontram na relação com a PTSD, se devem mais a fatores indiretos do que diretos, pois as pessoas com menores vencimentos e com menos instrução têm mais probabilidade de estarem expostas a acontecimentos traumáticos (vivem em ambientes mais degradados) e não têm acesso a tantos recursos.

Figley (1989, cit. por Oliveira, 2008), descreve o impacto da STSD na vida pessoal e profissional do indivíduo, que remete a repercussões em áreas distintas, conforme o exposto no **Quadro 3**.

Quadro 3- Impacto da STSD na vida pessoal e profissional do indivíduo

Cognitiva	Diminuição da concentração, baixa autoestima, apatia, rigidez, desorientação, preocupação com o trauma, preocupação em prejudicar os outros.
Emocional	Ansiedade, culpa, zanga, medo, desamparo, tristeza, depressão, sensibilidade aumentada, instabilidade emocional, embotamento afetivo.
Comportamental	Impaciente, irritável, hipervigilante, resposta de alerta exagerado, isolamento, problemas de sono, mudança de hábitos alimentares, propensão a acidentes, perda constante de coisas.
Espiritual	Questiona pressupostos da vida, perda de objetivos, zanga com Deus, desesperança, perda da fé, falta de autossatisfação, elevado nível de ceticismo.
Relações interpessoais	Diminuição do interesse pela intimidade e vida sexual, desconfiança, sobreproteção do cônjuge e filho, solidão, conflitos frequentes, intolerância.
Física/Somática	Ritmo cardíaco acelerado, dificuldade em respirar, sudação, tonturas, dores frequentes, diminuição do sistema imunitário, aumento das preocupações com a saúde.
Profissional	Baixa moral, baixa motivação, obsessão com detalhes, evitamento de tarefas, apatia, negatividade, pensamento dicotómico, défice na comunicação, desligamento, conflitos com colegas, exaustão, irritabilidade, absentismo.

Conjetura-se que a experiência direta de guerra possa interromper a capacidade dos veteranos assumirem o seu papel como progenitores, o que leva a dificuldades no desenvolvimento e comportamento dos seus filhos (Harkness 1993, Rosenheck & Fontana 1998, cit. por Klarić, et. al., 2013).

Como referi anteriormente, para O` Brien (2004, cit. por Pereira e Pedras, 2010a), a transmissão intergeracional do trauma pode afetar três gerações, contudo ainda não existem estudos ou investigações que o possam comprovar. Sendo assim, não existe revisão de literatura que possa corroborar, para poder simplificar a sua compreensão.

Todavia, para esclarecer a quem lê a presente dissertação, simplifico o tópico em análise expondo como é efetuada a avaliação de PTSD em crianças.

Segundo Yehuda, Spertus e Golier (2001, cit. por Pereira & Ferreira, 2003), os acontecimentos adversos numa idade precoce podem alterar os sistemas neurobiológicos e comportamentais e afetar as respostas subsequentes ao *stress*. Outros autores corroboram esta ideia (Pynoos, Sorenson, & Steinberg, 1993, cit. por Pereira & Ferreira, 2003), acrescentando que existe uma associação entre a exposição a traumas numa idade precoce e a retraumatização subsequente (Nishith, Mechanic, & Resick, 1993, cit. por Pereira & Ferreira, 2001).

Neste sentido, importa mencionar ainda que Yehuda, Halligan e Bierer (2001, cit. por Oliveira, 2008), realçam que de facto existe uma associação entre a PTSD de pais para filhos. Afirmam que quanto mais grave é a PTSD parental, maior é a ocorrência de perturbação depressiva ao longo da vida na segunda geração. Através do seu estudo, estes autores observaram que os filhos apresentavam um valor de 56% de perturbação depressiva, do que PTSD com 29%.

No contexto que se procura analisar no decorrer desta investigação, importa saber se existe **transmissão transgeracional aos netos** dos veteranos de Guerra. Segundo Cohen (1998, cit. por Pereira & Ferreira, 2003) há quem sugira que os critérios de diagnóstico deveriam ter em atenção a fase desenvolvimental em que se encontra, já que a criança apresenta diferentes estádios de desenvolvimento onde exibem diferentes tipos de sintomas. Na criança, o impacto do trauma depende de fatores desenvolvimentais tais como a idade, circunstâncias do *stressor*, reações das figuras parentais, desenvolvimento cognitivo e moral (Mowbrays, 1988, cit. por Pereira & Ferreira,

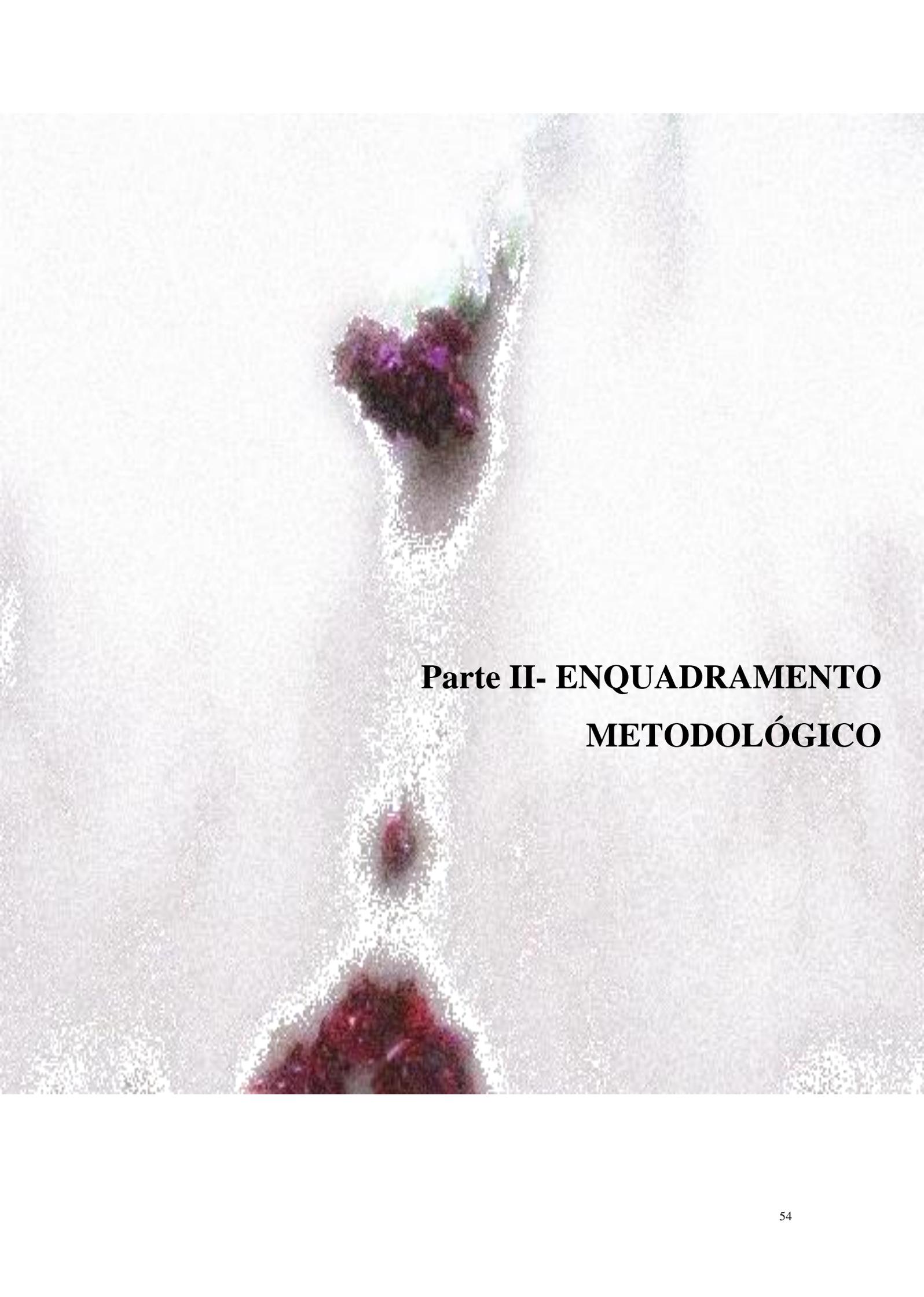
2003), que determinam adaptação e recuperação da criança (Figley, 1989, cit. por Pereira & Ferreira, 2003).

O estudo das perturbações do comportamento e das doenças mentais das crianças e do adolescente tem, no entanto, diferenças significativas. É importante ter em conta que sintomas e manifestações isoladas não são somente fruto de uma desorganização geral da vida psíquica da criança, mas sim uma destruturação momentânea ou parcial do seu comportamento (Guerra, s.d.).

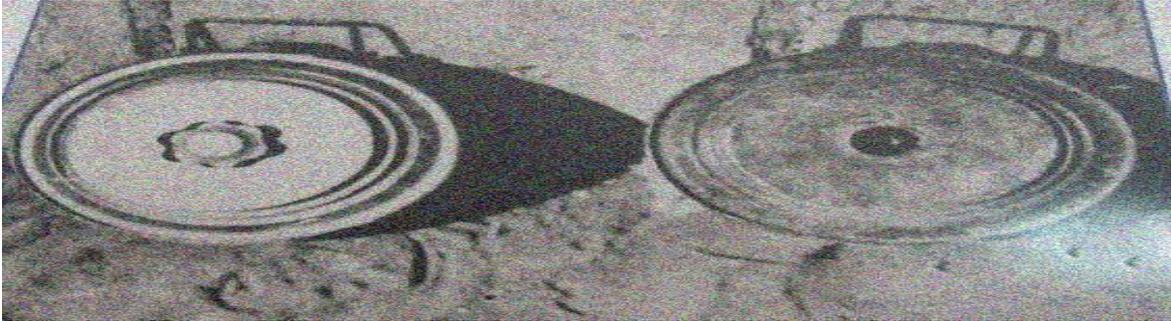
Desta forma, torna-se igualmente importante mencionar que um trauma, uma frustração ou sintoma, não definem uma personalidade neurótica. Nesta perspetiva, todas as crianças “são” neuróticas em determinadas etapas do seu desenvolvimento. Na realidade, um neurótico é aquele que vê obstruído uma fase da sua evolução ao interiorizar um conflito que não pode resolver nesse estágio do seu aparecimento.

Torna-se necessário que o profissional retire o foco sobre o paciente identificado para englobar a família como um todo (Ramos, 1992, cit. por Sei & Gomes, 2012). No caso do atendimento de crianças e adolescentes, apesar de recair sobre estes o lugar de paciente, a proposta terapêutica não deve, necessariamente, direcionar-se para os mesmos.

Em suma, como Educadora Social, não posso deixar de mencionar que para uma terapia resultar, a família deve estar integrada na mesma e permitir, dessa forma, o prolongamento dos resultados.



**Parte II- ENQUADRAMENTO
METODOLÓGICO**



CAPÍTULO 5

Investigação Empírica

“Os efeitos do stress traumático são múltiplos. As pessoas com stress traumático têm um sentimento perturbado de paz interior que afecta a sua produtividade, os seus relacionamentos pessoais e a sua qualidade de vida”.

(Harvey e Bryant 1998; Kureczka, 1996, cit. por Pereira & Ferreira, 2003, in *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção*, p. 24)

Foto: A fotografia retrata as minas utilizadas para rebentamento. Foto cedida e autorizada a publicar no presente estudo, pelo Diretor da ADFA de Viseu, João Gonçalves.

5.1. *Contributo do presente estudo*

A revisão da literatura sobre as consequências psicológicas, devido à vulnerabilidade transgeracional ao trauma até à terceira geração, não conhece estudos que possam fazer uma ligação positiva ou negativa com a ocorrência de sintomatologia associada à PTSD.

Deste modo, face à inexistência de estudos sobre a referida relação na população de combatentes da Guerra Colonial Portuguesa, considerou-se pertinente proceder a um estudo exploratório.

Salienta-se que uma contribuição para a compreensão destes fatores possui relevância clínica, ao permitirem uma avaliação e intervenção mais sistematizadas, promotoras de melhores resultados nos domínios preventivo e terapêutico, sobretudo para os profissionais da área social que muitas vezes estabelecem um primeiro contacto com as famílias.

O presente estudo, enquadrado numa perspetiva empirista ou positivista, pretende ser de natureza exploratória e descritiva. Através de uma investigação quantitativa, correlacional e comparativa, o que nos permite recolher os factos e estudar a relação entre eles.

Seguidamente serão descritas as questões de investigação, os objetivos, a população, os instrumentos de avaliação e o tratamento estatístico utilizado. Num capítulo posterior, serão apresentadas as características gerais da amostra, bem como os resultados obtidos no presente estudo.

5.2. *Objetivos do estudo e Questões de investigação e hipótese*

Ao pensarmos sobre a temática do trauma de guerra, deparamo-nos com pessoas que vivem, por vezes, à margem de uma sociedade que não se reconhece como sua. Como foi perceptível num ponto anterior, as famílias passam a ser o único apoio destes, gerando muitas vezes traumas secundários (Figley, 1989, cit. por Pereira & Ferreira, 2003).

Neste sentido, procurou-se formular um problema tendo como base as famílias e a vinculação de cada membro em relação ao trauma de guerra, percebendo assim a relação entre gerações. Tendo em conta aspetos relacionados com a forma como foi

construída a visão que atualmente prevalece sobre este assunto, neste sentido, ex-combatentes diagnosticados ou diagnosticáveis com a desordem de stress pós-traumático, são entregues a si mesmo e à lealdade dos que se preparam ouvi-los (Swaan, 1990, cit. por Quintais, 2000).

Acreditando que muitos familiares têm capacidades para manter o seu doente no seu meio familiar e assumirem o papel de cuidadores informais, o diagnóstico clínico, o estigma, a fadiga, o desgaste, os sentimentos de culpa, a alteração de toda a dinâmica familiar, o desconhecimento dos recursos externos, incapacita-os de olharem para a situação de forma menos incapacitante e dolorosa.

Habitando na mesma zona de residência ou até mesmo numa habitação em comum, filhos e netos estão em constante contacto com o veterano. No interior de Portugal

Sendo Viseu uma zona do interior de Portugal, e como é comum no interior do país, filhos e netos habitam na mesma zona de residência ou até mesmo numa habitação em comum, estabelecendo dessa forma um constante contacto com o veterano.

A gestão da normalidade faz, assim supor a eficaz gestão do silêncio (Quintais, 2000).

Apelando a um olhar de cariz social, importa compreender como interagem estas gerações havendo alguém próximo com um trauma tão vincado pelo tempo, que ainda hoje se mostra bem presente no seio familiar.

Existindo estudos já efetuados na segunda geração, O'Brien (2004, cit. por Pereira & Pedras, s.d.), refere que deveriam reproduzir esses resultados com amostras maiores avaliando a terceira geração. O mesmo menciona que pode haver uma transmissão intergeracional do trauma que afeta três gerações e, perante essa possibilidade, foi escolhido para este estudo um grupo homogéneo pertencente ao mesmo distrito que pudesse afirmar ou não essa hipótese.

Tendo por base as evidências empíricas, supracitadas, relativas à da traumatização secundária nas famílias dos ex-combatentes, e dada a escassez de dados relativos a uma população do interior do país, no que se refere às famílias dos ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa (1961-1975), o presente estudo propõe-se avaliar o impacto da PTSD dos ex-combatentes portugueses nas suas esposas, filhos e netos.

Perante o exposto, foi objetivo geral deste trabalho, *estudar a hipótese da transmissão geracional da vulnerabilidade ao trauma, até à terceira geração*. Como objetivos específicos pretende-se:

- Conhecer as representações sobre a guerra, construídas pelas gerações pós-guerra;
- Analisar a interação intrafamiliar a três gerações;
- Contribuir para um entendimento das consequências individuais, familiares e sociais da Guerra Colonial;
- Estimular a reflexão e o estudo sobre a importância da Guerra Colonial na História e Cultura portuguesa.

De acordo com os objetivos descritos, procedeu-se à tentativa de testar as seguintes hipóteses:

H1: *a relação entre o diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-traumático dos pais veteranos e o diagnóstico de Vitimização Secundária de esposas, filhos e netos ser positiva.*

H2: *as vivências familiares negativas na infância associam-se positivamente à presença de psicopatologia e sintomatologia física e, negativamente, ao estilo de vida nos filhos e netos dos veteranos de guerra com sintomatologia/vitimização secundária.*

5.3. População-amostra e Procedimento da recolha de dados

A amostragem foi realizada a partir de população acessível com um total de 50 famílias, sendo a primeira geração composta por um veterano da Guerra Colonial Portuguesa. Deste número total de famílias existem veteranos avaliados com diagnóstico PTSD, segundo um questionário direcionado nesse sentido de acordo com o DSM-IV, uma vez que não existem ainda instrumentos recentes de avaliação de acordo com o DSM-V. A seleção de alguns participantes foi efetuada através de um contacto pré-estabelecido com o atual Diretor da Associação de Deficientes das Forças Armadas-núcleo de Viseu, João Gonçalves, sendo os restantes da comunidade envolvente. Torna-se importante realçar que todos os questionários foram preenchidos presencialmente tendo em conta a disponibilidade do participante.

Numa segunda fase, tendo por base a revisão da literatura que descreve que a STSD resulta do contacto com um doente que sofre de sintomatologia de PTSD, e

considerando o estudo da amostra total, procurou-se avaliar a incidência de STSD até à terceira geração.

Para o estudo em causa, tratou-se de uma amostra de conveniência sendo constituída por 50 ex-combatentes do Ultramar (casados ou a viver maritalmente, com e sem diagnóstico PTSD), pelas suas esposas/companheiras num total de 45, 50 filhos e 50 netos, estabelecendo uma amostra total de 195 participantes.

Neste sentido, foi feita uma seleção da amostra utilizando critérios de inclusão, de forma a ser examinada a informação necessária para o estudo. Como instrumentos de colheita de dados pretende-se utilizar o método quantitativo através da aplicação de questionários, onde se inclui também questões sociodemográficas, que permitem caracterizar a amostra.

Os critérios para a inclusão dos sujeitos da investigação foram:

- **No veterano:** ter cumprido serviço militar na Guerra do Ultramar entre 1961-1974; pertencer ao distrito de Viseu; estar diagnosticado ou não com PTSD; ser capaz psicologicamente de responder às questões propostas; ser o progenitor biológico do filho a ser entrevistado posteriormente; ter netos cm idade superior a 12 anos; ser avô biológico do neto a ser entrevistado.
- **Nas esposas/companheiras:** viver ou ter vivido com o ex-combatente; ser a progenitora biológica do filho a ser entrevistado posteriormente.
- **Nos filhos (as):** ser filho (a) primogénito de um veterano de guerra e da sua esposa/companheira; ter passado grande parte da sua infância com os progenitores; no caso da existência de mais irmãos, se possível ser o filho mais velho a ser entrevistado; ter descendentes.
- **Nos netos (as):** ter idade superior a 12 anos; ser neto (a) biológico (a) do ex-combatente; ter contacto com o veterano; ser filho (a) do filho (a) (2ª geração) entrevistado.

Todos os participantes foram contactados por telefone e convidados a participar no estudo, assinando um *Formulário de Consentimento de Informação e Consentimento Informado*. No que concerne aos participantes da Associação, os mesmos responderam aos questionários no local. Relativamente aos outros ex-combatentes, estes responderam aos questionários na sua própria habitação.

Da amostra dos ex-combatentes, foram inicialmente agrupados em dois grupos: o Grupo 1 em que o ex-combatente tem o diagnóstico clínico de PTSD e o Grupo 2 em que o ex-combatente não tem esse diagnóstico efectuado. Esta separação pretende assim avaliar as diferenças entre as famílias de ambos os grupos, no que respeita às variáveis em estudo. Nesse sentido, no final da aplicação dos questionários e consoante as respostas dadas, formou-se o Grupo Clínico (formado por ex-combatentes/veteranos portadores de patologia psicológica pós-traumática/PTSD) e o Grupo de Controlo (formado por ex-combatentes/veteranos sem patologia/PTSD).

6. Descrição dos instrumentos de recolha de dados

Primeiramente foi fornecido aos participantes um *Formulário de Consentimento de Informação e Consentimento Informado* (Anexo1), que fora efetuado atempadamente de acordo com uma estrutura apresentada pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e revisto pela Comissão de Ética da mesma. O Formulário encontra-se subdividido por tópicos sendo que inicialmente é apresentado um breve texto introdutório onde se indica o tema, a natureza do estudo e a se apela à participação voluntária do interveniente. De seguida encontra-se a informação geral e são descritos os objetivos do estudo. Posteriormente, é feita a descrição do procedimento da investigação, terminando com o tópico da confidencialidade, solicitando a colaboração mediante a garantia do anonimato das respostas fornecidas.

Como instrumentos de recolha de dados neste estudo, foram pensados questionários de resposta fechada, diretas e simples, que permitisse a cada geração perceber de forma objetiva o que lhes era questionando. De uma forma breve e sucinta, optou-se por um questionário sociodemográfico, um outro questionário que permitisse ter conhecimento sobre o serviço militar do veterano, um outro de experiência de combate, outro sobre respostas prolongadas ao acontecimento (como se encontra atualmente), outro sobre a relação conjugal e relação familiar e para terminar um que permitisse perceber a rede social de apoio, família e amigos. Estes últimos foram aplicados ao veterano e à esposa/companheira para posteriormente serem “comparadas” as respostas de ambos. Aos filhos foi aplicado um sobre as vivências familiares na infância, assim como para o neto.

Apresentando uma breve descrição geral do que se pretendia ao selecionar os questionários desejados, os instrumentos de recolha de dados foram cedidos pelos autores do mesmo, que anteriormente os aplicaram nos seus estudos com a mesma temática:

6.1. Inquérito sobre o impacto do Stress de Guerra no Ex- Combatente e sua família- 1ª parte M- a preencher pelo ex-combatente (Pereira & Ferreira, 2013)
(Anexo 2).

Constituído por 9 questionários, que contemplam os critérios de diagnóstico da PTSD segundo o DSM-IV. Na impossibilidade de aplicar o inquérito na sua totalidade, o mesmo foi revisto e foram selecionados os Questionários mais pertinentes desse Inquérito para este estudo, de acordo com os objetivos do mesmo:

✓ *Questionário nº 1-* questionário sociodemográfico de autorresposta quantitativas sob a forma de respostas abertas (ex. idade, anos de escolaridade e tempo total de comissão,...) e qualitativas sob a forma de respostas fechadas (ex. estado civil, situação profissional actual, ramo das forças armadas, posto,...).

✓ *Questionário nº 2-* segue os critérios da DSM-IV e permite responder sim ou não tendo em conta a questões no tópico da Revivência do Acontecimento (sonhos ou pesadelos sobre a experiência (item 1), se fica nervoso ou estranho quando houve algo que o faz lembrar a experiência de guerra (item 4), entre outros), tópico da Resposta ao Acontecimento (tentativa de não ter pensamentos da experiência de guerra, incapacidade de pensar no futuro, entre outros) e tópico de Respostas Prolongadas (dificuldade em adormece (item 1), sentimentos de raiva que não consegue controlar (item 2), nervoso ou assustado com barulhos fortes (item 5), entre outros). Segundo Pereira e Ferreira (2013), a avaliação deste questionário permite verificar a existência (ou não) de experiência traumática de guerra e, além disso, verificar a presença dos critérios de diagnóstico. Assim, se o veterano tiver mencionado/descrito experiências traumáticas durante a guerra e der, simultaneamente, **uma** resposta SIM em II- Revivência do Acontecimento, **três** SIM em III - Resposta ao Acontecimento e **dois** SIM em IV - Respostas Prolongadas, pode ser estabelecida com boa margem de garantia que é portador do diagnóstico de PTSD com origem nas experiências da guerra.

✓ *Questionário nº 6-* (ISM (Hudson, 1992) - *Index of Marital Satisfaction*. (Versão portuguesa de Pereira, Ramalho & Dias, 2000), que procura averiguar o relacionamento conjugal.

✓ *Questionário nº7-*(SSBS (Vaux, Riedl & Stewart, 1987) - Social Support Behaviour Scale. Versão portuguesa de Pereira & Soares, 2001), contém uma escala de 1 (Quase Nunca) a 5 (Quase Sempre) que permite averiguar a relação familiar (Ex.: ajudam-se uns aos outros quando há dificuldades (item 1), os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece (item 14), etc.)

✓ *Questionário nº 8-* (Pereira & Ferreira, 2013) permite ter conhecimento da rede social de apoio, selecionando numa uma escala de 1 (nunca alguém me faria isso) a 5 (com certeza que a maioria dos membros da família/amigos faziam isso), a ajuda que o veterano teria por parte de famílias e amigos em diferentes situações por exemplo, confortavam-no se estivesse preocupado (item 3), passariam um bom tempo com ele (item 13) ou se estariam do seu lado numa situação difícil (item 31).

6.2. Questionário de Experiências de Combate (QEC; Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto Gouveia, J., 2008) (Anexo 2).

Consiste num questionário de autoresposta concernente a situações objetivas e típicas de combate/guerra da GCP. É composto por 3 secções que avaliam a frequência da exposição a situações típicas e objetivas de combate/guerra, o grau de perturbação emocional resultante da citada exposição, as experiências revividas e o grau de perturbação emocional provocado pelas situações revividas, tendo em conta o último mês (Carvalho, *et al.*, 2008b).

Cada secção, composta por duas subescalas, apresenta 20 itens com questões dicotómicas ou contínuas, respetivamente. No que toca à cotação, esta compreende valores entre 0 e 115 pontos (secção A) e 0 e 92 pontos (secção B e C). Acrescenta-se que uma ou mais subescalas, pertencentes ou não à mesma secção, podem ser usadas separadamente. Embora o QEC constitua um questionário de avaliação psicológica, não é considerado uma escala, porque os indivíduos respondem apenas às questões que se ajustam à sua situação individual, pelo que não são obrigatórias respostas a todos os itens das secções que o compõem. Por essa razão, não é exequível a análise das suas propriedades psicométricas (Ribeiro, 1999(a), & Ribeiro, 2007 (b)). Salienta-se que este

estudo usou a secção frequência de exposição a situações típicas e objectivas de combate/guerra (pertencente à secção A) e a subescala relativa ao grau de perturbação associado à exposição ao combate/guerra (pertencente à secção B).

6.3. Inquérito sobre o impacto do Stress de Guerra no Ex- Combatente e sua família- 2ª parte F- a preencher pela esposa/companheira do ex-combatente (Pereira & Ferreira, 2013) (Anexo 3).

Constituído por 9 questionários, para esta amostra foi selecionado o:

✓ *Questionário nº 1*, que permite obter breves informações sobre idade, habilitações, profissão, número de filhos e estado civil.

✓ *Questionário nº 2* que permite descrever respostas em relação à experiência de guerra do marido/companheiro bem como à relação e reações para com a própria e a família. Por exemplo, se sabe que o marido teve alguma experiência traumática na guerra, descrevendo-a (item I- 1 e 2), se atualmente sente essas diferenças (item I-6), se a esposa/companheira se sente mal por não ter podido ajudá-lo (item I-8), entre outros itens. Os restantes questionários selecionados do Inquérito correspondem aos que foram mencionados e descritos anteriormente para os veteranos, sendo que o *Questionário nº 6* nos veteranos corresponde ao *Questionário nº 7* aplicado nas esposas/companheiras.

O *Questionário nº 7* (ISM (Hudson, 1992) - *Index of Marital Satisfaction*. (Versão portuguesa de Pereira, Ramalho & Dias, 2000)) nos veteranos corresponde ao *Questionário nº 8* (ISM (Hudson, 1992) - *Index of Marital Satisfaction*. (Versão portuguesa de Pereira, Ramalho & Dias, 2000)) e o *Questionário nº 8* (SSBS(Vaux, Riedl & Stewart, 1987) - *Social Support Behaviour Scale*. Versão portuguesa de Pereira & Soares, 2001)) nos veteranos corresponde ao *Questionário nº 9* (SSBS(Vaux, Riedl & Stewart, 1987) - *Social Support Behaviour Scale*). Versão portuguesa de Pereira & Soares, 2001) das esposas/companheiras.

6.4. Questionário de Vivências Familiares na Infância (QVFI; Pereira & Pedras, 2008, cit. por Pereira & Pedras 2010) (Anexos 4 e 5).

Sendo este calculado por computação do Alfa de Cronbach, permitindo assim a fidelidade do instrumento (Pereira & Pedras, 2010), é constituído por 24 itens. Neste questionário (Anexo 4), importa compreender as vivências familiares na infância, em

relação ao pai e/ou mãe. São questionadas experiências adversas negativas como ser fechado num quarto escuro (item 2), receber insultos e humilhações (item 4), assistir a tentativas de suicídio de pai/mãe (item 10) e experiências positivas como ser elogiado (item 3), receber afeto (item 15) e sentir-se valorizado como pessoa (item 23).

Para os filhos foi ainda readaptado e aplicado o *Questionário nº 2* do Inquérito sobre o impacto do Stress de Guerra no Ex- Combatente e sua família (2ª parte F- a preencher pela esposa/companheira do ex-combatente), que permite também descrever respostas em relação à experiência de guerra do pai bem como à relação e reações para com o próprio e a família. Por exemplo, se sabe que o pai teve alguma experiência traumática na guerra, descrevendo-a (item I- 1 e 2) e se atualmente sente essas diferenças (item I- 6), entre outros itens. (Anexo 4).

Na inexistência de um questionário validado cientificamente para aplicar a netos de veteranos de guerra, foi adaptado o *Questionário de Vivências Familiares na Infância* (QVFI; Pereira & Pedras, 2008, cit. por Pereira & Pedras 2010) (Anexo 5), seguindo o modelo anteriormente descrito. Tal como para os filhos dos veteranos, foi também readaptado e aplicado o *Questionário nº 2* do Inquérito sobre o impacto do Stress de Guerra no Ex- Combatente e sua família (2ª parte F- a preencher pela esposa/companheira do ex-combatente), que permite também descrever respostas em relação à experiência de guerra do avô bem como à relação e reações para com o próprio e a família. Nesta geração, importa querer saber se o neto tem conhecimento que o avô teve na guerra colonial portuguesa e se sim em que circunstância ficou a saber, bem como se nota alguma alteração de comportamento do avô, por exemplo estados de ansiedade ou nervosismo constantes.

6.5. Questionário sociodemográfico informativo do agregado familiar (Anexo 6).

Foi ainda necessário elaborar um breve questionário de autorresposta constituído por questões quer quantitativas quer qualitativas, por exemplo: idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação laboral. Houve ainda a preocupação de perceber se existia no agregado familiar algum membro portador de alguma patologia, bem como a existência de eventos traumáticos anteriores (Anexo 4).

7. *Tratamento estatístico*

A análise estatística foi elaborada com recurso à versão 24 do *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). De acordo com os objetivos do estudo, consubstanciados na comparação das percepções do número total da amostra (195 sujeitos), foi efetuado, em primeira instância, uma análise descritiva da amostra, com o cálculo de médias, desvios-padrão, mínimos e máximos.

Definidas as técnicas estatísticas adequadas ao presente contexto, neste caso os testes de *Mann-Whitney*, *Qui-Quadrado* (X^2) e *Ró de Spearman*, foi fixado o intervalo de confiança em 95%, definindo assim o nível de significância do estudo (*p-value*) em 0.05. A utilização de testes de comparação de médias, de independência e de correlação, não paramétricos, prendeu-se com a sensibilidade dos itens do questionário, uma vez que estes não respeitam um dos requisitos condicionantes à aplicação de testes paramétricos, neste caso o de normalidade das respetivas distribuições, assim como os requisitos de utilização do teste de *Qui-Quadrado* (X^2).

Inicialmente estava proposta na hipótese 1 a utilização do teste de *Qui-Quadrado* (X^2), contudo não pode ser utilizado por não estar cumprido o requisito da normalidade das distribuições.

De igual modo, sempre que possível, recorreu-se às estatísticas descritivas (com as tabelas de frequência) para ajudar a caracterizar e, dessa forma, robustecer os dados dos testes utilizados.

No que concerne à variável ERAT (reexperienciação, evitamento, hiperativação e total), analisados os requisitos da normalidade, foi utilizado o Teste *Mann-Whitney* na *ERATrexp*; *ERATEvit*; *ERATHiper*, uma vez que o requisito da normalidade não estava cumprido. Contudo, a variável *ERATtotal* cumpria os requisitos da normalidade e homocedasticidade (igualdade de variâncias), pelo que foi possível aplicar o teste paramétrico de comparação de médias, *T-Test*. Para culminar estes resultados, e não estando o requisito da normalidade cumprido, foi aplicado o teste não paramétricos de comparação de médias *Mann-Whitney* (*ERATrexp*; *ERATEvit*; *ERATHiper*; *ERATtotal*).

Posteriormente para análise do Questionário de Vivências Familiares na Infância (QVFI), foi utilizado o Teste *Mann-Whitney*, de forma a realizar os cálculos das médias

e a comparação das médias entre grupos (controlo e clínico) das variáveis experiências positivas, experiências negativas, total de experiências positivas, total de experiências negativas. Este mesmo critério da análise estatística foi utilizado em ambas as gerações, filhos e netos.

Por fim, de modo a correlacionar o valores de todas as variáveis (QFVI_NEGATIVAS_netos, QVFI_POSITIVAS_netos, QVFI_NEGATIVAS_filhos, QVFI_POSITIVAS_filhos, ERATreexp_esposas, ERATevit_esposas, ERATHiper_esposas, ERATtotal_esposas, ERATreexp_Filhos, ERATevit_Filhos, ERATHiper_Filhos, ERATtotal_Filhos), recorreu-se à utilização do teste de correlação *Ró de Spearman*. Inicialmente estava proposta na hipótese 2 a utilização do Teste de Correlação de *Pearson*, contudo não pode ser utilizado por não estar cumprido o requisito da normalidade das distribuições.



CAPÍTULO 6

Apresentação dos Resultados da Investigação

“Durante algumas décadas, falar da Guerra Colonial e dos seus combatentes era tabu. Algo inconcebível na verdade. Portanto, não se falava dela nem dos que arriscavam nela a saúde e a vida. E milhares deles a perderam e milhares ficaram afectados psicologicamente.”

(Lurdes Loureiro, 2013, in *Mulher Combatente- Estilhaços Silenciosos da Guerra Colonial*, p. 41)

Foto: A fotografia retrata um soldado em Mueda (Moçambique), junto a um dizer: “ Mueda= Terra da Guerra aqui Trabálha-se... Luta-se e Morre-se”. Foto cedida e autorizada a publicar no presente estudo, pelo Diretor da ADFA de Viseu, João Gonçalves.

6.1. Caracterização da amostra

A recolha de dados foi realizada de acordo com um processo de amostragem não aleatória, de conveniência, que decorreu entre Dezembro de 2016 e Abril de 2017, em que os sujeitos, veteranos e as suas respetivas famílias, foram abordados através de contactos pessoais. Participaram neste estudo 50 famílias de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa (1961-1975), num total de 196 sujeitos.

Para simplificar a apresentação dos resultados, procedeu-se à seleção de 4 alíneas: a) corresponde ao ex-combatente, b) corresponde às esposas/companheiras, c) corresponde aos filhos e por último a alínea d) corresponde aos netos.

Assim, em cada alínea estão presentes todas as informações encontradas no presente estudo, embora a discussão dos resultados seja apresentada no capítulo seguinte.

No final da aplicação dos questionários as 50 famílias foram subdivididas em 2 grupos: o **Grupo Clínico** (formado por ex-combatentes/veteranos portadores de patologia psicológica pós-traumática/PTSD, em número de 20) e o **Grupo de Controlo** (formado por ex-combatentes/veteranos sem patologia/PTSD, em número de 30).

Tabela 1- Caracterização dos subgrupos dos ex-combatentes

	Total	
	N	%
Amostra Total	50	100.0
Com PTSD	20	40.0
Sem PTSD	30	60.0

Nota: N= número total de indivíduos; %= Percentagem

Na tabela 1, verifica-se que 20 indivíduos possuem patologia psicológica pós-traumática/PTSD (40.0%), contrapondo os 30 que não padecem da mesma perturbação (60.0%), num total de 50 indivíduos (100.0%).

6.2. Resultados de investigação da amostra

a) Dados dos Ex-combatentes

Tabela 2- Características sociodemográficas dos ex-combatentes

	Amostra total (n = 50)		
	Média	Medidas Desvio Padrão (DP)	Intervalo Mínimo- Máximo
Idade	69.98	5.35091	57- 84
Estado civil em anos	40.32	13.66425	3 - 60
	N		%
Sexo			
Masculino	50		100.0
Zona de Habitação			
Meio Rural	42		84.0
Meio Urbano	8		16.0
Total	50		
Estado Civil			
Casado	43		86.0
Divorciado	3		6.0
Viúvo	4		8.0
Total	50		100.0
Número de filhos			
1	11		22.0
2	28		56.0
3	9		18.0
4	1		2.0
6	1		2.0
Total	50		100.0
Escolaridade			
Ensino Primário	29		58.0
Ensino Secundário	9		18.0
Ensino Médio	7		14.0
Ensino Superior	4		8.0
Outro	1		2.0
Total	50		100.0
Profissão			
Reformado	48		96.0
Não reformado	2		4.0
Total	50		100.0

Nota: N= número total de indivíduos ; %= Percentagem

Como se pode constatar nos dados acima descritos (Tabela 2), da amostra total, podemos denotar que idade média dos ex-combatentes é de 69 anos, encontramos maior percentagem (84.0%) a residir em meio rural, apresentando o meio urbano um valor mais baixo (16.0%). Relativamente ao estado civil grande maioria é casado (86.0%), seguido de viúvos (8.0%) e divorciados (6.0%). A maioria (56.0%) tem dois filhos, 22.0% com 1 filho, não muito longe encontram-se os que têm três filhos (18.0%), havendo apenas um indivíduo com quatro filhos (2.0%) e outro com seis filhos (2.0%). O ensino Primário (4ª classe) é o nível de escolaridade mais verificado (58.0%),

seguindo-se o Ensino Secundário (18.0%), o Ensino Médio (8.0%) e Ensino Superior (8.0%). Relativamente à profissão, foi significativo de que 96.0% dos indivíduos encontram-se reformados, existindo apenas 4.0% que não apresenta essa categoria. Um facto também relevante, mas não significativo, de mencionar é que 10 dos ex-combatentes foram emigrantes.

Não obstante a caracterização do serviço militar da amostra, apresenta os resultados na tabela que se segue.

Tabela 3- Caracterização do serviço militar dos ex-combatentes

	<i>Amostra total (=50)</i>	
	<i>Frequência</i> N	<i>Percentagem</i> %
Serviço Militar		
Obrigatório	49	98.0
Voluntário	1	2.0
Total	50	100.0
Posto Militar		
Soldado	23	46.0
1º Cabo	14	28.0
Sargento	4	8.0
Alferes	3	6.0
Furriel	3	6.0
Marinheiro	3	6.0
Total	50	100.0
Ramo		
Exército	44	88.0
Força Aérea	2	4.0
Marinha	4	8.0
Total	50	100.0
Tropas Especiais		
Não	49	98.0
Comandos	1	2.0
Total	50	100.0
Especialidade Ramo Militar		
Atirador	8	16.0
Condutor Auto	7	14.0
Atirador Especial	4	8.0
Mecânico Auto	5	10.0
Armas Pesadas	3	6.0
Abastecimento	1	2.0
Segurança	2	4.0
Enfermeiro	3	6.0
Médico	1	2.0
Operador cripto	4	8.0
Condutor Artilharia	1	2.0
“T”	2	4.0
Padeiro	3	6.0
Infantaria Comandos	1	2.0
Analista de Águas	2	4.0
Rádio telegrafista	1	2.0
Engenheiro	1	2.0
Escriturário	1	2.0
Total	50	100.0
Zona		

Angola	20	40.0
Guiné Bissau	11	22.0
Guiné Bissau e Cabo Verde	1	2.0
Moçambique	11	22.0
Angola, Guiné e Cabo Verde	1	2.0
Angola e Moçambique	1	2.0
Cabinda	2	4.0
Guiné e Angola	2	4.0
São Tomé e Príncipe	1	2.0
Total	50	100.0
Contacto com o Inimigo		
Não	24	48.0
Sim	26	52.0
Total	50	100.0
Ferimentos		
Não	36	72.0
Por acidente	14	28.0
Total	50	100.0
Incapacidade		
Não	45	90.0
Sim	5	10.0
Total	50	100.0
Evacuação para Metrópole		
Não	48	96.0
Por acidente	2	4.0
Total	50	100.0
Baixas por morte		
Não	22	44.0
Sim	28	56.0
Total	50	100.0
Serviço em Missão de Paz		
Não	47	94.0
Sim	3	6.0
Total	50	100.0

Como se pode constatar na tabela 3, da amostra total, podemos retirar como principais conclusões que 98.0% cumpriu o serviço militar obrigatório, ocupando maioritariamente o posto militar de soldado (46.0%). O ramo que apresenta maior resultado é o Exército (88.0%), sendo que 98.0% da amostra não frequentou as tropas especiais. Observando os resultados relativos à especialidade do ramo militar, constata-se que o valor mais elevado (16.0%) é referente a atirador, seguindo-se de condutor auto, com 14.0%, sendo que os valores mais baixos apresentam valores comuns.

No que confere à zona de combate, dá-se especial relevância a Angola, com 40.0%, seguindo-se de Guiné- Bissau e Moçambique, com 22.0%, sendo os outros valores mais baixos variando entre 2.0% e 4.0%. Da amostra total, 52.0% teve contacto com o inimigo, contrapondo com 48.0% que não teve qualquer contacto. 72.0% não teve ferimentos, sendo que 28.0% ficou ferido por acidente. Verificando a incapacidade, apenas 10.0% respondeu de forma positiva a esta questão.

Em relação às baixas por morte 56.0% indicou a existência deste facto no seu grupo de combate/pelotão, e 44.0% apresentou respostas negativas a esta questão. Para culminar, 94.0% da amostra não participou em serviços de missão de paz.

No que confere à divisão dos grupos, os **veteranos com PTSD** são do meio rural, à exceção de 1 ex-combatente desse grupo. Apenas 2 indivíduos são viúvos, sendo o estado civil maioritariamente composto por veteranos casados. Têm o ensino primário e todos estão reformados. O grupo dos **veteranos sem PTSD** apresenta dados mais díspares.

Ainda neste estudo, importa salientar as patologias encontradas em ex-combatentes, sob forma meramente descritiva desta amostra, uma vez que não há estudos que comprovem que o facto de que ter estado na Guerra do Ultramar possa desenvolver determinadas patologias (excluindo PTSD) a longo prazo.

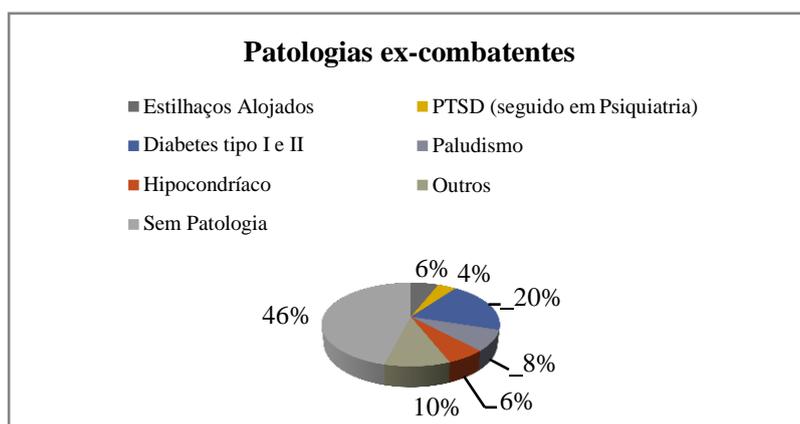


Gráfico 1- Patologias da amostra dos ex-combatentes

Ao observar o gráfico e estabelecendo uma comparação das patologias apresentadas, podemos denotar que existe maior incidência nos casos de diabetes (20.0%) seguido da parcela “Outros” (10.0%) onde se inserem por exemplo o cancro, doenças pulmonares, problemas de coluna, problemas cardíacos e fracturas ósseas. Todavia, 8.0% dos indivíduos refere ter, ainda hoje, alguns sintomas de Paludismo⁷, outros apresentam estilhaços alojados (6.0%) na zona do cérebro, do tórax e da perna e outros 6.0% têm o quadro de Hipocondríaco. Sem patologia encontra-se o valor mais elevado de percentagem (46.0%), onde estes não apresentam doenças significativas, ou seja, as

⁷ Paludismo ou Malária, como também é conhecida, é uma doença infecciosa que se desenvolve no fígado e destrói as células vermelhas do sangue. A infecção com esta doença acontece devido à picada do mosquito *Anopheles* fêmea. Os sintomas passam por febre acima de 38°C; Suores e calafrios; Dor de cabeça forte; Náuseas e vômitos; Dor muscular em todo o corpo; Fraqueza e cansaço constante; Pele e olho amarelados; Tremores fortes que podem durar de 15 minutos a 1 hora (WHO, 2017).

patologias que apresentam são os problemas de saúde da própria idade em que se encontram.

Verificando os resultados ao Questionário 6 do *Inquérito sobre o impacto do Stress de Guerra no Ex- Combatente e sua família- 1ª parte M- a preencher pelo ex-combatente* (Pereira & Ferreira, 2013) (Anexo 2), foi possível constatar que não existem diferenças significativas entre veteranos com PTSD e sem PTSD. Não obstante a esse facto, a questão 16 do mesmo questionário (*AF16: nós gerimos bem as nossas discussões e desentendimentos*), foi a que denotou respostas díspares, como se pode observar no quadro se segue.

Tabela 4- Resultados do Teste Mann Whitney relativo às diferenças de respostas entre o Grupo Clínico e o Grupo de Controlo de ex-combatentes, à afirmação 16

Veteranos		N	Omissos	Média	Sig.
Q6 PRT1_AF16	Grupo Clínico	18	2	29.67	,002
	Grupo de Controlo	27	3	18.56	
Total		45			

Os resultados supracitados revelam que se verificam diferenças significativas entre os grupos na afirmação 16, na medida em que o grupo clínico tende a dar respostas mais “elevadas”, comparativamente ao grupo de controlo. Ainda assim, apresentam-se valores omissos na tabela acima, uma vez que 5 ex-combatentes não estavam disponíveis para responder a esta questão, contudo esses 5 da amostra, não apresentam uma grande discrepância nos valores finais.

No que concerne ao Questionário 8, e com o mesmo teste utilizado no quadro 5 permitiu perceber que não se verificam diferenças significativas entre os grupos, em nenhuma das afirmações. É relevante mencionar que os veteranos tendem a recorrer mais à família em primeira instância do que a amigos.

b) Dados das Esposas/Companheiras

Tabela 5- Características sociodemográficas das esposas/companheiras

	Amostra total (n = 45)		
	Medidas		
	Média	Desvio Padrão (DP)	Intervalo Mínimo-Máximo
Idade	69.26	6.23553	57 - 84
	N		%
Sexo			
Feminino	45		100.0
Estado Civil			
Casado	43		95.6
Divorciado	2		4.4
Total	45		100.0
Número de filhos			
1	9		20.0
2	26		57.8
3	8		17.8
4	1		2.2
6	1		2.2
Total	45		100.0
Habilitações			
Ensino Primário	40		88.9
Ensino Secundário	3		6.7
Ensino Médio	2		4.4
Total	45		100.0
Profissão			
Reformado	44		97.8
Não reformado	1		2.2
Total	45		100.0

Nota: N= número total de indivíduos; %= Percentagem

No que concerne às esposas/companheiras (Tabela 5), apresentam uma idade média de 69 anos, maioritariamente são casadas (95.6%) contrapondo com as divorciadas (4.4%) que apresentam um valor bem mais baixo. A maioria (57.8%) tem dois filhos, seguindo-se das 20.0% que têm 1 descendente, das 17.8% que têm 3 filhos, terminando com as 2.2% que têm 4 e 6 filhos. Quanto às habilitações, o ensino Primário (4ª classe) é também o nível de escolaridade mais verificado (88.9%), opondo-se significativamente às que apresentam o Ensino Secundário (6.7%) e o Ensino Médio (4.4%). Na profissão 97.8% estão reformadas e apenas uma diverge dessa condição (2.2%).

Do mesmo modo que foi feito para os veteranos, são visíveis de seguida as patologias encontradas nas esposas/companheiras.

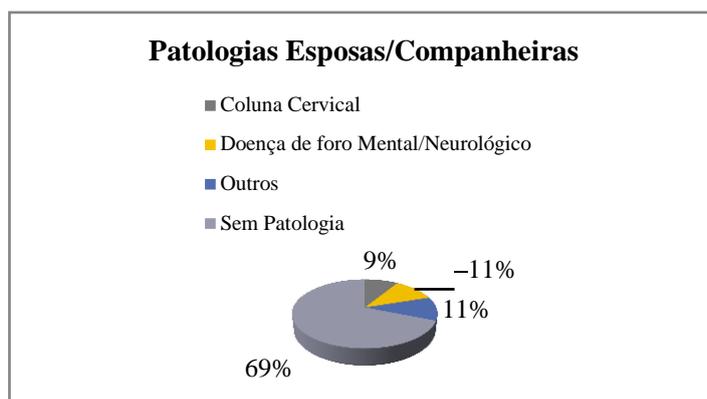


Gráfico 2- Patologias da amostra das esposas/companheiras dos ex-combatentes

Segundo o mesmo gráfico, podemos denotar que existe maior incidência nos casos de doenças do foro ósseo (11%), destacando os problemas de coluna. Nas doenças do foro mental/neurológico (11%), insere-se a perturbação depressiva, a perturbação bipolaridade e epilepsia. Também com a mesma percentagem (11%) é visível a parcela “Outros”, com os problemas cardíacos, distúrbios da tireóide e cancro. Sem patologia encontra-se o valor mais elevado de percentagem (69%), onde estas não apresentam doenças significativas, e tal como nos ex-combatentes, as patologias que apresentam são os problemas de saúde da própria idade em que se encontram.

As esposas dos veteranos com PTSD apresentam um quadro patológico de problemas de coluna e problemas cardíacos, ficando assim as esposas dos veteranos sem PTSD com quadro de perturbação depressiva e outras do foro mental e neurológico.

Verificando os resultados ao Questionário 7 do *Inquérito sobre o impacto do Stress de Guerra no Ex- Combatente e sua família- 2ª parte F- a preencher pela esposa/companheira do ex-combatente* (Pereira & Ferreira, 2013) (Anexo 3), o Teste *Mann Whitney* revelou a inexistência de diferenças significativas entre os grupos, relativamente às afirmações.

Quanto ao *Questionário nº 8* (ISM (Hudson, 1992) - *Index of Marital Satisfaction*. (Versão portuguesa de Pereira, Ramalho & Dias, 2000)), é relevante mencionar que também as esposas/companheiras apresentam uma boa rede social de apoio, sobretudo junto da família a quem recorrem maioritariamente.

As esposas foram avaliadas quanto à presença de sintomas de Vitimização Secundária apenas em relação às situações de guerra do marido/companheiro e comportamento deste para com eles. Assim, o questionário utilizado (Escala de

Resposta ao Acontecimento Traumático) prendeu-se com as variáveis de reexperienciação, evitamento, hiperativação e total.

Tabela 6- Resultados do Teste Mann-Whitney e T-Test relativo às Variáveis das Esposas Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático (ERAT)

Diagnóstico ERAT				
Esposas				
	Esposas	N	Média	Sig.
ERATreexp	Controlo	27	21,73	,234
	Clínico	18	26,25	
	Total	45		
ERATevit	Controlo	27	17,95	,000
	Clínico	18	32,14	
	Total	45		
ERATHiper	Controlo	27	18,73	,002
	Clínico	18	30,92	
	Total	45		
ERATtotal	Controlo	27	3,0714	,001
	Clínico	18	5,7778	
	Total	45		

Os resultados revelam que não se verificam diferenças significativas entre grupos, no que concerne à variável “ERATreexp”, embora existam diferenças significativas entre grupos, no que concerne às variáveis “ERATevit” e “ERATHiper”, na medida em que as esposas do grupo clínico apresentam valores médios significativamente mais elevados.

De igual modo, no que concerne à variável “ERATtotal”, o grupo clínico apresenta também valores médios significativamente mais elevados.

c) *Dados dos Filhos*

Tabela 7- Características sociodemográficas dos filhos

	Amostra total (n = 50)		
	Medidas		
	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão (DP)</i>	<i>Intervalo Mínimo-Máximo</i>
Idade	43.04	5.71057	31 - 54
	N		%
Sexo			
Masculino	19		38.0
Feminino	31		62.0
Total	50		100.0
Estado Civil			
Casado (a)	39		78.0
União de Facto	8		16.0
Divorciado (a)	1		2.0
Solteiro (a)	2		4.0
Total	50		100.0
Escolaridade			
Ensino Secundário	40		80.0
Ensino Superior	6		12.0
Outro	4		8.0
Total	50		100.0
Situação Laboral			
Estudante	2		4.0
Emprego Fixo	46		92.0
Emprego Autónomo	2		4.0
Total	50		100.0

Nota: N= número total de indivíduos; %= Percentagem

Relativamente aos filhos (Tabela 10), que têm uma idade média de 43 anos, a maioria são do sexo feminino (62.0%), apresentando o sexo masculino uma percentagem inferior (38.0%). Predominantemente são casados (as) (78,0%), existindo ainda 16.0% em União de facto, 2.0% de percentagem no divórcio e 4.0% nos solteiros (as). A escolaridade com percentagem mais alta (80.0%) corresponde ao ensino secundário, seguindo-se pelo ensino superior (12.0%) e outro, onde se insere mestrado e doutoramento (8.0%). Relativamente à situação laboral 92.0% detêm emprego fixo, contrapondo com os que têm emprego autónomo (4.0%) e os que estudam (4.0%).

No que concerne às patologias dos filhos, encontramos as mesmas descritas no gráfico que se segue.

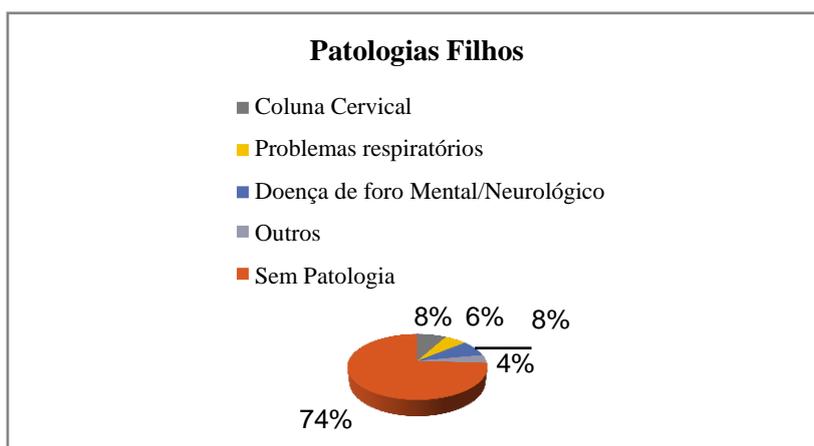


Gráfico 3- Patologias da amostra dos filhos dos ex-combatentes

Segundo o gráfico 3 podemos observar no que concerne a patologias, que a amostra geral apresenta maior incidência nos casos de coluna cervical (8.0%), destacando os problemas de coluna e tetraplegia. Também com o mesmo valor de percentagem, encontram-se as doenças de foro mental/neurológico (8.0%), PTSD (filhos de ex-combatentes que seguiram o ramo militar), perturbações relacionadas com substâncias e atraso cognitivo. No setor dos problemas respiratórios (6.0%), destacam-se a asma e alergias. Sem patologia encontra-se o valor mais elevado de percentagem (74%).

Os filhos dos veteranos com PTSD apresentam um quadro patológico de problemas respiratórios, doença mental e consumo de estupefacientes. Por sua vez, os filhos de veteranos sem PTSD ostentam um quadro de problemas de coluna, enxaquecas e também problemas respiratórios.

O quadro seguinte acaba por reforçar o facto anterior, pois este último grupo apenas usa a opção “1” (Quase Nunca), e “4” (Frequentemente), enquanto o grupo clínico utiliza todas as opções de resposta (“1”-Quase Nunca; “2”- Raramente; “3”- Algumas vezes; “4”- Frequentemente e “5”- Quase Sempre), quer para questões negativas quer para positivas, daí que conseqüentemente as suas respostas sejam mais elevadas.

Tabela 8- Resultados das respostas aos itens do Questionário de Vivências Familiares na Infância (Pereira & Pedras, 2008), dos filhos de veteranos do Grupo Clínico e do Grupo de Controlo

Amostra (n=50) <i>Questão_1</i>		
	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem %</i>
Filhos de Veteranos do Grupo Clínico		
1,00 (Quase Nunca)	15	75,0
2,00 (Raramente)	2	10,0
3,00 (Algumas vezes)	1	5,0
4,00 (Frequentemente)	1	5,0
5,00 (Quase Sempre)	1	5,0
Total	20	100,0
Filhos de Veteranos do Grupo de Controlo		
1,00 (Quase Nunca)	29	96,7
4,00 (Frequentemente)	1	3,3
Total	30	100,0

Deste modo, os resultados verificaram que ao aplicar o *Questionário de Vivências Familiares na Infância* (Pereira & Pedras, 2008), num total de 50 indivíduos, 45 revelou ter sido auxiliado nos trabalhos de casa (item_19) por parte da sua progenitora. Os resultados às respostas dos filhos de veteranos do Grupo Clínico (com PTSD) revelaram que a Sintomatologia da Vitimização Secundária se relaciona de forma positiva com a psicopatologia, revelando que quanto maior o número de vivências familiares negativas na infância, maior o número de sintomas de trauma e presença de psicopatologia. Tal facto é visível se considerarmos a utilização de todas as opções de resposta por parte dos filhos de pais com PTSD, uma vez que as respostas dadas pelos filhos dos Veteranos do Grupo de Controlo apresentaram mais respostas positivas e menos negativas.

No que concerne ao *Questionário de Vivências Familiares na Infância* (Pereira & Pedras, 2008) foram analisadas separadamente as respostas dadas pelos filhos de veteranos com PTSD (Grupo Clínico) e sem PTSD (Grupo de Controlo), estabelecendo assim as diferenças entre ambos (Anexo 5).

Tabela 9- Síntese do resultado do Teste Mann-Whitney, relativo às experiências negativas do Questionário de Vivências Familiares na Infância (QVFI) (Pereira & Pedras, 2008)

	Filhos	N	Média	Sig.
AF_1	Filhos de Veteranos do Grupo Clínico	20	28,70	.025
	Filhos de Veteranos do Grupo de Controlo	30	23,37	
	Total	50		

Segundo os dados, apenas é possível verificar diferenças significativas entre os filhos no item 1 (item 1_Presenciar estados de alcoolismo), na medida em que os filhos do grupo clínico tende a dar respostas mais “elevadas”, comparativamente aos filhos do grupo de controlo.

Todavia, o Questionário 2- 2ª parte (Pereira & Ferreira, 2013, Anexo 5) apresentava variáveis nominais; 20,0% de células com contagem menor que 5 e contagem mínima esperada de 1 e dessa forma estavam reunidas todas as condições para ser aplicado o Teste *Qui- Quadrado* (X^2), para comparar os itens 1, 4 e 6.

Tabela 10- Resultados do Teste Qui-Quadrado (X^2) na comparação dos filhos segundo os itens 1, 4 e 6

	Amostra (n=50)				X^2
	Filhos de veteranos do Grupo de Controlo		Filhos de veteranos do Grupo Clínico		
ITENS ANALISADOS					Sig
Item 1 – Acontecimento					,353
	Não	Sim	Não	Sim	
Item 4 – Instabilidade pós-Ultramar	23	7	9	11	,035
Total	30		20		
Item 6 – Ainda hoje sente essas diferenças?	23	7	9	11	,035
Total	30		20		

Em relação ao **Item_1** (item1_Acontecimento), não existe uma relação significativa entre o grupo (seja ele qual for) e o item 1. Por sua vez, relativamente ao **Item_4** (item4_Instabilidade pós-Ultramar), existe uma relação significativa (Quadro 4-Crosstab) entre o grupo (independentemente de qual for) e o item 4. Neste item, importa destacar, que os filhos dos veteranos do Grupo de Controlo, maioritariamente (23 em n=30), não denotam alterações de comportamento por parte do progenitor, comparativamente aos filhos dos veteranos do Grupo Clínico (11 em n=20), que evidenciam essa instabilidade destacando sobretudo exaltação verbal, impaciência, nervosismo e evitamento face ao grupo de pares.

Quadro 4- Crosstab: Análise do Item 4 – Instabilidade pós-Ultramar, existência de relação significativa entre os filhos dos grupos Clínico e Controlo

		Q2_PRT2_4		Total
		Não	Sim	
Grupo de Controlo	Contagem	23	7	30
	Resíduos ajustados	2,3	-2,3	
Grupo Clínico	Contagem	9	11	20
	Resíduos ajustados	-2,3	2,3	
Total	Contagem	32	18	50

Analisando o **Item_6** (Item_6 Ainda hoje sente essas diferenças?), foi perceptível que existe uma relação significativa (Quadro 5-Crosstab) entre o grupo (independentemente de qual for) e o presente item. Neste item, podemos verificar que os filhos dos veteranos do Grupo de Controlo, maioritariamente, não denotam alterações de comportamento significativos por parte do progenitor, comparativamente aos filhos dos veteranos do Grupo Clínico. Estes últimos referem que ainda hoje notam essas diferenças de instabilidade.

Quadro 5- Crosstab: Análise do Item 6 – “Ainda hoje sente essas diferenças?” Existência de relação significativa entre os filhos dos grupos Clínico e do grupo de Controlo

		Diferenças		Total
		Não	Sim	
Grupo de Controlo	Contagem	23	7	30
	Resíduos ajustados	2,3	-2,3	
Grupo Clínico	Contagem	9	11	20
	Resíduos ajustados	-2,3	2,3	
Total	Contagem	32	18	50

Ao analisar as respostas dadas ao *Questionário n° 2* do Inquérito sobre o impacto do Stress de Guerra no Ex- Combatente e sua família (2ª parte F- a preencher pela esposa/companheira do ex-combatente, adaptado aos filhos (Anexo 4), a tabela seguinte permite observar a existência de diferenças significativas entre grupos, no que concerne a todas as variáveis *ERAT* ($p > ,05$), sendo que o grupo clínico apresenta valores médios significativamente mais elevados.

Tabela 11- Resultados do Teste Mann-Whitney e T-Test relativo às Variáveis dos Filhos Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático (ERAT)

Diagnóstico ERAT				
Filhos				
	Esposas	N	Média	Sig.
ERATreexp	Controlo	30	22,50	,000
	Clínico	20	31,43	
	Total	50		
ERATevit	Controlo	30	18,50	,000
	Clínico	20	35,53	
	Total	50		
ERAThiper	Controlo	30	19,13	,000
	Clínico	20	36,65	
	Total	50		
ERATtotal	Controlo	30	19,13	,000
	Clínico	20	36,65	
	Total	50		

No seguimento dos resultados apresentados da amostra “filhos”, falta terminar a apresentação de resultados com as respostas ao *Questionário de Vivências Familiares na Infância* (QVFI; Pereira & Pedras, 2008, cit. por Pereira & Pedras 2010) (Anexo 4) analisado segundo uma *Escala de Likert* de 5 pontos, e tendo em conta a soma das afirmações 1 a 24, efetuando o somatório das respostas de cada elemento da amostra.

Deste modo, concluiu-se que não existe correlação significativa entre as variáveis somatório dos grupos (sig. 0,496). Para além disso, a correlação é proporcional e muito fraca, pois tende para zero (0,162). Aplicando ainda o Teste *Mann Whitney*, foi perceptível que não existem diferenças significativas entre os filhos dos veteranos do grupo clínico e controlo, no que concerne aos valores médios dos “somatórios” (sig. 0,135).

Conforme os dados apresentados na Tabela 11, e tendo sido utilizado o teste *Mann-Whitney* devido à não normalidade dos valores, conclui-se que apenas existem diferenças significativas entre os grupos relativamente à variável experiências negativas (item 1), não se verificando o mesmo resultado no que concerne a experiências positivas, total de experiências negativas e total de experiências positivas.

d) Dados dos Netos

Tabela 12- Características sociodemográficas dos netos

	Amostra total (n = 50)		
		Medidas	
	Média	Desvio Padrão (DP)	Intervalo Mínimo-Máximo
Idade	19.98	2.61464	12 - 26
	N		%
Sexo			
Masculino	30		60.0
Feminino	20		40.0
Total	50		100.0
Estado Civil			
Solteiro (a)	50		100.0
Total	50		100.0
Escolaridade			
Ensino Secundário	1		2.0
Ensino Superior	49		98.0
Total	50		100.0
Situação Laboral			
Estudante	48		96.0
Emprego Fixo	2		4.0
Total	50		100.0

Nota: N= número total de indivíduos; %= Percentagem

Terminando com a tabela dos netos (50 indivíduos) (Tabela 12), estes têm uma idade média de 19 anos, a maioria são do sexo masculino (60.0%), são solteiros (100.0%), a escolaridade de grande parte é o Ensino Superior (98.0%), sendo que a situação laboral conta com 96.0% na faixa dos estudantes.

No que concerne às patologias em netos de veteranos, denotam-se as apresentadas na figura seguinte.

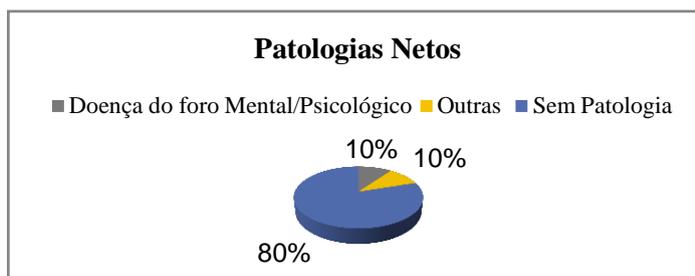


Gráfico 4- Patologias da amostra dos netos dos ex-combatentes

Segundo o gráfico, podemos denotar que existe um valor de percentagem equivalente entre a parcela “outras” (10.0%), destacando cancro, problemas respiratórios, problemas de coluna e doença rara. Com o mesmo valor aparece a doença do foro mental/psicológico (10.0%), mencionando a hiperatividade com défice de atenção, perturbações do comportamento alimentar e paralisia cerebral.

Os netos dos veteranos com PTSD apresentam um quadro patológico de problemas respiratórios e hiperatividade cm défice de atenção. Por sua vez, os netos de veteranos sem PTSD ostentam um quadro de problemas do foro mental/psicológico.

Aplicando o Teste *Mann Whitney*, foi perceptível que não se verificam diferenças significativas entre os netos dos veteranos dos grupos clínicos e controlo, em nenhuma das 24 afirmações (*p value* <0.05). Não existindo normalidade nos resultados, foi utilizado o teste de comparação Mann-Whitney (não paramétrico), sendo possível de verificar que não existem diferenças significativas entre os netos de ambos os grupos, no que concerne aos valores médios dos “somatórios” (sig. 0,851).

No Questionário 2 (Pereira & Ferreira, 2013, Anexo 6), foi detetada uma relação significativa entre o grupo (seja ele qual for) e o item 4 (item 4: “*Sabe ou sente que ele mudou depois de ter servido no Ultramar?*”), visível no quadro designado “crosstab”.

Quadro 6- Crosstab: Análise do Item 4 – “Sabe ou sente que ele mudou depois de ter servido no Ultramar?”, Existência de relação significativa entre os netos dos grupos Clínico e do grupo de Controlo

		Q2_PRT2_4		Total
		Não	Sim	
Grupo de Controlo	Contagem	24	6	30
	Contagem Esperada	19,8	10,2	30,0
	Resíduos ajustados	2,6	-2,6	
Grupo Clínico	Contagem	9	11	20
	Contagem Esperada	13,2	6,8	20,0
	Resíduos ajustados	-2,6	2,6	
Total	Contagem	33	17	50
	Contagem Esperada	33,0	17,0	50,0

No seguimento dos resultados apresentados da amostra “netos”, salienta-se que no que concerne às variáveis dos netos na Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático (ERAT), as respostas foram todas negativas pelo que não é possível estabelecer qualquer relação.

Ao *Questionário de Vivências Familiares na Infância (QVFI; Pereira & Pedras, 2008, cit. por Pereira & Pedras 2010)* (Anexo 5), e tendo em conta a soma das afirmações 1 a 24, segundo *Escala de Likert* de 5 pontos, não existe correlação

significativa entre as variáveis somatório dos grupos (sig. 0,822). Para além disso, a correlação é inversamente proporcional e muito fraca, pois tende para zero (-0,54).

No seguimento das respostas dadas a este questionário (QVFI), e tendo sido utilizado o teste *Mann-Whitney* devido à não normalidade dos valores, não se verificam diferenças significativas entre os grupos, no que diz respeito a experiências negativas, experiências positivas, total de experiências negativas e total de experiências positivas.

- *Correlações entre as variáveis ERAT e QVFI para esposas, filhos e netos.*

Tabela 13- Resultado das Correlações *Ró de Spearman*, valores significativos

	QVFI_PO SITIVAS_ netos	QVFI_NE GATIVA S_filhos	QVFI_PO SITIVAS_ filhos	ERATree xp_esposa s	ERATevit _esposas	ERATHip er_esposa s	ERATtota l_esposas	ERATree xp_Filhos	ERATevit _Filhos	ERATHip er_Filhos	ERATtota l_Filhos
QVFI_POSITIVAS_netos				.001		.046	.006	.014			
QVFI_NEGATIVAS_filhos			.000								
QVFI_POSITIVAS_filhos		.000									
ERATreexp_esposas	.001				.000	.000	.000				
ERATevit_esposas				.000	.	.000	.000				
ERATHiper_esposas	.046			.000	.000	.	.000				
ERATtotal_esposas	.006			.000	.000	.000					
ERATreexp_Filhos	.014								.000	.000	.000
ERATevit_Filhos								.000	.	.	.000
ERATHiper_Filhos								.000	.000	.000	.000
ERATtotal_Filhos								.000	.000	.000	

Inicialmente foram analisadas as correlações entre as diferentes variáveis presentes na tabela 13, tendo-se verificado que a traumatização secundária (ERAT) das esposas está maioritariamente relacionada entre si e com as vivências familiares positivas (QVFI) dos netos.

Verifica-se também que a traumatização secundária (ERAT_reexp) nos filhos está maioritariamente relacionada entre si e apenas associada a uma vivência familiar positiva nos netos.

Pela significância das correlações, sendo as mais notáveis as referidas acima, e enquadrando a hipótese 1 (H1) e 2 (H2) nessas mesmas correlações, verificou-se que tendo por base cada hipótese cerca de 66,6% da amostra diz respeito à hipótese 1 e o restante, 33,3%, à hipótese 2.

Neste estudo, torna-se perceptível de que não existe vulnerabilidade transgeracional ao trauma que afete uma terceira geração, uma vez que não existem valores significativos associados a violência na infância dos netos.



CAPÍTULO 7

Discussão dos resultados

“ O tempo vai passando e chegará um dia em que já não haverá ninguém para contar esta parte da História, na primeira pessoa. “

(Lurdes Loureiro, 2013, in *Mulher Combatente- Estilhaços Silenciosos da Guerra Colonial*, p. 17)

Foto: A fotografia retrata um soldado preso numa armadilha durante a GCP. Foto cedida e autorizada a publicar no presente estudo, pelo Diretor da ADFA de Viseu, João Gonçalves.

7.1. *Discussão*

Foi também preocupação deste estudo perceber se houve existência de eventos traumáticos, como por exemplo acidentes de viação, que tivesse influenciado as suas reações atuais, no entanto não houve nenhum evento que se considera-se relevante.

No que se verifica do questionário aos **veteranos**, Questionário 7 (Anexo2), os mesmos dizem confiar mais na família e recorrer a esta em primeira instância do que os amigos, palavra essa que dizem com algum desconforto. Ao questionar os mesmos sobre a relação conjugal, os veteranos mencionam que é “óptima”, contudo algumas esposas contrapõem esta resposta.

No que confere à divisão dos grupos na saúde, e tendo em conta a Tabela 1 supracitada, importa realçar que veteranos com PTSD apresentaram um quadro de patologia focado em diabetes, hipocondríaco, estilhaços alojados, doença oncológica (como o cancro do pulmão), e doença cardíaca. Neste sentido, o estudo corrobora com autores como *Felitti* (1998, cit. por Pereira & Pedras, 2012), *Dube, Felitti, Dong, Giles, Anda* (2003, cit. por Pereira & Pedras, 2012) e *Brown* (2010, cit. por Pereira & Pedras, 2012) que apresentam uma opinião comum, que incide em que o risco de desenvolvimento de várias doenças, como a doença cardíaca isquémica, doença oncológica (como o cancro do pulmão), doenças no fígado, diabetes, fracturas ósseas, denota-se mais elevado nos indivíduos que apresentam história de trauma e PTSD.

O grupo dos veteranos sem PTSD apresenta um quadro de patologia focado em paludismo, diabetes e sem outras patologias significativas.

No que concerne às **esposas**, estas têm um contacto privilegiado com os ex-combatentes e dessa forma salientaram a agressividade verbal e física de que por vezes são alvo. De facto, *Matsakis* (1996, cit. por Pereira e Pedras, 2010a) expõe que uma das formas de transmissão ao trauma no sistema familiar é o facto do indivíduo traumatizado se comportar de modo “traumatizante” em relação aos outros membros da família, por meio de comportamentos que incluem violência doméstica, abuso emocional e alcoolismo, que por si só provocam sintomas de trauma nos filhos.

No que confere ao meio em que habitam, questionei uma esposa de um ex-combatente que vivia anteriormente com o mesmo numa zona urbana, se o facto de

se mudarem para um meio rural, alterou o comportamento do mesmo, ao qual a mesma responde:

"Notei grandes diferenças. O facto de ele estar numa zona mais calma, faz com que esteja mais tranquilo, o que facilita também a sua forma de interagir".

(Esposa de um ex-combatente, 2017).

Dekel e Goldblatt (2088, cit. por Pereira e Pedras, 2010a) indicaram que a transmissão de sintomas de stress ocorre com maior frequência em famílias de veteranos com PTSD, esclarecendo que esta transmissão pode ocorrer de forma direta, através de comportamentos hostis e embotamento afetivo que inevitavelmente exercem um impacto significativo nos filhos, mas também de forma indireta, através de um ambiente família disfuncional em que os filhos crescem e se desenvolvem.

No culminar de todos os testes, foi possível de perceber que os familiares dos veteranos do Grupo Clínico, apresentou sempre valores médios mais elevados comparativamente aos do Grupo de Controlo. Ainda nesse ponto, menciona-se que as esposas dos veteranos do Grupo Clínico apresentam vitimização secundária na Escala de Resposta ao Acontecimento Traumático (ERAT), onde mais uma vez o grupo clínico apresenta valores médios significativamente mais elevados. Neste sentido, segundo Figley (1998, cit. por Pereira & Pedras, 2010), o conceito de vitimização secundária pode desenvolver-se em indivíduos que vivem num contexto próximo com uma vítima de trauma, podendo tornar-se vítimas indiretas. Tal facto comprova-se neste estudo em todas as variáveis ERAT com os filhos dos veteranos do Grupo Clínico.

Deste modo, os resultados revelam que os **filhos** dos veteranos do Grupo Clínico (com PTSD) apresentam sintomatologia de vitimização secundária. No presente estudo, os filhos dos veteranos do Grupo de Controlo não desenvolveram sintomas de trauma secundário, embora seja evidente que denotem alterações de comportamento por parte do progenitor e taciturnidade.

No que confere à saúde, viver com progenitores com hábitos de estilos de vida pouco saudáveis, pode dar lugar a uma reprodução desses mesmos comportamentos, sugerindo a existência de um processo intergeracional de transmissão de comportamentos de risco dos progenitores para os filhos (Anda, Whitfield, Felitti, Chapman, Edwards, Dube, & Williamson, 2002, cit. por Pereira e Pedras, 2010b).

Entre os comportamentos de risco mais estudados na literatura, associados a PTSD, encontra-se o consumo de estupefacientes (Anda, Croft, Felitti, Nordenberg, Giles,

Williamson & Giovino, 1999, cit. por Pereira e Pedras, 2010b), onde se verifica no presente estudo.

O aumento de doenças crónicas e problemas de saúde aparecem na literatura associados a uma perceção pobre do estado de saúde geral, menor bem-estar, limitações funcionais físicas e maior consumo de medicamentos (Boscarino, 2004; Felitti et. al., 1998; Kulka et. al., 1990; O'Toole , & Catts, 2008; Schnurr et. al., 2000, cit. por Pereira e Pedras, 2010a). Efetivamente, nas patologias deste estudo associadas aos filhos denota-se um valor elevado em doenças crónicas. Com efeito de não existirem valores superiores nesse sentido, seria explicado talvez pelo facto de esta geração (filhos) ter maior acesso à informação e de ter presenciado sintomas físicos do pai durante o seu desenvolvimento, motivando-os a adotar um estilo de vida saudável.

Relativamente aos **netos**, outros comportamentos de saúde que podem ser afetados pela exposição ao trauma na infância são a alimentação e o exercício físico (Williamson, Thompson, Anda & Felitti, 2002, cit. por Pereira e Pedras, 2010b) que podem levar ao desenvolvimento de perturbações alimentares (Dansky, Brewerton, Kilpatrick, & O'Neil, 1997, cit. por Pereira e Pedras, 2010b), tal como se verificou neste estudo. Importar ainda mencionar que embora os netos não apresentem vitimização secundária, os mesmos denotam a existência de alterações comportamentais negativas do seu avô para com a esposa e filhos, embora realcem que este comportamento passe a positivo com os mesmos.

Em jeito de conclusão, os resultados do presente estudo revelaram que, no que diz respeito às esposas estas apresentam vitimização secundária. Perante a amostra do estudo, foi possível observar ainda que existe vitimização secundária por parte da amostra total dos filhos, sendo que os filhos de veteranos do Grupo Clínico apresentam mais psicopatologia. De facto, Yeuda, & Wong, 2002, cit. por Pereira e Pedras, 2010a), referem que o quadro clínico de PTSD raramente se manifesta de forma isolada, sendo comum estar associada a psicopatologia.

Foi possível aferir, perante a amostra deste estudo, que apesar de esposas e filhos terem vivenciado experiências negativas, e que eventualmente tivessem desenvolvido traumatização secundária, leva-se a que a terceira geração experienciasse apenas vivências positivas. Este mesmo facto assemelha-se a uma possível proteção intrafamiliar que possa existir, para com os netos.

7.2. *Limitações do Estudo e Investigação Futura*

No presente estudo, os objetivos gerais e a estrutura que se propôs inicialmente seguir foram cumpridos, na medida em que se trata de um estudo de cariz observacional e exploratório. Tratando-se de um primeiro estudo em Portugal, sobre a vulnerabilidade transgeracional ao trauma até à terceira geração, numa família de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa, importa mencionar algumas limitações presentes no estudo passíveis de serem colmatadas em futuras investigações.

A principal limitação está relacionada com o facto de a amostra ser de conveniência, ou seja, não foi recolhida de modo aleatório. Por seu turno, faz com que o estudo seja apenas aplicado a famílias da zona centro/norte de Portugal, constituída apenas por 50 famílias.

Além disso, grande parte dos instrumentos fora de auto-relato e, por isso, sujeitos a efeitos de desejabilidade social. É importante realçar também o facto de, devido ao tempo de elaboração do estudo, não ser possível criar uma relação de confiança com os indivíduos, o que daí pode ter advertido a omissão de algum dado relevante para o estudo. Contudo, é importante realçar que tais factos acontecem com frequência em estudos da área social, sendo por vezes difíceis de colmatar.

Como recomendações para futuras investigações, sugere-se que seria fundamental a replicação destes dados com ex-combatentes da GCP de outras zonas do país, de modo a contribuir para uma eventual generalização dos resultados encontrados e se possível haver um registo nas Juntas de Freguesia e Câmaras locais, de modo a simplificar a aquisição dos dados para uma investigação.

Futuros estudos deveriam reproduzir estes resultados, incidindo-os num estudo multidisciplinar, que inclua outros profissionais que têm contacto privilegiado com veteranos e que possam ter um papel interventivo nesta temática (ex. Médicos de Clínica Geral, Médicos Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeiros dos cuidados psiquiátricos, Assistentes Sociais e Educadores Sociais que despenhem um papel ativo com as famílias de veteranos). Havendo uma possibilidade, porventura seria interessante uma investigação a longo prazo com um grupo de experimental, onde o grupo é testado antes e depois de uma intervenção. Deste modo, é possível determinar a influência da intervenção ou o impacto da variável independente e eliminar outros fatores, como, por exemplo, as aprendizagens exteriores à experiência e a maturação.

Por parte deste estudo, fica a sensação de um complemento à temática da vulnerabilidade transgeracional ao trauma de guerra e que cada vez mais faz parte do nosso cotidiano.

Não sendo a investigação algo estático existe ainda muito trabalho a ser desenvolvido, o que implica a necessidade de um maior conhecimento. Nesta linha de pensamento, torna-se importante salientar que as questões de natureza humana não devem ser desgrudadas de qualquer patologia, uma vez que as patologias constituem uma ameaça grave para a vida ou segurança da pessoa e ultrapassa em intensidade as experiências comuns (Pereira & Ferreira, 2003).

CONCLUSÃO

“Armandina sorri-me, agradecida. Apesar da sua vida ter melhorado, compreender o que se passou, ajudará, certamente, a arrumar melhor o passado.”

(Lurdes Loureiro, 2013, in *Mulher Combatente- Estilhaços Silenciosos da Guerra Colonial*, p. 141)

A saúde mental resultará sempre do crescer com a diferença, da multiplicidade, mesmo que isso implique complexidade. É notório que o tratamento do trauma passa pela educação do sujeito e da sua família. Atualmente a síndrome de stress traumático é sub-reconhecida pelas vítimas e pelos profissionais de saúde, o que por vezes dificulta os aspetos do tratamento (Pereira & Ferreira, 2003).

Sabe-se ainda que a resposta primária ao stress traumático é biológica, ou seja, a resposta tardia ao evento traumático vai determinar a persistência de PTSD aguda ou crónica (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Em jeito de conclusão importa ainda mencionar um artigo do Jornal de Notícias (2008), que entrou em contacto com um ex-combatente sem-abrigo:

“Sobrevivi a uma guerra e agora tenho outra pela frente: conquistar a minha mulher e retomar a minha vida perdida há 14 anos .”

(Henrique, ex-combatente, cit. por *Jornal de Notícias*, 2008).

É de realçar que se torna cada vez mais relevante fazer rastreio de vitimização secundária e desenvolver intervenções o mais precocemente possível. Porque nenhuma guerra se faz apenas de derrotas, devemos também a estas famílias segurança e apoio. Agora, são elas que estão na linha da frente, que vivem uma angústia diária, discreta e muitas vezes silenciosa, transparecendo uma felicidade ambígua. Segundo Cruzeiro (2004), dizem que os povos felizes não têm história e este justifica:

“ É talvez porque nos queremos imaginar um povo feliz que temos um problema com a história, o que faz de nós um povo distraído e de curta memória [...]. E, no entanto, esses episódios silenciados perduram na razão direta do seu recalçamento [...]. Escondemos demasiados esqueletos no armário, que um dia, quando menos esperamos, nos caem aos pés [...]. Entretanto, fingimos que tudo vai bem. Somos exímios gestores do silêncio, mesmo quando falamos.”

(Maria Cruzeiro, 2004, in *Revista Crítica de Ciências Sociais: As mulheres e a Guerra Colonial*, p. 31).

Um estudo realizado no ano de 2011 (S.A., 2011), pelo *Center for a New American Security*, permite associar ao trauma de guerra o tema do suicídio, em que o mesmo refere

que a cada 80 minutos um veterano americano comete suicídio. No mesmo estudo, pode ler-se que este fenómeno permite ser apelidado de “epidemia” e está de igual modo ainda hoje a percorrer os combatentes.

Para muitos, ainda hoje se paga caro o direito de viver em Portugal. Os sentimentos ficam escorregadios, as pedras dormem na calçada e só se sente o desespero e o choro daqueles que querem ajudar e se sentem incapazes.

Já não há sonhos, mas a memória mantém-se acordada. Tentam camuflar algo que se torna impossível e embalam as lágrimas ao som do silêncio e das horas vagas. Os dias vão passando, mas deixam o vazio de que são feitos. O corpo, outrora quente e desperto, tornou-se cúmplice das recordações e torna-se imóvel e cansado.

Ao longo deste estudo, foi perceptível que muitos afirmam querer negar a sua nacionalidade, que a pátria não mereceu o seu esforço: *“Os ex-combatentes da Guerra do Vietname são reconhecidos como Heróis no seu país e nós como portugueses de 5ª categoria. Fomos carne para canhão.”* Afirma-me o ex-combatente “José”.

A Guerra não lhes deu nada, nem lá nem cá. Confessam que lhes foram negados cuidados de saúde e que ainda hoje se esquecem da zona do interior. O País esqueceu-se depressa da guerra que ninguém quis, da Guerra que ninguém viu como sua. Esquecem-se das famílias que reclamam silenciosamente por ajuda e também daqueles que, ainda hoje, ouvem o eco da guerra na sua cabeça e onde agora desabrocha a *Revolta*.

Mais do que “um estudo” ou “uma investigação”, as palavras de cada um ficam na minha memória:

“Investigue, faça do seu trabalho uma ODE⁸ aos antigos combatentes, eles merecem-no. Deram à pátria tudo, em troca de uma mão cheia de nada e outra de coisa nenhuma, foram heróis no combate e no sacrifício.

Para nós a guerra não terminou, ela continua na nossa cabeça, só terminará quando a vida também terminar”.

(Ex-combatente Artur (nome fictício), 2017).

Para muitos, será a última carta que escrevem, a última vez que passam ensinamentos aos familiares e testemunhos ao nosso país.

Para já, são Histórias vivas e um privilégio para quem delas se ocupar (Loureiro, 2013). Porque é um tema que está longe de ser esgotado, que as armas agora sejam o eco das nossas vozes!

⁸ O termo tem origem no grego “odés” que significa “canto”. Na Grécia Antiga, “ode” era um poema sobre algo sublime composto para ser cantado individualmente ou em coro, e com acompanhamento musical. Um exemplo de ode são os hinos nacionais dos países, em que os autores fazem uma **homenagem** à Pátria e aos seus símbolos e são acompanhados por instrumentos musicais.



*“Já não têm vinte anos
Rapazes do meu País
São homens rindo e chorando
O silêncio suportando
De guerra que ninguém quis*

(...)

*E se canto em alta voz
Foi porque Deus assim quis
Que jamais nenhum de nós
Esqueça os “Rapazes- avós”
Rapazes do meu País ”*

Lurdes Loureiro (2013), in *Mulher Combatente-
Estilhaços Silenciosos da Guerra Colonial*, p. 12

BIBLIOGRAFIA

- Adams, R., Boscarino, J., & Figley, C. (2006). Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A Validation Study [electronic version]. *Am J Orthopsychiatry*, Vol. 76, n. 1, 103–108. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699394/>
- Almeida, M. (2008). A força do legado transgeracional numa família [versão eletrónica]. *Revista Psicologia: Teoria e Prática* Vol. 10, nº 2, s.p. Obtido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000200017
- Angelis, T. (2008). Helping families cope with PTSD [versão eletrónica]. *American Psychological Association- Cover Story*, vol. 39 (1), p.44. Página consultada a 18.05.2017, em <http://www.apa.org/monitor/jan08/helping.aspx>
- Antunes, A. (2005). *Cartas da Guerra- D'este Viver Aqui Neste Papel* Descripto. Lisboa: Dom Quixote.
- Antunes, A. (2011). *Comissão das Lágrimas*. Lisboa: Dom Quixote.
- Ajdukovic, D., Bogic, M., Franciskovic, T., Galeazzi, G., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Schützwohl, M., & Priebe, S. (2013). Recovery from Posttraumatic Stress Symptoms: A Qualitative Study of Attributions in Survivors of War. *PLoS One*. 2013, 8(8): e 70579. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3737411/>
- Azevedo, V. (2013). *Literatura Pós-colonial Portuguesa como Lugar de Memória da Colonização Portuguesa em África* (Tese de doutoramento). Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/73140/2/94601.pdf>

- Basteiro, S., Gil, C., & Marin, R. (2013). Guia para Familiares de Doentes Mentais. Lisboa: Federação Nacional das Associações de Famílias Pró-Saúde Mental.
- Calvinho, A. (1999). *Trinta Facadas de Raiva*. Lisboa: Escola da ADFa
- Carvalho, A., & Mateus, P. (2016). PORTUGAL Saúde Mental em Números – 2015 Programa Nacional para a Saúde Mental. Página consultada a 16.01.2017, em file:///C:/Users/User/Downloads/i022440.pdf
- Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2008b). *Questionário de Experiências de Combate*. Não publicado.
- Constitution of the World Organization in October 2006. Basic Documents- Forty-fifth edition. Geneva.
- Damásio, A. (2000). *O sentimento de si- o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Sintra: Publicações Europa-América, Lda.
- Dantas, H., & Andrade, A. (2008). Comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: uma revisão da literatura [versão eletrónica]. *Revista Psiquiatria Clínica*, vol. 35 (1). Consultado a 06.07.2016, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-6083200800070012
- Deldime, R., & Vermeulen, S. (2001). *O Desenvolvimento Psicológico da Criança*. Porto. Edições ASA.
- Denning, L., Meisner, M., & Warner, K. (2014). Preventing Psychological Disorders in Service Members and Their Families. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222170/>
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2013). Definição de *comorbilidade*. Página consultada a 08. 10.2016. em <https://www.priberam.pt/dlpo/comorbilidade>

- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2013). Definição de *empatia*. Página consultada a 08. 10.2016. em <https://www.priberam.pt/dlpo/empatia>
- Direção-Geral da Saúde (2016). Programa Nacional para a Saúde Mental. Página consultada a 06.05.2017, em <http://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/saude-mental.aspx>
- Duarte, J. (2012). *Personalidade e expectativas de autoeficácia, no desenvolvimento da perturbação pós-stress traumático* (Dissertação de mestrado). Obtido de <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5047/TESE%20joana%20duarte%20entrega%20FINAL.pdf?sequence=1>
- Exército Português (2017). Apoio aos Deficientes das Forças Armadas. Página consultada a 17.03.2017, em <http://www.exercito.pt/pt/apoio-a-familia/apoio-aos-deficientes-das-for%C3%A7as-armadas>
- Fernandes, I. (2015). *Narrativas da Perturbação do Stress Pós-Traumático de mulheres de ex-combatentes da Guerra Colonial – um estudo inspirado na Grounded Theory* (Dissertação de mestrado). Obtido de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31815/1/TESE%20MIP%20Isabel%20Lu%C3%ADsa%20Fernandes.pdf>
- Ferreira, J., & Pereira, M. (2003). *Stress traumático: Controvérsias e direcções futuras*. Lisboa: Climepsi.
- Ferreira, I. (Realizador), & Carvalho, J. (Diretor). (2016). *Cartas da Guerra* [DVD].
- Flores, Sá (2002). *Arranhar da Fera*. Lisboa: Editorial Escritor
- Fraga, L. (2014). A Guerra Colonial (1961 – 1974) [versão eletrónica]. *Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa, S.V., 1-98*. Consultado a 06.11.2016, em <http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/653/1/A%20Guerra%20Colonial.pdf>

- Gaspar, S. (2011, Março 21). *Os filhos dos ex-combatentes também têm memórias da guerra*. Público, s.p.
- Gil, I (2010). Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais: Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (Dissertação de mestrado). Obtido de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18217/1/Disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf>
- Gomes, C., & Afonso, A. (2009). *Os anos da Guerra Colonial 1962- Optar pela Guerra vol. 3*. Lisboa: QUIDNOVI
- Gomes, C., & Afonso, A. (2010). *Os anos da Guerra Colonial 1961.1975*. Lisboa: QUIDNOVI
- Gomes, F. (2013). Vivem na rua 600 ex-combatentes [versão eletrónica]. *Jornal Correio da Manhã*, s.n., p. 3. Obtido de <http://www.cmjornal.pt/exclusivos/detalhe/vivem-na-rua-600-ex-combatentes>
- Gonçalves, S. (2013). *O Enfermeiro de Pediatria perante a morte súbita da criança e adolescente: impacto e estratégias de confronto* (Dissertação de mestrado). Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9402/1/FINAL_Sandra%20G..pdf
- Guerra, J. (s.d.). *Enciclopédia da Psicologia Infantil e Juvenil- Perturbações do desenvolvimento vol. 3*. Lisboa: Lusodidacta.
- Instituição Representativa dos Deficientes Militares (2016). ADFa. Página consultada a 06.05.2016, em <http://www.adfa-portugal.com/>
- Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal. Página consultada a 06.02.2017, em www.ine.pt
- Levin A. , Kleinman, S., & Adler, J. (2014). DSM-5 and Posttraumatic Stress Disorder [versão eletrónica]. *J Am Acad Psychiatry Law Vol. 42*, nº 2, 146 –158. Obtido

de <https://www.littler.com/files/press/pdf/Adler-DSM-5-Posttraumatic-Stress-Disorder-July-2014.pdf>

Loureiro, L. (2013). *Mulher Combatente: Estilhaços Silenciosos da Guerra Colonial*. Lisboa: Edições MAHATMA

Lusa Sociedade (2009). Ex-Combatentes: Segurança Social dá prioridade na entrada em lares de idosos a ex-combatentes sem-abrigo [versão eletrónica]. *Revista Visão*, s.n., s.p. Obtido de <http://visao.sapo.pt/lusa/lusasociedade/ex-combatentes-seguranca-social-da-prioridade-na-entrada-em-lares-de-idosos-a-ex-combatentes-sem-abrigo=f503560>

Macritchie, V. (2006). Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers (Dissertação de mestrado). Obtido de <https://core.ac.uk/download/pdf/39664632.pdf>

Maia, Â. (s.d.). Trauma, PTSD e saúde [versão eletrónica]. *Stresse pós-traumático – modelos, abordagens & práticas, S.V., 21-33*. Consultado a 06.12.2016, em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5902/1/Trauma%20PTSD%20e%20sa%C3%BAde.pdf>

Maravilha, M. (2016). *Guerra Colonial Silêncios Rasgados*. Viseu: Município de Castro Daire.

Martins, F. (2014, Agosto 09). Como Salazar preparou a guerra colonial [versão eletrónica]. *Observador*, s.p. Página consultada a 26.10.2016, em <http://observador.pt/especiais/como-salazar-preparou-guerra-colonial/>

Mateus, M. (2012). O Educador Social na construção de pontes socioeducativas contextualizadas [versão eletrónica]. *EDUSER: Revista de Educação*, 4 (1), 60-71. Obtido de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7726/1/87-335-1-PB.pdf>

McLaughlin, K., Koenen, K., Hill, E., Petukhova, M., Sampson, N., Zaslavsky, A., & Kessler, R. (2013). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in a

- National Sample of Adolescents. *JAm Acad Child Adolesc Psychiatry*. 52(8): 815–830.e14. Obtido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3724231/>
- Mourato, P. (2013). Combatentes e "madrinhas de guerra" trocavam cartas "de fazer corar" [versão eletrónica]. *Diário de Notícias, s.n., s.p.* Obtido de <http://www.dn.pt/portugal/interior/combatentes-e-madrinhas-de-guerra-trocavam-cartas-de-fazer-corar-3050511.html>
- Neves, H. (2008). Ex-combatentes viraram sem-abrigo [versão eletrónica]. *Jornal de Notícias, s.n., s.p.* Obtido de <http://www.jn.pt/sociedade/interior/excombatentes-viraram-semabrigo-969958.html>
- Norte, H. (2013). Portugal tem a taxa mais elevada de doenças mentais da Europa [versão eletrónica]. *Jornal de Notícias, s.n., s.p.* Obtido de <http://www.jn.pt/sociedade/saude/interior/portugal-tem-a-taxa-mais-elevada-de-doencas-mentais-da-europa-3468885.html>
- Oliveira, S. (2008). *Traumas da guerra: traumatização secundária das famílias dos ex-combatentes da guerra colonial com PTSD* (Dissertação de Mestrado). Obtido de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/803/1/16853_Tese_-_Susana_M_Oliveira.pdf
- Pedras, S. (2009). *Variáveis de Saúde, Familiares e de Psicopatologia em Filhos de Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11370/3/Tese.pdf>
- Pêga, A. (2012). *Até Logo, Não Venhas Tarde!*. Fundação Lapa do Lobo.
- Pelicano, J. (2015, Abril 23). Pára-me de repente o pensamento – Trailer [Arquivo de vídeo]. Obtido de https://www.youtube.com/watch?v=7pbgZz_fEBo
- Pereira, M., & Ferreira, J. (2003). *Stress Traumático: Aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: CLEMPSI EDITORES

- Pereira, M., & Pedras, S. (2010a). Vitimização Secundária nos Filhos Adultos de Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa [versão eletrónica]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (4), 702-709. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v24n4/a10v24n4.pdf>
- Pereira, M., & Pedras, S. (2010b). O Papel da Adaptabilidade Familiar na Adopção de Comportamentos de Saúde em Filhos de Veteranos de Guerra com Sintomatologia Traumática [versão eletrónica]. *Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho*. P. 1373-1387. Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/14196/1/Adaptabilidade%20familiar.pdf>
- Pereira, M. & Pedras, S. (2010). *Questionário de Vivências Familiares na Infância*. Não publicado.
- Pereira, M., & Pedras, S. (2012). Exposição Directa e Indirecta ao Trauma: Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD) e Perturbação de Stress Traumático Secundário (STSD) [versão eletrónica]. *Psicologia Na Actualidade*, s.v., nº6, 18-37. Obtido de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/22272/1/revista%20psi%20naactualidade.pdf>
- Pereira, I. (2012). Em guerra com as memórias de um trauma [versão eletrónica]. *Ciência 2.0 Conhecimento em Rede*, s.p.. Consultado a 20.11.2016, em http://www.ciencia20.up.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=332:em-guerra-com-as-memorias-traumaticas&catid=8
- Pereira, M., & Ferreira, J. (2013). *Inquérito sobre o impacto do Stress de Guerra no Ex-Combatente e sua família*. Não publicado.
- Perry, B. (s.d.). Stress, Trauma and Post-traumatic Stress Disorders in Children: An Introduction. Página consultada a 13.06.2016, em https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2013/11/PTSD_Caregivers.pdf

- Pinto, A. (1998). O impacto das emoções na memória: Alguns temas em análise. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2(2), 215-240. Obtido de http://www.fpce.up.pt/docentes/acpinto/artigos/11_memoria_e_emocoes.pdf
- Pinto, A., Carvalho, M., & Neves, P. (2005). *Cadernos de Historia A8 Tempos, Espaços e Protagonistas 12º ano- O significado internacional da revolução portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Quintais, L. (2000a). “Memória e trauma numa unidade psiquiátrica” [versão eletrónica]. *Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa- Análise Social*, vol. XXXIV (151-152), 673-684. Consultado a 06.06.2016, em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218799367L2sNU7ei6Ec51MW2.pdf>
- Quintais, L. (2000b). Liminaridade e metamorfose: uma reflexão antropológica sobre uma desordem psiquiátrica [versão eletrónica]. *Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa- Análise Social*, vol. XXXIV (153), 985-1005. Consultado a 06.06.2016, em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218801549J5sAT2bo5Qi66WH5.pdf>
- Rehbein, M., & Chatelard D. (2013). Transgeracionalidade psíquica: uma revisão de literatura [versão eletrónica]. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25 (3), s.p.. Obtido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000300010
- Ribeiro, M., Cruzeiro, M, Neves, H., Lisboa, M., Vecchi, R., Medeiros, A., & Padilha, L. (2004). *Revista Crítica de Ciências Sociais 68 As mulheres e a Guerra Colonial*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais.
- Ribeiro, J. (1999a). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. (2007b). *Avaliação em psicologia da saúde: instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto Editores.

- S. A. (1984). *Enciclopédia Salvat da Saúde - Saúde Mental vol. 3*. Lisboa: Publicações Alfa.
- S.A. (2008, Janeiro 04). Meio milhar de doentes psiquiátricos tratados em casa. *Tempo Medicina online* [versão eletrónica], s.p..
- S.A. (2011). *A Veteran Commits Suicide Every 80 Minutes, Center for a New American Security Study Reveals*. Página consultada a 12. 04.2017, em <https://www.cnas.org/press/in-the-news/a-veteran-commits-suicide-every-80-minutes-center-for-a-new-american-security-study-reveals>
- S. A. (2013, February 21). Why Some Soldiers Develop PTSD While Others Don't. Association For Psychological Science, s.p.
- S.A. (2013). Associação Sindical dos Juizes Portugueses: Há 600 ex-combatentes a viver na rua. Página consultada a 18.03.2017, em <http://www.asjp.pt/2013/07/08/ha-600-ex-combatentes-a-viver-na-rua/>
- S.A. (2016). SNS Serviço Nacional de Saúde: Portal sobre Saúde Mental. Página consultada a 15.01.2017, em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/10/27/portal-sobre-saude-mental/>
- S.A. (2016). Saúde Mental. Página consultada a 15.01.2017, em <http://www.saudemental.pt/quem-somos/4589918016>
- S.A. (2016). U.S. Department of Veterans Affairs- Effects of Traumatic Stress after Mass Violence, Terror, or Disaster. Página consultada a 13.06.2016, em <http://www.ptsd.va.gov/professional/trauma/disaster-terrorism/stress-mv-t-dhtml.asp>
- S.A. (2017). American Psychological Association. Página consultada a 01.01.2017, em <http://www.apa.org/about/index.aspx>

- S.A. (2017). American Psychological Association- Resilience in a Time of War. Página consultada a 01.01.2017, em <http://www.apa.org/helpcenter/building-intro.aspx>
- Sales, L. (2007). *Psiquiatria de Catástrofe. Memória do Encontro Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise*. Lisboa: Almedina.
- Santana, A. (2011). Psicoeducação para Pacientes Psiquiátricos e seus Familiares [versão eletrónica]. *O Portal dos Psicólogos*, s.v., 1-6. Obtido de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0252.pdf>
- Santos, P. (2017). Projeto MentHa. Obtido de <http://www.projeto mentha.com/>
- Saraiva, C., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria- Psiquiatria fundamental*. Lisboa: LIDEL.
- Siza, R. (2007). "Epidemia de suicídios" entre veteranos de guerra [versão eletrónica]. *Jornal Público*, s.n., s.p. Obtido de <https://www.publico.pt/mundo/jornal/epidemia--de-suicidios--entre-veteranos-de-guerra-238100>
- Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R., et al. (1992). From front line to home front: A study of secondary traumatization. *Family Process*, 31, 289-302. Obtido de http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1545-5300.1992.00289.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.pt&purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER
- Sousa, L. (2005). *Famílias Problemáticas*. Coimbra: Quarteto.
- Teixeira, R. (2001). *A Guerra Colonial realidade e ficção*. Lisboa: Editorial Notícias

Vieira, C. (2007). *Acontecimentos traumáticos: tradução e adaptação da escala Impact of Event Scale – Revised* (Dissertação de mestrado). Obtido de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/17412>

WHO (2017). Malária. Página consultada a 17. 05.2017. 2017, em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/es/>

ANEXOS

Documentos que sevem para fundamentação, comprovação ou ilustração, a fim de complementar a argumentação.

Anexo 1- Formulário de Consentimento Informado

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: *A ÚLTIMA CARTA*: A vulnerabilidade transgeracional ao trauma em famílias de veteranos da guerra colonial portuguesa.

<u>PROTOCOLO N°</u>	(?)
<u>PROMOTOR (Entidade ou pessoa(s) que propõe(m) o estudo)</u>	Ana Cláudia da Costa Paiva
<u>INVESTIGADOR COORDENADOR</u>	Dr. João Monteiro Ferreira
<u>CENTRO DE ESTUDO</u>	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
<u>INVESTIGADOR PRINCIPAL</u>	Ana Cláudia da Costa Paiva
<u>MORADA</u>	Avenida António João Pais Miranda, nº48 3525-012 Canas de Senhorim
<u>CONTACTO TELEFÓNICO</u>	965763130

NOME DO DOENTE
(LETRA DE IMPRENSA)

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque permite ao Investigador obter um resultado fiável no seu estudo, através do seu caso pessoal.

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a temática da vulnerabilidade ao trauma entre gerações.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer no distrito de Viseu, em colaboração com a Associação de Deficientes das Forças Armadas- Núcleo de Viseu, com o objetivo de estudar a hipótese da transmissão geracional da vulnerabilidade ao trauma até à terceira geração. Este estudo pretende, numa primeira hipótese, estudar a relação entre o diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) dos pais veteranos e o diagnóstico de Vitimização Secundária de filhos e netos com PTSD apresentem vitimização secundária. A segunda hipótese, prevê que as vivências familiares negativas na infância se associem positivamente à presença de psicopatologia e sintomatologia física e, negativamente, ao estilo de vida nos filhos e netos dos veteranos de guerra com sintomatologia/vitimização secundária.

Trata-se de um estudo quantitativo (estudo estatístico e observacional), pelo que não será feita nenhuma alteração na sua medicação ou tratamentos habituais.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes ou outros participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

Como participante neste estudo beneficiará da vigilância e apoio do seu médico, garantindo assim a sua segurança.

Este estudo tem por objetivo(s) conhecer as representações sobre a guerra, construídas pelas gerações pós-guerra; analisar a interação intrafamiliar a três gerações; contribuir para um entendimento das consequências individuais, familiares e sociais da Guerra Colonial e estimular a reflexão e o estudo sobre a importância da Guerra Colonial na História e Cultura portuguesa.



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

2.1. Procedimentos

Não se aplica.

2.2. Calendário das visitas/ Duração (exemplo)

Consoante a disponibilidade dos intervenientes.

Descrição dos Procedimento:

Colaboração da Associação de Deficientes das Forças Armadas- núcleo de Viseu.

Como instrumentos de colheita de dados pretende-se utilizar o método quantitativo através da aplicação da uma entrevista, onde se inclui questões sócio-demográficas, bem como análise documental. Para o tratamento da informação, será utilizada a análise estatística, que permite a análise dos dados: na primeira hipótese utilização do Qui-quadrado (χ^2), na segunda hipótese, utilização do Teste de Correlação de Pearson.

EPTSD (MacIntyre T. & Ventura, M. (1996). PTSD Scale.

SI (Derogatis, L.R. 1993)- Brief Symptom Inventory. Portuguese version by Canavarro, 1995

GHQ (Goldberg, 1981). General Health Questionnaire. Portuguese version by MacIntyre, MacIntyre & Silvério, 2001.

DAS (Spanier, G., 1976) - Dyadic Adjustment Scale. Portuguese Version by Pereira, Ramalho e Santos, 1999.

2.3. Tratamento de dados/ Randomização

Cada participante no estudo poderá escolher o nome que o/a representará ao invés do nome verdadeiro para assegurar a confidencialidade. Os nomes serão codificados sistematicamente e guardados apenas no computador do aluno.



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE

É garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Este estudo tem a vantagem de estudar a vulnerabilidade ao trauma até à terceira geração, permitindo um melhor conhecimento da progressão do trauma, bem como possíveis complicações associadas. Além disso, a informação que será recolhida irá contribuir para uma melhor informação dos profissionais que lidam com a temática em análise de forma a melhorar os cuidados a prestar em situações idênticas à sua.

5. NOVAS INFORMAÇÕES

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

6. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS

Não se aplica.

7. SEGURANÇA

Não se aplica.

8. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar atempadamente o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

9. CONFIDENCIALIDADE

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este consentimento informado, autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação.

Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura, através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito do estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do mesmo. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

10. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. No entanto, se além da visita prevista, lhe forem solicitadas visitas suplementares no âmbito deste estudo, não haverá qualquer custo inerente aos procedimentos das visitas. Não haverá portanto qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

11. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,
Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra
Telefone: 239 857 707
e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Cláudia Paiva
3525-012 Canas de Senhorim, Viseu
965763130



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O médico responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o médico e informá-lo(a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.

8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do Participante _____

Assinatura : _____ *Data*: ____/____/____

Nome de Testemunha / Representante Legal: _____

Assinatura: _____ *Data*: ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ *Data*: ____/____/____

Anexo 2- Questionários aos Veteranos de Guerra



INQUÉRITO SOBRE A VULNERABILIDADE TRANSGERACIONAL AO TRAUMA EM FAMÍLIAS DE VETERANOS DA GUERRA COLONIAL PORTUGUESA

A PREENCHER PELO EX- COMBATENTE

NOTAS:

- Deve ler as instruções atentamente antes de preencher cada questionário.
- Este inquérito, depois de preenchido, deve ser devolvido de acordo com as instruções recebidas no ato da entrega.
- Deve assinar e datar um documento à parte designado por *Formulário de Informação e Consentimento Informado*, onde consente que aceita participar nesta investigação.
- Se desejar pode aproveitar o verso da página para fazer os comentários que achar importantes.

Os questionários apresentados neste estudo são **trabalhos científicos**, autorizados e adaptados de outros autores, pelo que **não poderão ser reproduzidos** para qualquer fim **sem autorização dos mesmos**.

QUESTIONÁRIO N.º 1 – 1.ª PARTE

<p>NOME: _____ (primeiro e último)</p> <p>IDADE (actual) : _____ anos</p> <p>SEXO: Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/></p> <p>RAÇA : Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/></p> <p>ESTADO CIVIL: Casado <input type="checkbox"/> União de facto <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/></p> <p>Há quantos anos? _____ há _____ anos (estado civil)</p> <p>FILHOS: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/></p> <p>IDADES (anos): _____</p> <p>RELIGIÃO: _____</p>	<p>ESCOLARIDADE: Ensino Primário <input type="checkbox"/> Ensino Secundário <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/></p> <p>PROFISSÃO (actual) : _____</p> <p>PROFISSÕES ANTERIORES: _____ - _____ anos _____ - _____ anos _____ - _____ anos</p> <p>NATURALIDADE: Distrito _____</p> <p>RESIDÊNCIA (actual) : _____ _____ _____ Distrito _____ Cont.º Telefónico _____ Telemóvel _____</p> <p>Actualmente com quem reside? Só <input type="checkbox"/> Com a minha família <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Especifique _____</p>	<p>SERVIÇO MILITAR: Obrigatório <input type="checkbox"/> Voluntário <input type="checkbox"/> Incorporado em: _____ Desmobilizado a : _____</p> <p>POSTO MILITAR: Soldado <input type="checkbox"/> Sargento <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/></p> <p>RAMO: Exército <input type="checkbox"/> Força Aérea <input type="checkbox"/> Marinha <input type="checkbox"/></p> <p>ESPECIALIDADE _____</p> <p>TROPAS ESPECIAIS: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Comandos <input type="checkbox"/> Paraquedistas <input type="checkbox"/> Fuzileiros <input type="checkbox"/> Rangers <input type="checkbox"/> Grupos Especiais (G.E., T.E., G.E.P.s) <input type="checkbox"/></p>
<p>ULTRAMAR: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ex - Colónia: _____ De _____ a _____ Zona(s): _____</p> <p>INCIDENTES: Teve contacto c/ inimigo: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim: _____ Teve Ferimentos: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Por Acidente <input type="checkbox"/> Em Combate <input type="checkbox"/> Ficou Incapacitado: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Incapacidade _____ % Foi evacuado p/Metrópole: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Baixas: Por Morte: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se sim: _____ No seu G. Combate /Pelotão <input type="checkbox"/> n.º _____ Na sua Companhia <input type="checkbox"/> n.º _____ No seu Batalhão <input type="checkbox"/> n.º _____</p> <p>Prestou serviço em Missões de Paz: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Se Sim: _____ País _____ De _____ a _____ Observações: _____</p>		

Questionário de Experiência de Combate

(Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto Gouveia, J, 2008)

Secção A: As questões que se seguem referem-se a situações de Combate características da guerra colonial portuguesa. Por favor, leia atentamente as situações descritas, assinalando para cada uma se esteve exposto à mesma (coloque um X à frente de uma das opções “Sim” ou “Não”) e a frequência com que recorda ter sido exposto, durante o período total da sua actividade de ex-combatente. As suas respostas são confidenciais.

1. Participou em acções de combate ou em acções perigosas (ex.: colunas de reabastecimento), transporte de feridos, escolta a entidades, etc.)?	Não ___	Sim ___ Quantas vezes? ___
2. Esteve sob fogo directo do inimigo (IN) em acções de combate ou outras?	Não ___	Sim ___ Quantas vezes? ___
3. Esteve sob fogo indirecto do inimigo (IN) (ex.: flagelações/emboscadas) em acções de combate ou outras?	Não ___	Sim ___ Quantas vezes? ___
4. Foi vítima de ataque ou flagelação ao aquartelamento?	Não ___	Sim ___ Quantas vezes? ___
5. Correu perigo (esteve na eminência) de ser ferido ou morto (ex.: de ser cercado, de cair numa emboscada, estar numa situação potencialmente fatal, etc.)?	Não ___	Sim ___ Quanto tempo?: ___ anos e/ou ___ meses e/ou ___ dias
6. Foi ferido em combate?	Não ___	Sim ___ Quantas vezes? ___
7. Foi evacuado e hospitalizado em consequência de ataques do inimigo (IN)?	Não ___	Sim ___ Quantas vezes? ___
8. Esteve prisioneiro no Inimigo (IN)?	Não ___	Sim ___ Quanto tempo?: ___ anos e/ou ___ meses e/ou ___ dias
9. Foi vítima de atrocidades (isto é, crueldades, maus tratos físicos) por parte do inimigo (IN)?	Não ___	Sim ___ Quantas vezes? ___
10. Presenciou e/ou participou em atrocidades (isto é, crueldades, maus tratos físicos) infligidas a civis, a elementos das tropas amigas e/ou do inimigo?	Não ___	Sim ___ Quantas vezes? ___
11. Militares da sua unidade (secção, grupo de combate, companhia e/ou batalhão) foram mortos, feridos ou desapareceram em combate?	Não ___	Sim ___ Quantos? ___
12. Viu militares da sua ou de outras unidades feridos no decorrer das operações?	Não ___	Sim ___ Quantos? ___
13. Viu militares da sua ou de outras unidades mortos no decorrer das operações?	Não ___	Sim ___ Quantos? ___
14. Cuidou ou assistiu pessoas feridas ou mortas?	Não ___	Sim ___ Quantas? ___
15. Foi ferido por acidente?	Não ___	Sim ___ Quantas vezes? ___
16. Militares da sua unidade (secção, grupo de combate, companhia e/ou batalhão) foram feridos e/ou mortos por acidente?	Não ___	Sim ___ Quantos (total de mortos e feridos)?
17. Viu militares da sua unidade (secção, grupo de combate, companhia e/ou batalhão) feridos por acidentes?	Não ___	Sim ___ Quantos? ___
18. Viu militares da sua unidade (secção, grupo de combate, companhia e/ou batalhão) mortos por acidentes?	Não ___	Sim ___ Quantos? ___
19. Viu civis feridos em consequência do combate?	Não ___	Sim ___ Quantos? ___
20. Viu civis mortos em consequência do combate?	Não ___	Sim ___ Quantos? ___

Secção B: As afirmações que se seguem referem-se a situações de combate que ocorreram na guerra colonial portuguesa. Para cada afirmação assinala com um círculo o algarismo da escala que melhor descreve o grau em que se sentiu perturbado por cada situação descrita durante o cumprimento das suas comissões de serviço. Não existem respostas “certas” ou “erradas”. Não gaste demasiado tempo em cada pergunta. As suas respostas são confidenciais.

	GRAU DE PERTURBAÇÃO					
	Nada	Muito Pouco	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
1. Participação em acções de combate ou em outras acções perigosas (ex.: colunas de reabastecimento, transporte de feridos, escolta a entidades, etc.)	0	1	2	3	4	5
2. Estar sob fogo directo do inimigo (IN) em acções de combate ou outras.	0	1	2	3	4	5
3. Estar sob fogo indirecto do inimigo (IN) (ex.: flagelações/emboscadas) em acções de combate ou outras.	0	1	2	3	4	5
4. Ser vítima de ataque ou flagelação ao aquartelamento.	0	1	2	3	4	5
5. Correr perigo (estar na eminência) de ser ferido ou morto (ex.: de ser cercado, de cair numa emboscada, estar numa situação potencialmente fatal, etc.).	0	1	2	3	4	5
6. Ser ferido em combate.	0	1	2	3	4	5
7. Ser evacuado e hospitalizado em consequência de ataques do inimigo (IN).	0	1	2	3	4	5
8. Estar prisioneiro do Inimigo (IN).	0	1	2	3	4	5
9. Ser vítima de atrocidades (isto é, crueldades, maus tratos físicos) por parte do inimigo (IN).	0	1	2	3	4	5
10. Presenciar e/ou participar em atrocidades (isto é, crueldades, maus tratos físicos) infligidas a civis, a elementos da tropa amigas e/ou ao inimigo.	0	1	2	3	4	5
11. Ter conhecimento de militares da sua unidade (secção, grupo de combate, companhia e/ou batalhão) foram mortos, feridos ou desapareceram em combate.	0	1	2	3	4	5
12. Ver militares da sua ou de outras unidades feridos no decorrer das operações.	0	1	2	3	4	5
13. Ver militares da sua ou de outras unidades mortos no decorrer das operações.	0	1	2	3	4	5
14. Cuidar ou assistir pessoas feridas ou mortas.	0	1	2	3	4	5
15. Ser ferido por acidente.	0	1	2	3	4	5
16. Ter conhecimento de militares da sua unidade (secção, grupo de combate, companhia e/ou batalhão) foram feridos, ou morreram por acidente.	0	1	2	3	4	5
17. Ver militares da sua unidade (secção, grupo de combate, companhia e/ou batalhão) feridos por acidente.	0	1	2	3	4	5
18. Ver militares da sua unidade (secção, grupo de combate, companhia e/ou batalhão) mortos por acidentes.	0	1	2	3	4	5
19. Ver civis feridos em consequência do combate.	0	1	2	3	4	5
20. Ver civis mortos em consequência do combate.	0	1	2	3	4	5

Assinale com uma cruz (X) no SIM se as afirmações abaixo são verdadeiras acerca de si presentemente. No caso de não corresponderem ao que sente actualmente assinale o NÃO		
	SIM	NÃO
II - REVIVENCIA DO ACONTECIMENTO		
1-Tenho tido muitos sonhos maus ou pesadelos repetidos acerca da experiência traumática de guerra?		
2-Tenho tido pensamentos desagradáveis acerca da experiência de guerra mesmo quando não os quer ter (contra sua vontade)?		
3- As vezes sinto que essa experiência traumática de guerra vai acontecer outra vez?		
4- Fico muito nervoso ou estanho quando vejo ou ouço alguma coisa parecida com essa experiência ou que me faz lembrar dela?		
5- O meu corpo começa a transpirar e a tremer e o seu coração bate mais depressa quando tenho uma experiência parecida com a experiência traumática de guerra?		
III- RESPOSTA AO ACONTECIMENTO		
1- Tenho tentado não ter pensamentos ou sentir coisas da experiência da guerra?		
2- Tenho tentado não fazer coisas, que me fazem lembrar a experiência da guerra?		
3- Não consigo lembrar-me de coisas importantes dessa experiência?		
4- Desde que tive essa experiência tenho sentido menos vontade de estar com os amigos, jogar ou fazer coisas que gostava de fazer anteriormente?		
5- Desde essa experiência tenho-me sentido estranho e diferente dos meus amigos, como se não me importasse com eles?		
6- Por vezes sinto-me tão triste que não consigo falar nem chorar?		
7- Tenho-me sentido incapaz de pensar no futuro?		
IV- RESPOSTAS PROLONGADAS		
1- Tenho dificuldade em adormecer ou manter-me a dormir?		
2- Sinto irritabilidade ou sentimentos de raiva que não consigo controlar?		
3- Não consigo prestar atenção, distraio-mo com facilidade?		
4- Estou sempre alerta com medo de que aconteça alguma coisa inesperada?		
5- Sinto-me muito nervoso ou fico assustado com barulhos fortes ou inesperados?		

QUESTIONÁRIO N.º 6 – 1ª PARTE

Este questionário procura avaliar o grau de satisfação que as pessoas apresentam na sua relação com a esposa / companheira. Responda cuidadosamente a cada afirmação, colocando um círculo na resposta que melhor se adequa à sua situação. Não existem respostas certas nem erradas.

Este questionário NÃO DEVE SER PREENCHIDO se o veterano é SOLTEIRO e nunca viveu MARITALMENTE.

	Nunca	Muito Raramente	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre	Sempre
1. A minha esposa/companheira é bastante afectiva	1	2	3	4	5	6	7
2. A minha esposa/companheira trata-me mal	1	2	3	4	5	6	7
3. A minha esposa/companheira preocupa-se verdadeiramente comigo	1	2	3	4	5	6	7
4. Sinto que não escolheria a mesma companheira se tivesse oportunidade de escolher novamente	1	2	3	4	5	6	7
5. Sinto que posso confiar na minha companheira	1	2	3	4	5	6	7
6. Sinto que a nossa relação está a terminar	1	2	3	4	5	6	7

QUESTIONÁRIO N.º 7 – 1.ª PARTE

Instruções:

Leia com atenção as questões seguintes. Decida, para cada uma delas, com que frequência o comportamento descrito ocorre na sua família.

Numa escala que vai de 1(Quase Nunca) a 5 (Quase Sempre), assinalando com uma cruz ou com um círculo o número que melhor corresponde à sua situação.

Só responder se o veterano TEM FILHOS e vive ou viveu com eles.

	Quase Nunca	De vez em Quando	Às Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
1 Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldades	1	2	3	4	5
2 Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião	1	2	3	4	5
3 É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família	1	2	3	4	5
4 Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares	1	2	3	4	5
5 Em nossa casa, a família costuma reunir-se toda na mesma sala	1	2	3	4	5
6 Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina	1	2	3	4	5
7 Na nossa família fazemos as coisas em conjunto	1	2	3	4	5
8 Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas	1	2	3	4	5
9 Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho	1	2	3	4	5
10 As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	1	2	3	4	5
11 Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família	1	2	3	4	5
12 É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família	1	2	3	4	5
13 Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros	1	2	3	4	5
14 Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece	1	2	3	4	5
15 Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto como família	1	2	3	4	5
16 Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta	1	2	3	4	5
17 Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros	1	2	3	4	5
18 Na nossa família somos justos quanto à disciplina	1	2	3	4	5
19 Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família, do que a elementos da família	1	2	3	4	5
20 A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas	1	2	3	4	5

21	Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer	1	2	3	4	5
22	Na nossa família todos partilham responsabilidades	1	2	3	4	5
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	1	2	3	4	5
24	É difícil mudar as normas que regulam na nossa família	1	2	3	4	5
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	1	2	3	4	5
26	Quando os problemas surgem, todos fazemos cedências	1	2	3	4	5
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós	1	2	3	4	5
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos	1	2	3	4	5
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família, do que com a família toda.	1	2	3	4	5
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	1	2	3	4	5

Respondeu a este questionário tendo em conta:

A sua relação familiar actual

Uma relação familiar anterior

QUESTIONÁRIO N.º 8 – 1.ª PARTE

As pessoas ajudam-se umas às outras em diferentes situações. Suponha que tem algum tipo de problema (*está aborrecida acerca de alguma coisa, precisa de ajuda num problema prático, está sem dinheiro, ou precisa de algum conselho ou orientação*), como provavelmente iriam os membros da sua **família (a)**, e os seus **amigos (b)** ajudá-la em cada uma das situações em baixo referidas.

Tente basear as suas respostas na sua experiência passada com essas pessoas. Use a escala em baixo indicada, e **assinale com um círculo um dos números** referente a *família*, e um outro para *amigos*, em cada item.

1 = **Nunca** alguém me faria isso

2 = **Algumas vezes** alguém me faria isso

3 = Há uma **grande probabilidade** de **algum** membro da família / amigo fazer isso

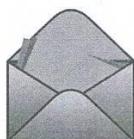
4 = **Com Certeza** que **algum** membro da família / amigo fazia isso

5 = **Com Certeza** que a **maioria** dos membros da família / amigos faziam isso

	(a) Família					(b) Amigos				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Sugeriam-me fazer algo para poder distrair-me dos meus problemas										
2. Visitavam-me ou então convidavam-me para ir a sua casa										
3. Confortavam-me se estivesse preocupado										
4. Davam-me boleia se precisasse										
5. Almoçariam ou jantariam comigo										
6. Tomariam conta das minhas coisas (casa, animais de estimação, etc.) durante algum tempo										
7. Emprestavam-me o carro se precisasse										
8. Contavam-me piadas ou sugeriam fazermos algo para me animar										
9. Iriam ao cinema ou a um espectáculo comigo										
10. Sugeriam forma de conseguir obter mais informação acerca da situação										
11. Ajudavam-me a fazer uma mudança de casa ou realizar uma tarefa difícil										
12. Ouviam-me se precisasse de falar acerca dos meus sentimentos										
13. Passariam um bom tempo comigo										
14. Pagavam-me o almoço se eu não tivesse dinheiro										
15. Sugeriam-me uma maneira na qual eu pudesse fazer algo										
16. Encorajavam-me na realização de algo difícil										
17. Davam-me um conselho acerca do que fazer										
18. Conversariam comigo										

	(a) Família					(b) Amigos				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Ajudavam-me a descobrir o que eu queria fazer	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Mostravam-me que compreendiam o que eu estava a sentir	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Pagavam-me uma bebida se eu tivesse pouco dinheiro	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Ajudavam-me a decidir o que fazer	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Davam-me um abraço ou mostravam que se preocupavam comigo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. Telefonavam-me apenas para saber como eu estava	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Ajudavam-me a descobrir o que se estava a passar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26. Ajudavam-me nalguma compra necessária que tivesse que fazer	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
27. Não me julgariam	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28. Diziam-me com quem falar para obter ajuda	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29. Empréstavam-me dinheiro por um período indefinido	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30. Seriam compreensivos se estivesse aborrecido	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31. Estariam do meu lado numa situação difícil	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32. Compravam-me roupa se tivesse pouco dinheiro	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
33. Informavam-me das escolhas e opções disponíveis	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
34. Empréstavam-me ferramentas, equipamentos ou electrodomésticos se precisasse deles	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35. Explicavam-me porque devia ou não fazer algo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
36. Mostravam afecto para comigo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
37. Mostravam-me como fazer algo que eu não sabia como fazer	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
38. Ofereciam-me pequenos presentes de coisas que eu precisava	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
39. Informavam-me do melhor caminho para obter algo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
40. Falariam a outras pessoas para arranjar algo para mim	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41. Empréstavam-me dinheiro e não se preocupavam se eu não o devolvesse	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
42. Diziam-me o que fazer	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43. Ofereciam-me um lugar para ficar durante algum tempo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
44. Ajudavam-me a pensar acerca de um problema	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
45. Empréstavam-me uma soma avultada de dinheiro (o equivalente à renda de um mês ou do salário)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Anexo 3- Questionários às Esposas/Companheiras dos Veteranos de Guerra



INQUÉRITO SOBRE A VULNERABILIDADE TRANSGERACIONAL AO
TRAUMA EM FAMÍLIAS DE VETERANOS DA GUERRA COLONIAL
PORTUGUESA

*A PREENCHER PELA ESPOSA/COMPANHEIRA
DO
EX-COMBATENTE*

NOTAS:

- Deve ler as instruções atentamente antes de preencher cada questionário.
- Este inquérito, depois de preenchido, deve ser devolvido de acordo com as instruções recebidas no ato da entrega.
- Deve assinar e datar um documento à parte designado por *Formulário de Informação e Consentimento Informado*, onde consente que aceita participar nesta investigação.
- Se desejar pode aproveitar o verso da página para fazer os comentários que achar importantes.

Os questionários apresentados neste estudo são **trabalhos científicos**, autorizados e adaptados de outros autores, pelo que **não poderão ser reproduzidos** para qualquer fim **sem autorização dos mesmos**.

QUESTIONÁRIO N.º 1 – 2.ª PARTE

NOME _____

NOME DO MARIDO/COMPANHEIRO (VETERANO DE GUERRA) _____

IDADE: _____ anos

RAÇA: _____

HABILITAÇÕES : _____

PROFISSÃO: _____

NÚMERO DE FILHOS: _____

CONTACTO TELEFÓNICO: _____

ESTADO CIVIL: _____

TODOS ESTES DADOS SERÃO MANTIDOS CONFIDENCIAIS

QUESTIONÁRIO N.º 2 – 2.ª PARTE

INSTRUÇÕES

Neste questionário encontram-se perguntas e afirmações que têm por objectivo descrever as suas respostas em relação à experiência de guerra do seu marido/companheiro bem como a sua experiência em relação às suas reacções para consigo e família.
 Não há respostas certas ou erradas, só maneiras diferentes de reagir a acontecimentos. Responda com exactidão e veracidade a todas as perguntas.

I – ACONTECIMENTO

A)1 – Sabe se o seu marido/companheiro teve alguma experiência traumática na guerra (ex.: ferimentos graves, morte de amigos ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros)? Sim Não

2- Descreva essa experiência:

3- Quando é que isso aconteceu? Ano _____ Mês _____

4- Sabe ou sente que ele mudou depois de ter servido no Ultramar Sim Não

5- Quanto tempo depois desse acontecimento pensa que ele começou a sentir-se diferente?
 Nos 6 meses seguintes Após 6 meses

6- Actualmente ainda sente essas diferenças? Sim Não

7- Se não as sente actualmente, quando é que as deixou de sentir? _____

8- Sente-se mal por não ter podido ajudá-lo no que lhe aconteceu? Sim Não

Pense na EXPERIÊNCIA DE GUERRA QUE O SEU MARIDO/ COMPANHEIRO VIVEU E NA SUA EXPERIÊNCIA EM RELAÇÃO ÀS REACÇÕES QUE ELE TEM PARA CONSIGO E FAMÍLIA.

Assinale com uma *crux* (X) no SIM se as afirmações abaixo são verdadeiras acerca de si presentemente. No caso de não corresponderem ao que sente actualmente assinale o **NÃO**.

II - REVIVÊNCIA DO ACONTECIMENTO

	SIM	NÃO
1-Tem tido muitos sonhos maus ou pesadelos repetidos sobre dessas experiências?		
2-Tem tido pensamentos desagradáveis acerca dessas experiências mesmo quando não os quer ter (contra sua vontade)?		
3- As vezes sente que essas experiências vão acontecer outra vez?		
4- Fica muito nervosa ou estranha quando vê ou ouve alguma coisa parecida com essas experiências ou que a fazem lembrar delas?		
5- O seu corpo começa a transpirar e a tremer e o seu coração bate mais depressa quando tem que lidar com as reacções do seu marido/ companheiro?		

III - RESPOSTA AO ACONTECIMENTO	SIM	NÃO
1- Tem tentado não ter pensamentos ou sentir coisas acerca dessas experiências?		
2- Tem tentado não fazer coisas, que lhe fazem lembrar essas experiências ou provocam reacções no seu marido/companheiro em relação a si ou restante família?		
3- Não consegue lembrar-se de coisas importantes dessa experiências?		
4- Desde que teve essas experiências tem sentido menos vontade de estar com os amigos, jogar ou fazer coisas que gostava de fazer anteriormente?		
5- Desde essa experiências tem-se sentido estranha e diferente dos seus amigos, como se não me importasse com eles?		
6- Por vezes sente-se tão triste que não consegue falar nem chorar?		
7- Tem-se sentido incapaz de pensar no futuro?		
IV - RESPOSTAS PROLONGADAS		
1- Tem dificuldade em adormecer ou manter-me a dormir?		
2- Sente irritabilidade ou sentimentos de raiva que não consegue controlar?		
3- Não consigo prestar atenção, distraio-mo com facilidade?		
4- Está sempre alerta com medo de que aconteça alguma coisa inesperada?		
5- Sente-se muito nervoso ou fica assustado com barulhos fortes ou inesperados?		

QUESTIONÁRIO N.º 7 – 2.ª PARTE

Este questionário procura avaliar o grau de satisfação que as pessoas apresentam na sua relação com o marido/companheiro. Responda cuidadosamente a cada afirmação, colocando um círculo na resposta que melhor se adequa à sua situação. Não existem respostas certas nem erradas.

	Nunca	Muito Raramente	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre	Sempre
1. O meu companheiro é bastante afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. O meu companheiro trata-me mal	1	2	3	4	5	6	7
3. O meu companheiro preocupa-se verdadeiramente comigo	1	2	3	4	5	6	7
4. Sinto que não escolheria o mesmo companheiro se tivesse oportunidade de escolher novamente	1	2	3	4	5	6	7
5. Sinto que posso confiar no meu companheiro	1	2	3	4	5	6	7
6. Sinto que a nossa relação está a terminar	1	2	3	4	5	6	7
7. O meu companheiro não me compreende verdadeiramente	1	2	3	4	5	6	7
8. Sinto que o nosso relacionamento é bom	1	2	3	4	5	6	7
9. O nosso relacionamento é muito feliz	1	2	3	4	5	6	7
10. A nossa vida em conjunto é aborrecida	1	2	3	4	5	6	7
11. Nós temos muitos momentos de diversão em conjunto	1	2	3	4	5	6	7
12. O meu companheiro não me faz confidências	1	2	3	4	5	6	7
13. O nosso relacionamento é muito próximo	1	2	3	4	5	6	7
14. Sinto que não posso confiar no meu companheiro	1	2	3	4	5	6	7
15. Sinto que não temos interesses suficientes em comum	1	2	3	4	5	6	7
16. Nós gerimos muito bem as nossas discussões e desentendimentos	1	2	3	4	5	6	7
17. Nós gerimos bem as nossas finanças	1	2	3	4	5	6	7
18. Sinto que nunca me deveria ter casado com o meu companheiro	1	2	3	4	5	6	7
19. O meu companheiro e eu damos-nos muito bem	1	2	3	4	5	6	7
20. O nosso relacionamento é muito estável	1	2	3	4	5	6	7
21. O meu companheiro é um verdadeiro conforto para mim	1	2	3	4	5	6	7
22. Sinto que já não tenho carinho pelo meu companheiro	1	2	3	4	5	6	7
23. Sinto que o futuro da nossa relação é promissor	1	2	3	4	5	6	7
24. Sinto que a nossa relação é vazia	1	2	3	4	5	6	7
25. Sinto que não há entusiasmo na nossa relação.	1	2	3	4	5	6	7

QUESTIONÁRIO N.º 8 – 2.ª PARTE

Instruções:

Leia com atenção as questões seguintes. Decida, para cada uma delas, com que frequência o comportamento descrito ocorre na sua família.

Numa escala que vai de 1 (**Quase nunca**) a 5 (**Quase sempre**), assinalando com uma cruz ou com um círculo o número que melhor corresponde à sua situação.

SÓ RESPONDER no caso de existirem filhos na relação com o veterano.

	Quase Nunca	De vez em Quando	Às Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre	
1	Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldades	1	2	3	4	5
2	Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião	1	2	3	4	5
3	É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família	1	2	3	4	5
4	Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares	1	2	3	4	5
5	Em nossa casa, a família costuma reunir-se toda na mesma sala	1	2	3	4	5
6	Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina	1	2	3	4	5
7	Na nossa família fazemos as coisas em conjunto	1	2	3	4	5
8	Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas	1	2	3	4	5
9	Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho	1	2	3	4	5
10	As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família	1	2	3	4	5
11	Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família	1	2	3	4	5
12	É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família	1	2	3	4	5
13	Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros	1	2	3	4	5
14	Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece	1	2	3	4	5
15	Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto como família	1	2	3	4	5
16	Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta	1	2	3	4	5
17	Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros	1	2	3	4	5
18	Na nossa família somos justos quanto à disciplina	1	2	3	4	5
19	Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família, do que a elementos da família	1	2	3	4	5

20	A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas	1	2	3	4	5
21	Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer	1	2	3	4	5
22	Na nossa família todos partilham responsabilidades	1	2	3	4	5
23	Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros	1	2	3	4	5
24	É difícil mudar as normas que regulam na nossa família	1	2	3	4	5
25	Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros	1	2	3	4	5
26	Quando os problemas surgem, todos fazemos cedências	1	2	3	4	5
27	Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós	1	2	3	4	5
28	Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos	1	2	3	4	5
29	Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família, do que com a família toda.	1	2	3	4	5
30	Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros	1	2	3	4	5

Respondeu a este questionário tendo em conta:

Os filhos são da sua relação com o veterano?

Os filhos são de uma outra relação anterior?

QUESTIONÁRIO N.º 9 – 2.ª PARTE

As pessoas ajudam-se umas às outras em diferentes situações. Suponha que tem algum tipo de problema (*está aborrecida acerca de alguma coisa, precisa de ajuda num problema prático, está sem dinheiro, ou precisa de algum conselho ou orientação*), como provavelmente iriam os membros da sua família (a), e os seus amigos (b) ajudá-la em cada uma das situações em baixo referidas.

Tente basear as suas respostas na sua experiência passada com essas pessoas. Use a escala em baixo indicada, e **assinale com um círculo um número** referente a *família*, e um outro para *amigos*, em cada item.

1 = **Nunca** alguém me faria isso

2 = **Algumas vezes** alguém me faria isso

3 = Há uma **grande probabilidade** de **algum** membro da família / amigo fazer isso

4 = **Com Certeza** que **algum** membro da família / amigo fazia isso

5 = **Com Certeza** que a **maioria** dos membros da família / amigos faziam isso

	(a) Família					(b) Amigos				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Sugeriam-me fazer algo para poder distrair-me dos meus problemas										
2. Visitavam-me ou então convidavam-me para ir a sua casa										
3. Confortavam-me se estivesse preocupado										
4. Davam-me boleia se precisasse										
5. Almoçariam ou jantariam comigo										
6. Tomariam conta das minhas coisas (casa, animais de estimação, etc.) durante algum tempo										
7. Empréstavam-me o carro se precisasse										
8. Contavam-me piadas ou sugeriam fazermos algo para me animar										
9. Iriam ao cinema ou a um espectáculo comigo										
10. Sugeriam forma de conseguir obter mais informação acerca da situação										
11. Ajudavam-me a fazer uma mudança de casa ou realizar uma tarefa difícil										
12. Ouviam-me se precisasse de falar acerca dos meus sentimentos										
13. Passariam um bom tempo comigo										
14. Pagavam-me o almoço se eu não tivesse dinheiro										
15. Sugeriam-me uma maneira na qual eu pudesse fazer algo										
16. Encorajavam-me na realização de algo difícil										
17. Davam-me um conselho acerca do que fazer										
18. Conversariam comigo										

	(a) Família					(b) Amigos				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Ajudavam-me a descobrir o que eu queria fazer	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Mostravam-me que compreendiam o que eu estava a sentir	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Pagavam-me uma bebida se eu tivesse pouco dinheiro	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Ajudavam-me a decidir o que fazer	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Davam-me um abraço ou mostravam que se preocupavam comigo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. Telefonavam-me apenas para saber como eu estava	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Ajudavam-me a descobrir o que se estava a passar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26. Ajudavam-me nalguma compra necessária que tivesse que fazer	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
27. Não me julgariam	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28. Diziam-me com quem falar para obter ajuda	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29. Empréstavam-me dinheiro por um período indefinido	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30. Seriam compreensivos se estivesse aborrecida	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31. Estariam do meu lado numa situação difícil	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32. Compravam-me roupa se tivesse pouco dinheiro	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
33. Informavam-me das escolhas e opções disponíveis	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
34. Empréstavam-me ferramentas, equipamento ou electrodomésticos se precisasse deles	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35. Explicavam-me porque devia ou não fazer algo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
36. Mostravam afecto para comigo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
37. Mostravam-me como fazer algo que eu ao sabia como fazer	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
38. Ofereciam-me pequenos presentes de coisas que eu precisava	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
39. Informavam-me do melhor caminho para obter algo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
40. Falariam a outras pessoas para arranjar algo para mim	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41. Empréstavam-me dinheiro e não se preocupavam se eu não devolvesse	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
42. Diziam-me o que fazer	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43. Ofereciam-me um lugar para ficar durante algum tempo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
44. Ajudavam-me a pensar acerca do problema	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
45. Empréstavam-me uma soma avultada de dinheiro (o equivalente à renda de um mês ou do salário)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Anexo 4- Breve informação sobre o Agregado Familiar**INFORMAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR**

Idade	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Estado civil	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado / Separado <input type="checkbox"/> União de Facto <input type="checkbox"/> Viúvo
Escolaridade	<input type="checkbox"/> Ensino Primário <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Secundário <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Outro
Situação laboral/escolar	<input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Emprego fixo <input type="checkbox"/> Emprego autónomo
Existe no agregado familiar algum membro portador de alguma patologia?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Quem? _____ Patologia _____
Existe no agregado familiar algum membro que fez parte de algum evento traumático anterior? (Ex.: acidente de viação, etc.)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: Quem? _____ Com que idade? _____ Evento _____ traumático: _____

Anexo 5- Questionários aos Filhos de Veteranos de Guerra



INQUÉRITO SOBRE A VULNERABILIDADE TRANSGERACIONAL AO TRAUMA EM FAMÍLIAS DE VETERANOS DA GUERRA COLONIAL PORTUGUESA

A PREENCHER PELO FILHO (A) DO EX-COMBATENTE

NOTAS:

- Deve ler as instruções atentamente antes de preencher cada questionário.
- Este inquérito, depois de preenchido, deve ser devolvido de acordo com as instruções recebidas no ato da entrega.
- Deve assinar e datar um documento à parte designado por *Formulário de Informação e Consentimento Informado*, onde consente que aceita participar nesta investigação.
- Se desejar pode aproveitar o verso da página para fazer os comentários que achar importantes.

Os questionários apresentados neste estudo são **trabalhos científicos**, autorizados e adaptados de outros autores, pelo que **não poderão ser reproduzidos** para qualquer fim **sem autorização dos mesmos**.

QUESTIONARIO DE VIVENCIAS FAMILIARES NA INFANCIA

M. Graça Pereira & Susana Pedras
Versão de Investigação 2008

INSTRUÇÕES

Na minha família, EM RELAÇÃO AO MEU PAI E/OU MÃE, quando era criança/adolescente vivi as seguintes situações:

(Por favor assinale com X a coluna que se adequa ao seu caso).

	Quase Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Quase Sempre
1. Presenciar estados de alcoolismo					
2. Ser fechado em quarto escuro					
3. Ser elogiado					
4. Receber insultos e humilhações					
5. Ser castigado retirando-me algo que eu gostava					
6. Bateram-me com colher de pau ou sapato					
7. Receber agressões na cabeça					
8. Sentir-me respeitado nas minhas necessidades de autonomia					
9. Ter que me colocar fisicamente entre pai e mãe quando discutiam					
10. Assistir a tentativas de suicídio de pai/mãe					
11. Atirarem-me com objectos					
12. Sentir-me amado					
13. Assistir a fugas de casa de pai/mãe					
14. Sentir-me feliz					
15. Receber afecto					
16. Sentir-me seguro					
17. Ser obrigado a deixar de estudar					
18. Não me dirigirem a palavra durante um dia ou mais					

19. Receber acompanhamento nos trabalhos de casa					
20. Ser abusado sexualmente					
21. Ser ameaçado com uma arma de fogo, faca ou outro objecto					
22. Estar entregue a mim próprio					
23. Sentir-me valorizado como pessoa					
24. Baterem-me com cinto					

QUESTIONÁRIO Nº 2- 2ª PARTE

INSTRUÇÕES

Neste questionário encontram-se perguntas e afirmações que têm por objetivo descrever as suas respostas em relação à experiências de guerra do seu pai bem como a sua experiência em relação às suas reações para consigo e família.

Não há respostas certas ou erradas, só maneiras diferentes de reagir a acontecimentos. Responda com exatidão e veracidade a todas as perguntas.

I- ACONTECIMENTO

A) 1 – Sabe se o seu pai teve alguma experiência traumática na guerra (ex.: ferimento graves, morte de amigos ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros)? Sim Não

2- Descreva essa experiência:

3- Quando é que isso aconteceu? Ano _____ Mês _____

4- Sabe ou sente que ele mudou depois de ter servido no Ultramar Sim Não

5- Quanto tempo depois desse acontecimento pensa que ele começou a sentir-se diferente?

Nos 6 meses seguintes Após 6 meses

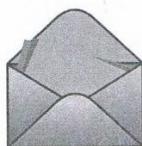
6- Atualmente ainda sente essas diferenças? Sim Não

7- Se não as sente actualmente, quando é que as deixou de sentir? _____

8- Sente-se mal por não ter podido ajudá-lo no que lhe aconteceu? Sim Não

Pense na EXPERIÊNCIA DE GUERRA QUE O SEU PAI VIVEU E NA SUA EXPERIÊNCIA EM RELAÇÃO ÀS REACÇÕES QUE ELE TEM PARA CONSIGO E FAMÍLIA. Assinale com <i>uma cruz (X)</i> no <i>SIM</i> se as afirmações abaixo são verdadeiras acerca de si presentemente. No caso de não corresponderem ao que sente actualmente assinale o <i>NÃO</i> .		
II- REVIVÊNCIA DO ACONTECIMENTO	SIM	NÃO
1-Tem tido muitos sonhos maus ou pesadelos repetidos sobre essas experiências?		
2- Tem tido pensamentos desagradáveis acerca dessas experiências mesmo quando não os quer ter (contra sua vontade)?		
3- Às vezes sentem que essas experiências vão acontecer outra vez?		
4- Fica muito nervoso(a) ou estranho(a) quando vê ou ouve alguma coisa parecida com essas experiências ou que a fazem lembrar delas?		
5- O seu corpo começa a transpirar e a tremer e o seu coração bate mais depressa quando tem que lidar com as reacções do seu pai?		
III- RESPOSTA AO ACONTECIMENTO		
1-Tem tentado não ter pensamentos ou sentir coisas acerca dessas experiências?		
2-Tem tentado não fazer coisas, que lhe fazem lembrar essas experiências ou provocam reacções no seu pai em relação a si ou restante família?		
3-Não consegue lembrar-se de coisas importantes dessa experiência?		
4-Desde que teve essas experiências tem-se sentido estranha e diferente dos seus amigos, jogar ou fazer coisas que gostava de fazer anteriormente?		
5-Desde essa experiências tem-se sentido estranha e diferente dos seus amigos, como se não me importasse com eles?		
6-Por vezes sente-se tão triste que não consegue falar nem chorar?		
7-Tem-se sentido incapaz de pensar no futuro?		
IV- RESPOSTAS PROLONGADAS		
1-Tem dificuldade em adormecer ou manter-se a dormir?		
2-Sente irritabilidade ou sentimentos de raiva que não consegue controlar?		
3-Não consigo prestar atenção, distraio-me com facilidade?		
4- Está sempre alerta com medo de que aconteça alguma coisa inesperada?		
5- Sente-se muito nervoso(a) ou fica assustado(a) com barulhos fortes ou inesperados?		

Anexo 6- Questionários aos Netos de Veteranos de Guerra



INQUÉRITO SOBRE A VULNERABILIDADE TRANSGERACIONAL AO TRAUMA EM FAMÍLIAS DE VETERANOS DA GUERRA COLONIAL PORTUGUESA

A PREENCHER PELO NETO (A) DO EX-COMBATENTE

NOTAS:

- Deve ler as instruções atentamente antes de preencher cada questionário.
- Este inquérito, depois de preenchido, deve ser devolvido de acordo com as instruções recebidas no ato da entrega.
- Deve assinar e datar um documento à parte designado por *Formulário de Informação e Consentimento Informado*, onde consente que aceita participar nesta investigação.
- Se desejar pode aproveitar o verso da página para fazer os comentários que achar importantes.

Os questionários apresentados neste estudo são **trabalhos científicos**, autorizados e adaptados de outros autores, pelo que **não poderão ser reproduzidos** para qualquer fim **sem autorização dos mesmos**.

QUESTIONARIO DE VIVENCIAS FAMILIARES NA INFANCIA

M. Graça Pereira & Susana Pedras
Versão de Investigação 2008

INSTRUÇÕES

Na minha família, EM RELAÇÃO AO MEU PAI E/OU MÃE, quando era criança/adolescente vivi as seguintes situações:

(Por favor assinala com X a coluna que se adequa ao seu caso).

	Quase Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Quase Sempre
1. Presenciar estados de alcoolismo					
2. Ser fechado em quarto escuro					
3. Ser elogiado					
4. Receber insultos e humilhações					
5. Ser castigado retirando-me algo que eu gostava					
6. Bateram-me com colher de pau ou sapato					
7. Receber agressões na cabeça					
8. Sentir-me respeitado nas minhas necessidades de autonomia					
9. Ter que me colocar fisicamente entre pai e mãe quando discutiam					
10. Assistir a tentativas de suicídio de pai/mãe					
11. Atirarem-me com objectos					
12. Sentir-me amado					
13. Assistir a fugas de casa de pai/mãe					
14. Sentir-me feliz					
15. Receber afecto					
16. Sentir-me seguro					
17. Ser obrigado a deixar de estudar					
18. Não me dirigirem a palavra durante um dia ou mais					

19. Receber acompanhamento nos trabalhos de casa					
20. Ser abusado sexualmente					
21. Ser ameaçado com uma arma de fogo, faca ou outro objecto					
22. Estar entregue a mim próprio					
23. Sentir-me valorizado como pessoa					
24. Baterem-me com cinto					

QUESTIONÁRIO Nº 2- 2ª PARTE

INSTRUÇÕES

Neste questionário encontram-se perguntas e afirmações que têm por objetivo descrever as suas respostas em relação à experiências de guerra do seu ~~avô~~ bem como a sua experiência em relação às suas reações para consigo e família.

Não há respostas certas ou erradas, só maneiras diferentes de reagir a acontecimentos. Responda com exatidão e veracidade a todas as perguntas.

I- ACONTECIMENTO

A) 1 – Sabe se o seu ~~avô~~ teve alguma experiência traumática na guerra (ex.: ferimento graves, morte de amigos ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros)? Sim Não

2- Descreva essa experiência:

3- Quando é que isso aconteceu? Ano _____ Mês _____

4- Sabe ou sente que ele mudou depois de ter servido no Ultramar Sim Não

5- Quanto tempo depois desse acontecimento pensa que ele começou a sentir-se diferente?

Nos 6 meses seguintes Após 6 meses

6- Atualmente ainda sente essas diferenças? Sim Não

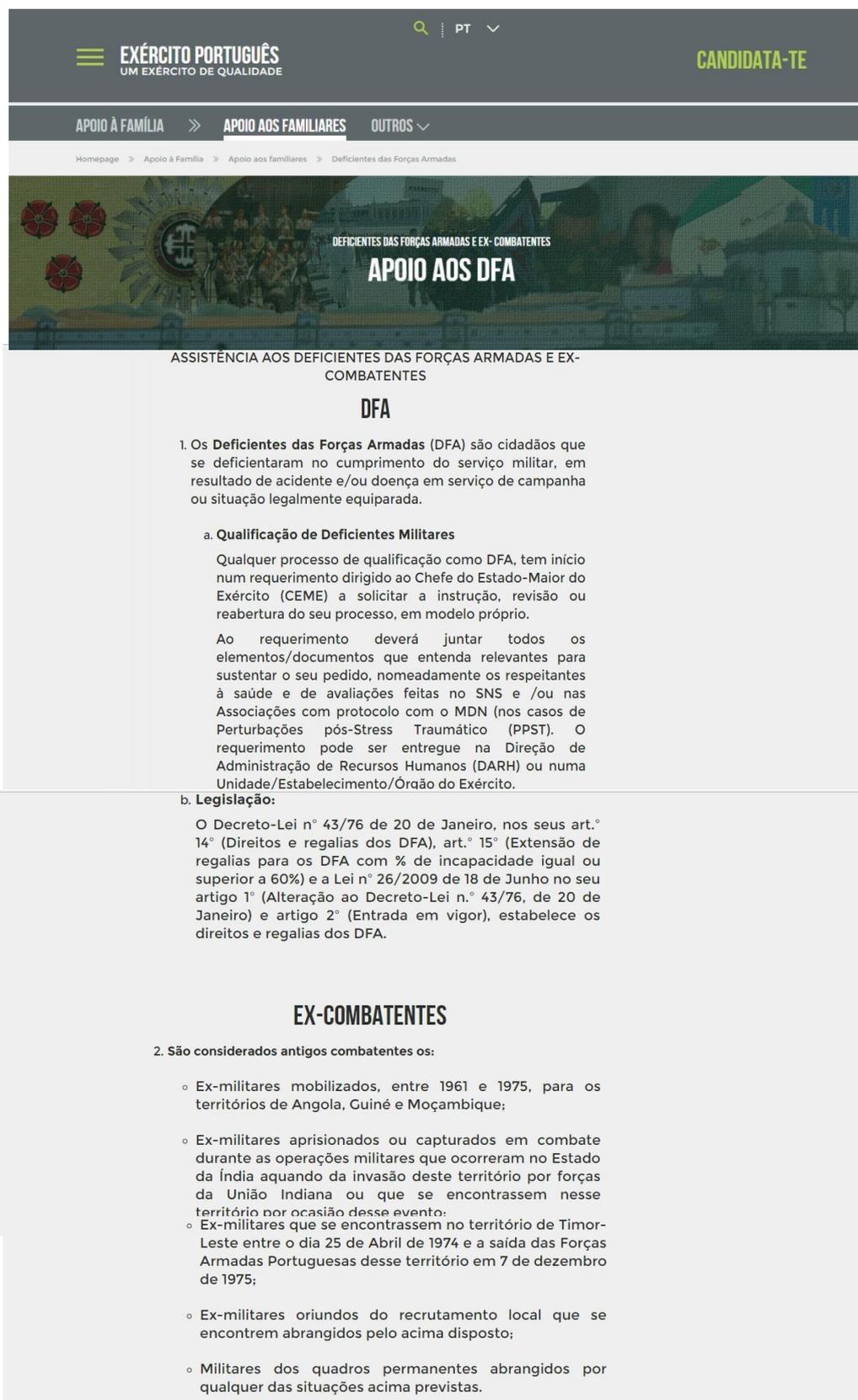
7- Se não as sente actualmente, quando é que as deixou de sentir? _____

8- Sente-se mal por não ter podido ajudá-lo no que lhe aconteceu? Sim Não

Pense na EXPERIÊNCIA DE GUERRA QUE O SEU AVÔ VIVEU E NA SUA EXPERIÊNCIA EM RELAÇÃO ÀS REACÇÕES QUE ELE TEM PARA CONSIGO E FAMÍLIA. Assinale com <i>uma cruz (X)</i> no <i>SIM</i> se as afirmações abaixo são verdadeiras acerca de si presentemente. No caso de não corresponderem ao que sente actualmente assinale o <i>NÃO</i> .		
II- REVIVÊNCIA DO ACONTECIMENTO	SIM	NÃO
1-Tem tido muitos sonhos maus ou pesadelos repetidos sobre essas experiências?		
2- Tem tido pensamentos desagradáveis acerca dessas experiências mesmo quando não os quer ter (contra sua vontade)?		
3- Às vezes sentem que essas experiências vão acontecer outra vez?		
4- Fica muito nervoso(a) ou estranho(a) quando vê ou ouve alguma coisa parecida com essas experiências ou que a fazem lembrar delas?		
5- O seu corpo começa a transpirar e a tremer e o seu coração bate mais depressa quando tem que lidar com as reacções do seu avô?		
III- RESPOSTA AO ACONTECIMENTO		
1-Tem tentado não ter pensamentos ou sentir coisas acerca dessas experiências?		
2-Tem tentado não fazer coisas, que lhe fazem lembrar essas experiências ou provocam reacções no seu pai em relação a si ou restante família?		
3-Não consegue lembrar-se de coisas importantes dessa experiência?		
4-Desde que teve essas experiências tem-se sentido estranha e diferente dos seus amigos, jogar ou fazer coisas que gostava de fazer anteriormente?		
5-Desde essa experiência tem-se sentido estranha e diferente dos seus amigos, como se não me importasse com eles?		
6-Por vezes sente-se tão triste que não consegue falar nem chorar?		
7-Tem-se sentido incapaz de pensar no futuro?		
IV- RESPOSTAS PROLONGADAS		
1-Tem dificuldade em adormecer ou manter-se a dormir?		
2-Sente irritabilidade ou sentimentos de raiva que não consegue controlar?		
3-Não consigo prestar atenção, distraio-me com facilidade?		
4- Está sempre alerta com medo de que aconteça alguma coisa inesperada?		
5- Sente-se muito nervoso(a) ou fica assustado(a) com barulhos fortes ou inesperados?		

Anexo 7- Apoio aos Deficientes das Forças Armadas (ADFA)

O Exército Português dispõe de uma plataforma online (<http://www.exercito.pt/pt/apoio-a-familia/apoio-aos-familiares/deficientes-das-forças-armadas>) onde consta informação face aos apoios desta entidade perante os Deficientes das Forças Armadas (DFA).



EXÉRCITO PORTUGUÊS
UM EXÉRCITO DE QUALIDADE

CANDIDATA-TE

APOIO À FAMÍLIA >> APOIO AOS FAMILIARES OUTROS ▾

Homepage > Apoio à Família > Apoio aos familiares > Deficientes das Forças Armadas

DEFICIENTES DAS FORÇAS ARMADAS E EX-COMBATENTES
APOIO AOS DFA

ASSISTÊNCIA AOS DEFICIENTES DAS FORÇAS ARMADAS E EX-COMBATENTES

DFA

1. Os **Deficientes das Forças Armadas (DFA)** são cidadãos que se deficientaram no cumprimento do serviço militar, em resultado de acidente e/ou doença em serviço de campanha ou situação legalmente equiparada.

a. **Qualificação de Deficientes Militares**

Qualquer processo de qualificação como DFA, tem início num requerimento dirigido ao Chefe do Estado-Maior do Exército (CEME) a solicitar a instrução, revisão ou reabertura do seu processo, em modelo próprio.

Ao requerimento deverá juntar todos os elementos/documentos que entenda relevantes para sustentar o seu pedido, nomeadamente os respeitantes à saúde e de avaliações feitas no SNS e /ou nas Associações com protocolo com o MDN (nos casos de Perturbações pós-Stress Traumático (PPST). O requerimento pode ser entregue na Direção de Administração de Recursos Humanos (DARH) ou numa Unidade/Estabelecimento/Órãõ do Exército.

b. **Legislação:**

O Decreto-Lei n.º 43/76 de 20 de Janeiro, nos seus art.º 14.º (Direitos e regalias dos DFA), art.º 15.º (Extensão de regalias para os DFA com % de incapacidade igual ou superior a 60%) e a Lei n.º 26/2009 de 18 de Junho no seu artigo 1.º (Alteração ao Decreto-Lei n.º 43/76, de 20 de Janeiro) e artigo 2.º (Entrada em vigor), estabelece os direitos e regalias dos DFA.

EX-COMBATENTES

2. São considerados antigos combatentes os:

- Ex-militares mobilizados, entre 1961 e 1975, para os territórios de Angola, Guiné e Moçambique;
- Ex-militares aprisionados ou capturados em combate durante as operações militares que ocorreram no Estado da Índia aquando da invasão deste território por forças da União Indiana ou que se encontrassem nesse território por ocasião desse evento;
- Ex-militares que se encontrassem no território de Timor-Leste entre o dia 25 de Abril de 1974 e a saída das Forças Armadas Portuguesas desse território em 7 de dezembro de 1975;
- Ex-militares oriundos do recrutamento local que se encontrem abrangidos pelo acima disposto;
- Militares dos quadros permanentes abrangidos por qualquer das situações acima previstas.

Anexo 8- Postal da Comemoração dos 40 anos ADFA

