

Relatório Final

Centro de Recursos de Stress (em Contexto) Militar (CRSCM)

Área Psicológica

Centro de Investigação em Psicologia

Universidade do Minho

janeiro, 2021



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

O **Centro de Recursos de Stress (em Contexto) Militar (CRSCM)** assenta numa perspetiva multidisciplinar abrangendo as áreas médica, psicológica, social e político-jurídico, e tem como objetivo a recolha, organização, produção e divulgação de conhecimento disperso sobre a temática do stresse em contexto militar.

Foi promovido pelo Ministério da Defesa Nacional, em parceria com o Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, o Centro de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho, o Iscte – Instituto Universitário de Lisboa através do Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS-IUL), o Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa, e o Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (Observatório Permanente da Justiça).

EQUIPA ÁREA PSICOLÓGICA

Centro de Investigação em Psicologia
Universidade do Minho

Doutora Ângela Maia - **Coordenação**

Mestre Diogo Morgado – **Investigador**

janeiro, 2021

Como citar este relatório:

Maia, Â. & Morgado, D. (2021). *Centro de Recursos de Stress (em Contexto) Militar: Relatório Final relativamente à Área Psicológica*. Braga, Centro de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho.

Índice

Parte A	6
A Saúde Mental e Física dos Ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa:.....	6
Resultados de duas Revisões Sistemáticas da Literatura	6
Resumo.....	7
Introdução	10
Saúde Mental.....	10
Saúde Física	11
Modelos Conceptuais da relação entre trauma e PTSD	12
Modelos Conceptuais da relação entre trauma, PTSD e saúde física	16
Conclusão.....	18
Objetivos.....	19
Metodologia	20
Estratégia de Pesquisa para as RS	20
Critérios de elegibilidade	21
Seleção dos estudos	21
Extração dos dados	22
Risco de viés dos estudos incluídos.....	22
Síntese dos dados	23
Resultados da RS sobre a saúde mental	25
Figura 1.....	26
Descrição da Evidência	27
Avaliação do Risco de Viés	28
Tabela 1.	29
Caracterização da saúde mental dos ex-combatentes da GCP	32
Tabela 2.	33
Fatores de risco para a saúde mental dos ex-combatentes da GCP.....	39
Comprometimento Funcional dos ex-combatentes da GCP.....	39
Intervenções	40
Diferentes trajetórias e fatores relacionados com a recuperação da saúde mental.....	41
Resultados da RS sobre a Saúde Física	44
Figura 2.....	45
Características dos estudos incluídos	46
Ano de publicação e tamanho das amostras dos estudos.....	46

Características das amostras.....	46
<i>Design</i> dos estudos	46
Procedimentos	47
Medidas de Avaliação utilizados pelos estudos incluídos da SR sobre Saúde Física	47
Risco de Viés dos estudos incluídos	48
Tabela 3.	50
Tabela 4.	51
Caracterização da saúde física dos ex-combatentes da GCP.....	52
Adoção de comportamentos de risco.....	52
Utilização dos Serviços de Saúde	53
Tabela 5.	54
Tabela 6.	57
Relação entre exposição a combate e saúde física.....	62
Relação entre PTSD e Saúde Física.....	62
Diferenças entre ex-combatentes da GCP com e sem PTSD em relação à saúde física	62
Discussão	64
Saúde Mental.....	64
Saúde Física	68
Parte B.....	75
Listagem e Descrição dos Instrumentos de Avaliação	75
Resumo.....	76
Objetivos.....	78
Metodologia	79
Listagem e descrição dos instrumentos de avaliação	79
Resultados.....	80
Instrumentos de avaliação encontrados.....	80
Tabela 7.	84
Tabela 8.	86
Tabela 9.	89
Tabela 10.	93
Tabela 11.	95
Tabela 12.	96
Discussão	98
Limitações dos instrumentos utilizados.....	109

Conclusão.....	111
Pontos a reter:	112
Referência bibliográfica das duas Revisões Sistemáticas	114
Bibliografia.....	115
Anexos	133

Parte A

A Saúde Mental e Física dos Ex-combatentes da
Guerra Colonial Portuguesa:
Resultados de duas Revisões Sistemáticas da
Literatura

Resumo

A Guerra Colonial Portuguesa (GCP) teve, e continua a ter, um impacto significativo na saúde mental e física dos ex-combatentes portugueses. Durante os 13 anos que decorreu, e durante os quais um milhão de jovens soldados portugueses foram mobilizados para três teatros de guerra (Angola, Moçambique, Guiné-Bissau), milhares foram expostos a acontecimentos potencialmente traumáticos específicos ao contexto de guerra, como, por exemplo, ameaça de morte, testemunho de morte de camaradas, inimigos e civis, serem vítimas de minas ou granadas, ou transporte de cadáveres. Como consequência, após a guerra foram apresentados, por parte de ex-combatentes e suas famílias, múltiplos relatos testemunhando problemas de saúde mental e física, dando-se destaque à perturbação de stress pós-traumático (PTSD na sigla inglesa). Apesar destes relatos e de terem sido publicados vários estudos, até agora nunca tinha sido feito um esforço de sistematização do impacto da exposição a combate na saúde mental e física destes ex-combatentes. Atendendo a esta realidade, à Área Psicológica foi solicitado, através do Centro de Recursos de Stresse em Contexto Militar (CRSCM), a pesquisa, recolha, análise e sintetização de todo o conhecimento produzido pela literatura relativamente à saúde mental e física dos ex-combatentes da GCP. Este objetivo é pertinente na medida em que, aquando da iniciação deste projeto, em 2018, nenhuma publicação, do nosso conhecimento, tinha sintetizado os dados sobre a saúde mental e física dos ex-combatentes da GCP, apesar desta guerra ter terminado há mais de 45 anos. Para colmatar esta lacuna, foram realizadas duas revisões sistemáticas (RS), uma direcionada para a saúde mental, e outra com o foco na saúde física. As duas revisões seguiram os passos delineados pela *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*. A estratégia de pesquisa para as RS iniciou-se em novembro de 2018 e terminou a março de 2019. A pesquisa foi realizada em sete bases eletrónicas para a inclusão de estudos quantitativos, qualitativos, ou mistos publicados em Português ou Inglês, teses de mestrado ou doutoramento e

relatórios de investigação não publicados que focaram na saúde mental e/ou física de ex-combatentes da GCP, sem limites no *design* do estudo ou ano de publicação. As pesquisas foram complementadas com revisões bibliográficas dos estudos elegíveis e consulta com especialistas. Foi avaliada o risco de viés dos estudos elegíveis. Na RS sobre a saúde mental foram identificados, no total, 215 artigos, dos quais 26 cumpriram os critérios de inclusão. Na RS sobre a saúde física foram identificados setenta e um estudos, e 10 foram considerados elegíveis. Todos os estudos elegíveis apresentaram um *design* transversal e foram realizados em Portugal.

Os resultados da RS sobre a saúde mental indicaram que os ex-combatentes da GCP relataram vários problemas de saúde mental, nomeadamente, sintomas de PTSD e perturbações em comorbidade (e.g., depressão, ansiedade) após a guerra, e relataram um comprometimento funcional médico, ocupacional, social e familiar significativo após a guerra. Os ex-combatentes com diagnóstico de PTSD relataram uma trajetória mais patogénica comparativamente com os ex-combatentes sem PTSD após a GCP. Destaca-se que a exposição a combate foi um dos principais preditores de psicopatologia, depressão e sintomas de PTSD. Apenas dois estudos testaram a eficácia de intervenção psicológica, verificando que quer a terapia comportamental, quer a terapia de exposição a realidade virtual apresentaram resultados promissores relativamente à diminuição de sintomas de problemas de saúde mental.

Os resultados da RS sobre a saúde física indicaram que os ex-combatentes relataram múltiplas queixas físicas, doenças crónicas, adoção de comportamentos de risco e uma maior necessidade de utilização dos serviços de saúde comparativamente com sujeitos não-combatentes com a mesma coorte de idade. Os ex-combatentes com diagnóstico de PTSD verbalizaram um número superior de problema de saúde física (e.g., queixas físicas, qualidade de vida física) comparativamente com os ex-combatentes sem esta perturbação. Por fim, tanto a exposição a

combate como a sintomatologia de PTSD podem ter contribuído, em conjunto e/ou separadamente, para o relato de problemas de saúde física nos ex-combatentes da GCP.

Introdução

Entre 1961 e 1974, cerca de um milhão de jovens soldados portugueses (10% da população portuguesa) foi involuntariamente mobilizado para três teatros de guerra com o objetivo de assegurar as antigas colónias portuguesas, designadamente, Angola, Moçambique e Guiné-Bissau (Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2006). Este acontecimento militar histórico é comumente designado por Guerra Colonial Portuguesa (GCP). Estudos empíricos subsequentes demonstraram que, durante este período, milhares de soldados portugueses foram expostos a múltiplos acontecimentos potencialmente traumáticos (Albuquerque, Fernandes, Saraiva, & Lopes, 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Ferrajão, 2017; Maia, McIntyre, Pereira, & Ribeiro, 2011; Silva et al., 2010). Por exemplo, num estudo com uma amostra de 350 ex-combatentes da GCP, 63% relataram que as suas vidas foram ameaçadas durante situações de combate; 67% relataram o testemunho de colegas a serem mortos em combate; 56% testemunharam cadáveres de camaradas; 33% moveram cadáveres; 44% dos ex-combatentes relataram terem sido vítimas de granadas ou minas; 16% testemunharam casualidades civis; 10% moverem cadáveres de civis; 16% viram cadáveres de inimigos e 13% moveram-nos (Maia et al., 2011). O fim da GCP ocorreu após a queda do regime ditatorial, em 1974. Estima-se que 40.000 soldados foram feridos e 10.000 soldados perderam as suas vidas durante os 13 anos deste conflito militar (Maia et al., 2006).

Saúde Mental

Dos que sobreviveram, milhares relataram vários problemas psicológicos crónicos, nomeadamente perturbação de stress pós-traumático (PTSD sigla inglesa) (i.e., uma perturbação mental relacionada com o trauma e o stress caracterizada por sintomas intrusivos, de evitamento, alterações negativas das cognições e humor, e sintomas de alteração da reatividade e excitabilidade que podem surgir após a exposição a um ou mais acontecimentos traumáticos; ver

American Psychiatric Association [APA], 2013), depressão, ansiedade ou abuso de substâncias (e.g., Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Ferrajão, 2017; Maia et al., 2011; Pereira, Pedras, & Lopes, 2012; Pereira, Pedras, Lopes, Pereira, & Machado, 2010). Por exemplo, num estudo com uma amostra de 230 ex-combatentes da GCP, Pereira et al. (2010) indicaram que 40% relataram critérios suficientes para diagnóstico de PTSD, e 81% relataram sintomatologia. De igual modo, outro estudo com uma amostra de 101 ex-combatentes da GCP demonstrou que 71% dos ex-combatentes relataram psicopatologia; 47% relataram depressão severa, ansiedade-estado e ansiedade-traço, e 45% cumpriram critérios para diagnóstico de PTSD (Pereira et al., 2012). Em comparação com a guerra do Vietnam (GdV), Albuquerque et al. (1992) indicaram que a incidência de perturbações psicológicas crónicas era sete vezes maior comparativamente com ex-combatentes da GdV. Os autores estimaram igualmente que 140.000 ex-combatentes da GCP sofriam de perturbações psicológicas crónicas, enquanto 500.000 ex-combatentes da GdV sofriam das mesmas perturbações mentais. Atendendo à similitude das duas guerras (i.e., guerra de guerrilha caracterizada por emboscadas, sabotagem e táticas irregulares), e a população total de cada país, os autores concluíram que a GCP teve um impacto psicológico superior nos vários aspetos da vida diária pós-guerra dos ex-combatentes portugueses, nomeadamente ao nível ocupacional e médico, bem como nas relações conjugais e parentais (Albuquerque, Fernandes, Saraiva, & Lopes, 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Ferrajão, 2017).

Saúde Física

A relação entre exposição a combate e saúde mental dos ex-combatentes, especialmente PTSD, tem sido uma das áreas mais estudadas na literatura do trauma. Todavia, a exposição a combate apresenta também um impacto significativo na saúde física dos ex-combatentes, incluindo os da GCP, nomeadamente, em queixas físicas (e.g., cansaço, cefaleias, dor muscular, dor somática), doenças crónicas (e.g., doenças cardiovasculares, gastrointestinais, músculo-

esqueléticas, metabólicas), comportamentos de risco (e.g., tabagismo, sedentarismo), e maior uso dos serviços de saúde (Albuquerque et al., 1992; Começanha & Maia, 2011; Maia et al., 2011).

A PTSD revela ser também um importante fator para o relato de morbidade física, após exposição a combate (Osório, Carvalho, Fertout, & Maia, 2012). Por exemplo, Osório et al. (2012) indicaram uma relação significativa entre PTSD e morbidade física (e.g., fadiga, doenças respiratórias) numa amostra de 113 portugueses das Forças de Operação Especial do Exército Português deslocados para o Afeganistão. Resultado semelhante foi encontrado em ex-combatentes da GCP (Maia et al., 2011). Além da morbidade física, estudos indicaram que ex-combatentes da GCP, particularmente os que apresentam diagnóstico clínico de PTSD, têm uma maior probabilidade de adotarem comportamentos de risco, e uma maior necessidade de utilização dos serviços de saúde (Começanha & Maia, 2011).

Modelos Conceptuais da relação entre trauma e PTSD

Vários modelos teóricos foram formulados tendo como objetivo explicar o surgimento e desenvolvimento de PTSD em sujeitos que passaram por um acontecimento traumático.

Tendo como base a teoria do Condicionamento Clássico, Mowrer (1960) desenvolveu a teoria dos dois fatores de aprendizagem do medo e da ansiedade. Segundo Mowrer (1960), antes do surgimento da sintomatologia de PTSD, é necessário que um sujeito vivencie um acontecimento traumático (estímulo incondicionado) no qual lhe suscite uma resposta negativa intensa de medo e ansiedade (resposta incondicionada). É a partir da consolidação das suas respostas negativas incondicionadas com as memórias traumáticas que se irá dar origem à sintomatologia de PTSD, já que as lembranças do trauma (estímulo condicionado) irão provocar no sujeito uma resposta condicionada de medo e ansiedade (Brewin & Holmes, 2003). A extinção desta resposta condicionada de medo e ansiedade pode ser efetuada através da exposição repetida a estímulos associados ao acontecimento traumático (e.g., locais, pessoas, situações que se assemelham e

fazem lembrar o acontecimento traumático) dos quais não resultam, nestas ocasiões de exposição, consequências adversas para o sujeito. É adquirida, assim, uma nova aprendizagem na qual o sujeito associa os estímulos condicionados associados ao acontecimento traumático a segurança, em vez de medo e ansiedade (Rauch & Drevets, 2009).

Modelos neurobiológicos poderão explicar igualmente a relação entre trauma e PTSD. Existe evidência empírica de alterações neurais (e.g., amígdala, córtex pré-frontal, hipocampo) em pessoas com PTSD que estão interligadas com o circuito relacionado com o modelo de condicionamento do medo (Bryant, 2019). A literatura não é consensual relativamente ao facto de o hipocampo ser um fator de risco de PTSD ou uma consequência desta. Contudo, é consistente em demonstrar que sujeitos com PTSD apresentam um tamanho mais reduzido do hipocampo comparativamente com sujeitos sem esta perturbação (Logue et al., 2018). Estudos demonstraram igualmente que sujeitos com PTSD apresentaram um volume mais reduzido em áreas pré-frontais comparativamente com sujeitos sem PTSD (Kitayama, Quinn, & Bremner, 2006). Um exemplo ilustrativo é a subativação de regiões do córtex pré-frontal medial em sujeitos com PTSD. Esta subativação está associada ao comprometimento de processos regulatórios que são essenciais para a promoção da extinção de reações de medo e ansiedade face a estímulos associados ao trauma (Pater, Spreng, Shin, & Girard, 2012).

A desregulação noradrenérgica também tem sido considerada como critério-chave para o desenvolvimento de lembranças intrusivas angustiantes após a exposição a um acontecimento traumático (Hendrickson & Raskind, 2016). A eficácia da Prazosina (i.e., inibidor do recetor noradrenérgico) na redução de sintomas intrusivos (e.g., pesadelos, reexperiência do trauma; Raskind et al., 2007); e a administração de propranolol (i.e., antagonista beta-adrenérgico), logo após a exposição a um acontecimento traumático, para a redução da reatividade subsequente a

potenciais estímulos relacionados com o trauma são exemplos apresentados que suportam o papel da desregulação noradrenérgica no desenvolvimento de PTSD (Pitman, et al., 2002).

O sistema de glicocorticoides é tido também em conta na área da PTSD, destacando-se o potencial papel do cortisol no surgimento desta perturbação mental. Estudos empíricos demonstram que a PTSD está relacionada, maioritariamente, com níveis baixos de cortisol (Yehuda et al., 1990); e que níveis baixos de cortisol, apresentados logo após o trauma, predizem subsequente severidade de PTSD (Delahanty, Raimonde, & Spoonster, 2000). Este modelo propõe que a relação entre os níveis baixos de cortisol e a PTSD pode resultar de uma atividade elevada e contínua do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) que leva, posteriormente, a uma resposta exagerada das catecolaminas o que, conseqüentemente, resulta numa consolidação de memórias relacionadas com o trauma (Cohen, Matar, Buskila, Kaplan, & Zohar, 2008).

Outro dado consistente na literatura é o facto de as mulheres apresentarem duas vezes maior probabilidade de desenvolverem PTSD comparativamente com os homens (Olf, Langeland, Draijer, & Gersons, 2007). Múltiplos estudos têm demonstrado que as mulheres apresentam, por exemplo, uma resposta noradrenérgica superior a estímulos aversivos (Lithari et al., 2010 ; Segal & Cahill, 2009), e uma reatividade superior da amígdala face a estímulos ameaçadores (Williams et al., 2005) em comparação com os homens. A fase menstrual também apresenta um potencial impacto no surgimento da PTSD. Mulheres que foram expostas a um acontecimento traumático durante a fase lútea (i.e., quando os níveis de progesterona e estradiol estão elevados) apresentam uma maior probabilidade de experienciarem *flashbacks* (i.e., reações dissociativas das quais o sujeito sente ou pensa que está a viver novamente o acontecimento traumático), e uma maior dificuldade na extinção de reações de medo face a estímulos associados ao trauma (Bryant et al., 2011). Uma explicação plausível para a progesterona desencadear memórias emocionais intrusivas deve-se à ligação desta com os recetores de glicocorticoides, afetando, posteriormente,

a liberação de glicocorticoides endógenos (Kirschbaum, Kudielka, Gaab, Schommer, & Hellhammer, 1999).

Por fim, e de acordo com os modelos de condicionamento do medo, existe evidência do aumento da reatividade psicofisiológica face à exposição a estímulos associados ao trauma (O'Donnell, Creamer, Elliott, & Bryant, 2007) em sujeitos com PTSD. A literatura indica que sujeitos que se encontram em repouso, e que apresentam frequência cardíaca elevada alguns dias após a exposição ao acontecimento traumático, apresentam um maior risco de desenvolvimento subsequente de PTSD (Bryant, Harvey, Guthrie, & Moulds, 2000).

A Teoria do Processamento Emocional dá ênfase às crenças negativas rígidas (e.g., “*self* incompetente” e “mundo como local perigoso”) apresentadas pelos sujeitos após o acontecimento traumático (Foa et al., 1989; Foa & Riggs, 1993). Segundo esta teoria, as crenças negativas rígidas podem se originar através de dois fatores: 1) o modo como os sujeitos percebem o seu *self* e o mundo antes do trauma e 2) a forma como avaliam o seu comportamento durante a ocorrência do acontecimento traumático. Na verdade, a crença num *self* extremamente competente ou num mundo excessivamente seguro pode se alterar após a ocorrência de um acontecimento traumático, já que o sujeito, ao avaliar negativamente o seu comportamento durante o momento do trauma, pode se perceber como um ser incompetente, interpretando o mundo como um local perigoso. Do mesmo modo, caso o sujeito já apresente crenças rígidas negativas sobre si mesmo ou sobre o mundo, o acontecimento traumático irá somente confirmar e reforçar essas mesmas crenças, aumentando assim a vulnerabilidade do aparecimento de PTSD (Foa et al., 1989; Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998; Dalglish, 1999, citado em Brewin & Holmes, 2003).

Para além destes modelos teóricos, Ehlers e Clark (2000) apresentaram um modelo cognitivo que tinha como objetivo explicar a persistência de sintomatologia de PPST em sujeitos expostos a acontecimentos traumáticos. Segundo este modelo cognitivo, a sintomatologia de PTSD

surge a partir da forma como o sujeito processou o acontecimento traumático durante a sua ocorrência, criando, posteriormente, um sentimento constante de ameaça (Ehlers & Clark, 2000). Para explicar este sentimento de ameaça após o acontecimento traumático, o modelo cognitivo propõe dois conceitos-chave. Em primeiro lugar, este sentimento pode ser uma consequência das avaliações negativas disfuncionais apresentadas pelos sujeitos em relação ao acontecimento traumático. Em segundo lugar, este sentimento de ameaça pode ser uma consequência da associação da memória do acontecimento traumático com outras memórias biográficas disfuncionais (caracterizadas por elaboração e contextualização pobre) apresentadas pelos sujeitos. Deste modo, após o acontecimento traumático, quando o sujeito se sente ameaçado, este pode apresentar, conseqüentemente, sintomatologia de PTSD (e.g., reexperiência do acontecimento traumático, pesadelos, aumento de respostas emocionais; Ehlers & Clark, 2000). Face ao sentimento de ameaça, o sujeito pode realizar um conjunto de respostas cognitivas e comportamentais que têm como objetivo reduzir a percepção de ameaça a curto prazo. Todavia, estas respostas podem fomentar a manutenção desta perturbação a longo prazo.

Modelos Conceptuais da relação entre trauma, PTSD e saúde física

Mecanismos biológicos, comportamentais e psicológicos poderão explicar a relação entre PTSD relacionado com a guerra (i.e., militares que foram expostos a combate e, posteriormente, desenvolveram sintomas de PTSD) e morbidade física (Schnurr & Green, 2004).

Em primeiro lugar, a alteração permanente dos sistemas biológicos e a ativação excessiva ou deficiente da resposta de stress (i.e., carga alostática) (McEwen, 2000) podem desencadear o aparecimento de doenças crônicas, bem como a incapacitação progressiva do organismo para lidar efetivamente com situações de incerteza e stress, criando assim um ciclo vicioso (Peters, McEwen, & Friston, 2017). A literatura mostrou uma relação significativa entre PTSD relacionado com a guerra e a desregulação desses sistemas biológicos (por exemplo, aumento do cortisol,

noradrenalina, citocina), contribuindo assim para o aumento da morbidade física, incluindo dor crônica e cansaço (Nakamura et al., 2017), doenças cardiovasculares (Edmondson & von Känel, 2017), doenças autoimunes (Boscarino, 2004).

A adoção de comportamentos de risco também pode desencadear o aparecimento de morbidade física. A literatura tem demonstrado que ex-combatentes com sintomas de PTSD relatam mais abuso de substâncias (e.g., álcool, tabaco) (Durai et al., 2011) e sedentarismo (Klingaman et al., 2016; Ismaeel et al., 2018), comparativamente com ex-combatentes sem sintomas de PTSD. Por sua vez, estes comportamentos de risco estão associados a um maior relato de morbidade física e uso de serviços de saúde (Durai et al., 2011).

A adoção destes comportamentos de risco pode constituir uma estratégia de evitamento funcional a curto prazo (e.g., automedicação, abuso de álcool) para lidar com problemas emocionais (e.g., depressão, ansiedade) (Ismaeel et al., 2018; McDevitt-Murphy, Fields, Monahan, & Bracken, 2015) e problemas psicológicos (e.g., pensamentos intrusivos, vieses cognitivos) (Cucciare et al., 2011) vivenciados por ex-combatentes que foram expostos a trauma e apresentam diagnóstico de PTSD. Em concordância com estes dados, estudos com ex-combatentes da GCP indicaram que o consumo de álcool e tabaco foram as estratégias mais relatadas por estes para lidar com o desconforto e pensamentos intrusivos associados ao trauma (e.g., Ferrajão, 2017, Maia et al., 2006).

Finalmente, os mecanismos psicológicos, como o processamento de estímulos disfuncionais, podem ser uma explicação importante para o surgimento de morbidade física nos ex-combatentes (McFarlane, Weber, & Clark, 1993). Indivíduos com sintomas de PTSD podem interpretar alterações reativas (e.g., reatividade cardiovascular, sono, regulação adrenérgica) como sinais de doença física. Consequentemente, estas podem influenciar negativamente as crenças cognitivas dos ex-combatentes, nomeadamente, em relação ao seu estado de saúde (e.g., Hoge,

Terhakopian, Castro, Messer, & Engel, 2007; Beckham et al., 1998). Este processo pode ser exacerbado na presença de emoções negativas (por exemplo, depressão, hostilidade).

Conclusão

Apesar das consequências experienciadas pelos ex-combatentes da GCP no período pós-guerra, durante vários anos a comunidade científica não se dedicou ao seu estudo, evitando assim olhar para uma guerra que a maioria da população considerava injusta e imoral. Consequentemente, foi criado um sentimento de discriminação social e negligência para com os ex-combatentes da GCP (Albuquerque et al., 1992; Ferrajão & Oliveira, 2014; Maia et al., 2006). Todavia, este sentimento tem sido gradualmente alterado na população portuguesa, tendo sido realizados esforços para atender as necessidades atuais como consequência da guerra, mas também na implementação de medidas para salvaguardar os direitos e o reconhecimento meritório dos ex-combatentes.

Objetivos

Do nosso conhecimento, nenhum estudo tinha sido realizado tendo como objetivo a sintetização do conhecimento sobre a saúde mental e/ou física dos ex-combatentes da GCP. Com o intuito de contornar esta lacuna, realizamos duas Revisões Sistemáticas (RS) da literatura.

A primeira RS teve como intuito a apresentação dos resultados principais encontrados sobre a saúde mental dos ex-combatentes (e.g., caracterização da saúde mental, fatores de risco) e a respetiva sintetização dos seus resultados. A questão de investigação que guiou a condução desta RS foi: “O que se sabe sobre a saúde mental dos ex-combatentes da guerra colonial portuguesa, e o que foi feito atendendo a essa informação?”.

A segunda RS teve objetivos semelhantes, todavia direcionados para a saúde física dos ex-combatentes da GCP. Especificamente, para esta segunda RS, tínhamos como objetivos: i) caracterizar a saúde física dos ex-combatentes com base nos estudos incluídos; ii) verificar a relação entre exposição a combate, PTSD e saúde física; iii) Comparar os relatos de saúde física por parte dos ex-combatentes com e sem PTSD; e iv) comparar a saúde física dos ex-combatentes com a população geral. Apesar da formulação semelhante, a questão de investigação desta RS foi unicamente focada na saúde física dos ex-combatentes: “O que se sabe sobre a saúde física dos ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa?”.

Metodologia

Estratégia de Pesquisa para as RS

A identificação de estudos relevantes para as duas RS foi realizada através de diferentes bases de dados eletrônicas: Web of Science, PubMed, Scopus, PsycINFO, PsycARTICLES, SciELO e ScienceDirect. Os termos de pesquisa para a RS sobre a saúde mental, e da RS sobre a saúde física foram colocados de modo semelhante para todas as bases de dados. Com o intuito de encontrar e identificar todos os estudos relevantes sobre a saúde mental dos ex-combatentes da GCP, foi utilizada a seguinte equação de pesquisa nas diferentes bases de dados: ("Portuguese Colonial War" OR "Ultramar War") AND ("Veteran*" OR "former combatants") AND ("Veterans Health" OR "Mental Health" OR "Mental disorders" OR "Mental Illness" OR "Psychopathology" OR "Posttraumatic stress" OR "Depression" OR "Anxiety"). Por sua vez, foi utilizada a seguinte equação de pesquisa para a RS sobre saúde física: ("Portuguese Colonial War" OR "Ultramar War") AND ("War exposure [MeSH]" OR "Combat exposure") AND ("PTSD [MeSH]" OR "Posttraumatic stress [MeSH]") AND ("Veterans Health [MeSH]" OR "Physical Health" OR "Physical Symptoms" OR "Chronic Illness*" [MeSH]" OR "Disease*" [MeSH]" OR "Risk Behaviors [MeSH]" OR "Healthcare Utilization [MeSH]" OR "Healthcare patients acceptance [MeSH]"). Foi utilizado igualmente o Google Scholar para a inclusão de literatura cinzenta (i.e., teses de doutoramento, dissertações de mestrado, relatórios empíricos). Para assegurar a identificação de todos os estudos relevantes que abordaram a saúde mental e física dos ex-combatentes, procedemos ao contacto com especialistas, bem como a consulta das referências dos estudos selecionados como relevantes para inclusão. Para a pesquisa e seleção dos estudos, não impusemos restrições de tempo quanto ao ano de publicação dos artigos, dos seus tipos de *design* (e.g., estudo transversal, longitudinal), nem do tamanho da amostra para ambas as RS. Todavia, restringimos a pesquisa ao nível da

linguagem, selecionando apenas estudos escritos nas línguas inglesa ou portuguesa. As duas RS foram realizadas segundo as *guidelines* PRISMA (i.e., Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis; Liberati et al., 2009). A estratégia de pesquisa para as duas RS iniciou-se em novembro de 2018 e terminou a março de 2019.

Critérios de elegibilidade

No geral, as duas RS apresentaram critérios de inclusão semelhantes: i) estudos publicados em revistas científicas com *design* quantitativo transversal ou longitudinal, qualitativo ou mistos; ii) estudos não publicados, especificamente, teses de doutoramento, dissertações de mestrado, relatórios empíricos, ou capítulos de livros que apresentassem resultados sobre a saúde mental e/ou física dos ex-combatentes da GCP; iii) estudos com amostras únicas de ex-combatentes da GCP, ou um grupo de controlo (i.e., não-veteranos) em comparação com um grupo experimental (i.e., ex-combatentes da GCP); iv) estudos escritos em inglês ou português. A única distinção entre as duas RS relativamente aos critérios de inclusão era o foco do estudo. Para uma RS, o objetivo era encontrar somente estudos que apresentassem resultados sobre a saúde mental, excluindo os estudos que apresentassem somente resultados sobre a saúde física (i.e., critério de exclusão). Pelo contrário, a outra RS apresentava o foco inverso.

Excluindo esta distinção, as duas RS apresentaram os mesmos critérios de exclusão: i) estudos escritos noutra linguagem além do português ou inglês; e ii) meta-análises, RS, artigos de conferências, artigos de opinião, posters, capítulos de livros que apresentassem informação não relevante, abstract; iii) artigos que não apresentassem amostras de ex-combatentes; e iv) artigos com informações pouco claras.

Seleção dos estudos

Os procedimentos metodológicos para a seleção dos estudos foram realizados de forma igualitária para as duas RS. Como primeiro passo, todos os estudos inicialmente identificados nas

diferentes bases de dados foram importados para o programa Mendeley e os duplicados foram removidos. Posteriormente, os dois autores das RS (AM e DM) procederam, independentemente, ao despiste e análise dos títulos/resumos e textos completos dos artigos, de forma a assegurar o cumprimento dos critérios de inclusão. Todas as dúvidas quanto à inclusão ou exclusão de um artigo foram discutidas entre os autores até chegar a um consenso.

Extração dos dados

Os dados de cada estudo elegível para revisão foram extraídos independentemente pelos dois autores (AM e DM). Para ambas as RS, as informações extraídas de cada artigo foram: i) nome dos autores e ano de publicação do artigo; ii) tamanho da amostra; iii) design do estudo; iv) procedimentos e método; e v) resultados principais. Dadas as especificidades da RS sobre a saúde física foram também extraídas: i) as características sociodemográficas das amostras; ii) os instrumentos utilizados para avaliar exposição a combate, PTSD e variáveis de saúde física (e.g., queixas físicas); e iii) as análises estatísticas efetuadas pelos estudos incluídos. As dúvidas foram discutidas pelos autores até chegar a um consenso.

Risco de viés dos estudos incluídos

A avaliação do risco de viés dos estudos incluídos foi feita de forma independente pelos dois autores. Todavia, o método de avaliação do risco de viés foi realizado de modo distinto nas duas RS.

Na RS sobre a saúde mental, utilizamos o *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (Hong et al., 2018) para a avaliação do risco de viés em estudos quantitativos, qualitativos ou mistos. Hong et al. (2018) aconselham os autores a fornecer uma apresentação detalhada das respostas a cada item da *Checklist* para cada estudo (i.e., Sim, Não, Inapropriado, Indefinido), em vez de apresentar um resultado total (i.e., risco de viés fraco, moderado ou alto). Foram respeitados os conselhos dos autores supracitados.

Na RS sobre a saúde física, utilizamos a checklist *Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies* (National Institute of Health, 2016) para a avaliação dos estudos quantitativos transversais, e a checklist *Critical Appraisal Skills Programme Qualitative* (CAPS, 2013) para a avaliação dos estudos qualitativos. Cada autor avaliou independentemente cada estudo e forneceu uma avaliação geral (“Bom”, “Moderado” ou “Fraco”). Estudos considerados com pouca qualidade traduzem-se num alto risco de viés, enquanto que estudos avaliados com boa qualidade traduzem-se num baixo risco de viés. Exemplos de potenciais riscos de viés são viés de seleção, viés de informação ou viés de medida. Foi utilizado o coeficiente de Cohen`s kappa para avaliar o *Inter-rater agreement*, isto é, o grau de concordância entre os dois autores relativamente aos mesmos itens qualitativos das *checklists* supracitadas (McHugh, 2012). Esta avaliação foi realizada através do IBM SPSS, versão 25 para o Windows (United States, New York, IBM Corporation). A magnitude do Cohen`s Kappa varia entre -1 a +1, onde ≤ 0 representa nenhuma concordância; 0,01-0,20 significa nenhuma a leve concordância; 0,21-0,40 representa um acordo justo; 0,41-0,60 representa concordância moderada; 0,61-0,80 representa concordância substancial; e 0,81-0,99 representa concordância quase perfeita e 1 representa concordância perfeita (McHugh, 2012).

Nenhum estudo elegível foi excluído, em ambas as RS, com base na avaliação do risco de viés. Contudo, estes serviram para identificar limitações frequentes (de modo a contorná-las em futuros estudos). Houve grande concordância entre os autores quanto à avaliação do risco de viés dos estudos. As poucas dúvidas foram discutidas até chegar a um consenso.

Síntese dos dados

Os estudos incluídos para ambas as RS foram revistos através de uma síntese qualitativa. Os resultados principais foram organizados e resumidos em diferentes categorias de forma

discreta e sem sobreposição. As dúvidas foram resolvidas através de um consenso entre os dois autores.

Resultados da RS sobre a saúde mental

Foram identificados inicialmente 215 estudos (Figura 1). Depois de terem sido removidos os duplicados ($n = 72$), fizemos uma triagem aos títulos e aos resumos dos estudos. Após o processo de triagem ($n = 143$), 98 estudos foram excluídos. Foi avaliado, posteriormente, o corpo do texto de quarenta e cinco estudos, dos quais 25 foram excluídos. Os principais motivos de exclusão foram: 1) os critérios de conteúdo não serem cumpridos ($n = 5$); 2) *design* de estudo pouco claro ($n = 4$); 3) capítulos de livros sem estudos empíricos ($n = 4$); 4) dados duplicados ($n = 3$); 5) dissertação de mestrado não publicada com amostras muito pequenas ($n < 8$) ($n = 3$); 6) não ter acesso ao texto completo (mesmo após solicitação) ($n = 2$); 7) apresentações científicas (i.e., posters) ($n = 1$) e 8) ausência de amostras de ex-combatentes da GCP ($n = 3$). As referências dos estudos elegíveis foram analisados manualmente, o que resultou em cinco estudos adicionais. Um estudo foi identificado por meio do contato com especialistas na área do trauma (Figura 1). Os 26 artigos incluídos foram submetidos à abstração de dados e categorização em cinco categorias temáticas: 1) Caracterização da saúde mental dos ex-combatentes da GCP ($n = 15$); 2) fatores de risco para a saúde mental dos ex-combatentes da GCP ($n = 11$); 3) comprometimento funcional dos ex-combatentes da GCP ($n = 17$); 4) intervenções ($n = 2$) e 5) diferentes trajetórias e fatores relacionados com a recuperação da saúde mental ($n = 6$).

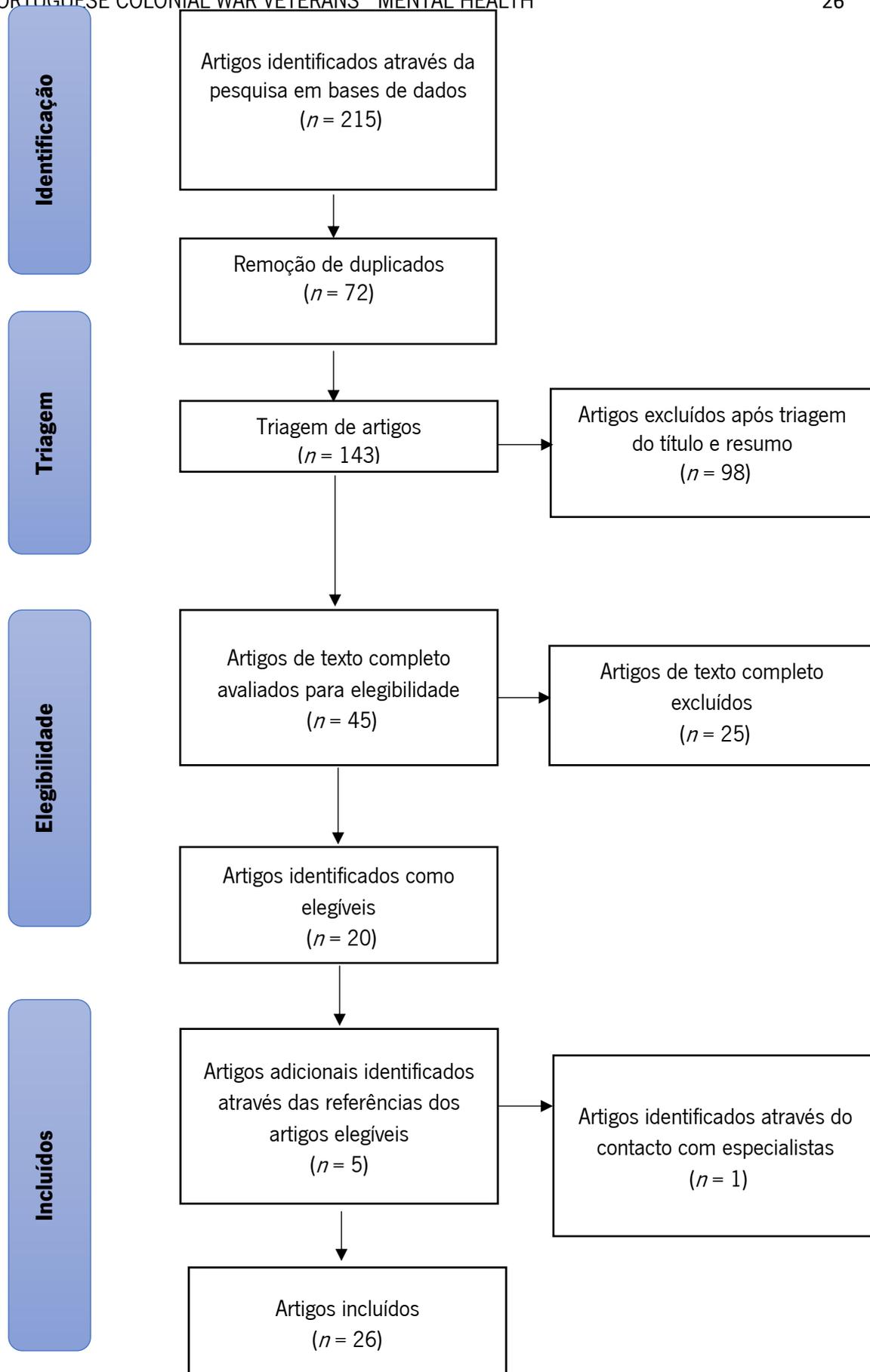


Figura 1. Estratégia de Pesquisa.

Descrição da Evidência

Todos os estudos apresentaram um desenho transversal, e foram todos realizados em Portugal. Nove estudos foram escritos em inglês e 17 em português. Dos estudos incluídos, 17 eram artigos revistos por pares e publicados em revistas científicas, seis eram dissertações de mestrado não publicadas, um era uma tese de doutoramento e dois eram relatórios empíricos. Os ex-combatentes foram recrutados, principalmente, através de Associações de Ex-combatentes, centros clínicos, hospitais, instituições de saúde e hospitais militares. Além de amostras de ex-combatentes, dois estudos incluíram amostras de esposas de ex-combatentes da GCP (Cardoso, 2015; Pereira & Ferreira, 2006); um incluiu amostras de filhos primogénitos de ex-combatentes da GCP (Dias, Sales, Cardoso, & Kleber, 2014), e um incluiu estes dois grupos (Oliveira, 2008). De igual modo, três estudos incluíram amostras de sujeitos não-combatentes (Começanha & Maia, 2011; Couto, 2007; Hipólito et al., 2017), e um incluiu uma amostra representativa da população adulta portuguesa (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003). A maioria de estudos foram publicados entre 2003 e 2017, com apenas três estudos sendo publicados nos anos 90 (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Anunciação, 1997). Três estudos escolheram o método qualitativo, realizando entrevistas semiestruturadas individuais, e avaliando os dados através da Análise Temática e Categórica (Ferrajão, 2017; Ferrajão & Oliveira, 2015b), ou através da *Grounded Analysis* (Sendas, 2009). Dois estudos optaram pelo método misto, e utilizaram não só entrevistas semiestruturadas, como também medidas de autorrelato (Começanha, 2011; Ferrajão & Oliveira, 2014). Um estudo consistiu num estudo piloto clínico quantitativo, sendo que utilizou medidas de autorrelato e *hardware* de realidade virtual para a avaliação da terapia de exposição à realidade virtual (TERV; Gamito et al., 2010). Um estudo descritivo utilizou um método alternativo ao recorrer a processos desenvolvidos pelo Ministério da Defesa Nacional Português e elementos biográficos fornecidos pelo Arquivo Geral do Exército (Silva

et al., 2010) para a avaliação de dados sobre a saúde dos ex-combatentes da GCP. Os restantes estudos escolheram o método quantitativo não randomizado ($n = 14$) ou descritivo ($n = 5$), priorizando o uso único de medidas de autorrelato. As características e os principais resultados estão resumidos na Tabela 2.

Avaliação do Risco de Viés

A avaliação da qualidade de cada critério dos estudos incluídos é apresentada em detalhe na Tabela 1. Os principais riscos de viés foram: 1) todos os estudos apresentarem um *design* transversal; 2) a falta de representatividade devido a amostragem por conveniência; 3) a falta de controle de potenciais covariáveis e; 4) o uso de medidas de autorrelato sem informações detalhadas (e.g., falta de propriedades psicométricas, tipo de resposta ao item - *Likert* ou resposta dicotômica).

Tabela 1. Avaliação do Risco de Viés dos Estudos Incluídos segundo a *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)*.

Estudos qualitativos	Abordagem apropriada	Métodos	Análise dos dados	Interpretação dos resultados	Coerência
Ferrajão and Oliveira (2015b)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Ferrajão (2017)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sendas (2009)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Quantitativo Randomizado	Aleatorização apropriada	Balanço da linha de base	Resultados <i>outcome</i>	Avaliadores cegos	Adesão de Participação
Gamito et al. (2004)	Não	NdT	Sim	NdT	Sim
Quantitative non-randomized	População representativa	Medidas apropriadas	Resultados completos	Viés de confusão baixa	Ocorreram mudanças nas VIs
Anúnciação (1997)	Não	Não	Sim	NA	NA
Cardoso (2015)	Não	Sim	Sim	Não	NA
Começanha & Maia (2011)	Não	Sim	Sim	Não	NA

Couto (2007)	Não	Sim	Sim	NA	NA
Dias et al. (2014)	Não	Sim	Sim	Sim	NA
Ferrajão & Oliveira (2015)	Não	Sim	Sim	Sim	NA
Ferrajão & Oliveira (2015c)	Não	Sim	Sim	Sim	NA
Hipólito et al. (2017)	Não	Sim	Sim	Sim	NA
Maia et al. (2011)	Não	Sim	Sim	Sim	NA
Nunes (2010)	Não	Sim	Sim	Não	NA
Oliveira (2008)	Não	Sim	Sim	Sim	NA
Pereira & Ferreira (2006)	Não	Sim	Sim	Não	NA
Pereira et al. (2012)	Não	Sim	Sim	Sim	NA
Pereira et al. (2010)	Não	Sim	Sim	NA	NA
Ribeiro (2013)	Não	Sim	Sim	Sim	NA
Quantitativos descritivos	Estratégia de amostragem	População representativa	Medidas apropriadas	Baixo viés de não resposta	Análise estatística

Albuquerque et al. (1992)	Sim	Não	Não	Sim	NdT
Albuquerque & Lopes (1994)	Sim	Não	NdT	Sim	NdT
Albuquerque et al. (2003)	Sim	Não	Sim	NA	Sim
Maia et al. (2006)	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Silva et al. (2010)	Sim	Não	NA	NA	Sim
Estudos mistos	Racional adequado	Integração	Meta-inferência	Divergências	Critérios de qualidade
Começanha (2011)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Ferrajão & Oliveira (2014)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Nota. NdT = Não é possível determinar; NA = Não aplicável; Vis = Variáveis Independentes.

Caracterização da saúde mental dos ex-combatentes da GCP

PTSD foi avaliado em todos os estudos incluídos. A prevalência de PTSD variou significativamente entre os estudos, entre uma prevalência mínima de 9% e 10,9% (Albuquerque, 2003; Ferrajão & Oliveira, 2015c; Silva et al., 2010); uma taxa de prevalência média, entre 39% e 45% (Maia et al., 2011; Pereira et al., 2012; Pereira et al., 2010), e, por fim, um estudo realizado em cuidados de saúde primários teve uma taxa de prevalência de 80% (Começanha & Maia, 2011). Apesar desta variação, a prevalência de PTSD revelou ser superior em comparação com amostras não veteranas (Albuquerque, 2003; Couto, 2007; Hipólito et al., 2017). O início dos sintomas de PTSD ocorreram mais predominantemente logo após a guerra (variância entre 42,5% e 46,7%) ou mais tarde na vida dos veteranos ($M = 5$ anos) (variância entre 37,5% e 45%) (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994). No entanto, vários estudos demonstraram que o curso de PTSD foi, na sua maioria, crónico (variância entre 84,2% e 97,5%) (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994), e por um período superior a dez anos (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Ferrajão & Oliveira, 2014). Os veteranos apresentaram outras perturbações mentais com altas taxas de prevalência, nomeadamente, depressão moderada (variância entre 17,7% a 30,3%) (Nunes, 2010; Oliveira, 2008), e depressão grave, (variância entre 47% a 58,8%) (Nunes, 2010; Oliveira, 2008; Pereira et al., 2012); ansiedade (90,9%) (Oliveira, 2008), psicopatologia geral (variância entre 49% a 80,9%) (Maia et al., 2011; Pereira et al., 2012; Pereira et al., 2010), e dependência ao álcool e drogas (variância entre 20,8% a 81%) (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Maia et al., 2006). Em comparação com amostras de não-combatentes, os resultados demonstraram que os ex-combatentes apresentaram níveis mais elevados de sintomas de PTSD (Começanha & Maia, 2011; Couto, 2007; Hipólito et al., 2017), psicopatologia e maior índice de comportamentos de risco (e.g., sedentarismo, abuso de drogas) (Couto, 2007).

Tabela 2. *Resumo dos resultados principais dos estudos incluídos sobre a Saúde Mental dos ex-combatentes da GCP.*

Autores/Ano	Tamanho da amostra	Design	Procedimentos e método	Resultados principais
Albuquerque et al. (1992)	<i>N</i> = 40	Quantitativo	Avaliação clínica (inclui medidas de autorrelato) realizadas num hospital psiquiátrico.	O início dos sintomas de PTSD ocorreu logo após a guerra (42,5%) e num período posterior na vida dos ex-combatentes (<i>M</i> = 5 anos) (37,5%). O curso de PTSD é, na sua maioria, crónico (97,5%) e tem uma duração média de 18 anos. 37,5% dos ex-combatentes apresentaram um nível grave de comprometimento funcional. 95% da amostra apresentou psicopatologia associada. A TC pode ser eficaz na redução dos sintomas de PTSD dos ex-combatentes da GCP.
Albuquerque & Lopes (1994)	<i>N</i> = 120	Quantitativo	Ver em cima	O início dos sintomas de PTSD ocorreu logo após o fim da guerra (46,7%) ou num período posterior na vida dos ex-combatentes (<i>M</i> = 5 anos) (45%). O curso de PTSD é, na sua maioria, crónico (84,2%) e apresenta uma duração média de 16 anos. 37,7% dos ex-combatentes apresentaram um nível grave de comprometimento funcional geral. 98% da amostra apresentou psicopatologia associada.
Albuquerque et al. (2003)	<i>N</i> = 2606	Quantitativo	Participantes expostos a um ou mais acontecimentos traumáticos foram entrevistados e avaliados com uma medida de despiste para determinar a presença de PTSD.	11.6% da amostra eram ex-combatentes da GCP (<i>n</i> = 302) e 10.9% desses apresentavam sintomas de PTSD (<i>n</i> = 284).

Anunciação (1997)	<i>N</i> = 40	Quantitativo	Medidas de autorrelato realizadas num hospital psiquiátrico.	Ex-combatentes com PTSD não apresentaram mais dificuldades de adaptação conjugal em comparação com ex-combatentes sem PTSD. Todavia, os ex-combatentes com PTSD percecionaram o seu casamento como sendo "menos feliz" e com mais problemas em várias áreas da sua vida conjugal.
Cardoso (2015)	<i>N</i> = 100	Quantitativo	Medidas de autorrelato realizadas em duas associações de veteranos da guerra	Os resultados demonstraram níveis mais elevados de violência conjugal e valores mais baixos de regulação emocional e satisfação conjugal em casais em que o ex-combatente apresentava sintomas de PTSD (<i>n</i> = 50).
Começanha (2011)	<i>N</i> = 26	Método misto	Análise de entrevistas de um estudo prévio (Sendas, 2009).	No período pós-guerra, os ex-combatentes com diagnóstico de PTSD (<i>n</i> = 15) verbalizaram mais fatores de risco e menos fatores de proteção em comparação com ex-combatentes sem PTSD (<i>n</i> = 11).
Começanha & Maia (2011)	<i>N</i> = 50	Quantitativo	Medidas de autorrelato realizadas numa Instituição de Saúde.	80% dos ex-combatentes relatou sintomas de PTSD (<i>n</i> = 20). Ex-combatentes (<i>n</i> = 25) apresentaram níveis mais elevados de sintomas de PTSD em comparação com sujeitos não-combatentes (<i>n</i> = 25). A PTSD estava associada a doenças crónicas.
Couto (2007)	<i>N</i> = 431	Quantitativo	Medidas de autorrelato realizadas somente com a amostra de sujeitos não-combatentes. A amostra de ex-combatentes foi a mesma de um estudo prévio (Maia et al., 2006).	Em comparação com os sujeitos não-combatentes (<i>n</i> = 81), os ex-combatentes (<i>n</i> = 350) relataram níveis mais elevados de sintomas de PTSD, psicopatologia e comportamentos de risco.

Dias et al. (2014)	$N = 320$	Quantitativo	Medidas de autorrelato foram realizadas num hospital psiquiátrico.	Ex-combatentes relataram exposição a abuso físico e emocional durante a infância.
Ferrajão & Oliveira (2014)	$N = 60$	Método misto	Dados qualitativos foram obtidos através de duas entrevistas; Dados quantitativos foram obtidos através de medidas de autorrelato.	Ex-combatentes sem PTSD demonstraram frequências mais elevadas sobre dano moral, autoconsciência de estados mentais, auto-integração de dano moral em esquemas pessoais e percepção de suporte social. Auto-integração de dano moral em esquemas pessoais e autoconsciência de estados mentais foram preditores de sintomas de PTSD e depressão. A exposição a combate foi um preditor de sintomas de PTSD.
Ferrajão & Oliveira (2015)	$N = 60$	Quantitativo	Medidas de autorrelato foram realizadas em associações de veteranos de guerra.	Os resultados demonstraram maior ansiedade de vinculação nos ex-combatentes com diagnóstico de PTSD ($n = 30$). Nenhuma diferença significativa entre os dois grupos foi encontrada em relação à vinculação evitante e exposição a combate. A ansiedade de vinculação foi um mediador parcial do efeito da exposição a combate nos sintomas de PTSD.
Ferrajão & Oliveira (2015b)	$N = 60$	Qualitativo	Os participantes foram entrevistados após o contacto com associações de veteranos de guerra.	Ex-combatentes sem PTSD apresentaram maior integração de acontecimentos moralmente incongruentes dentro de esquemas pessoais existentes, autoconsciência de estados mentais, e uso de estratégias de <i>coping</i> focadas na resolução do problema. Ex-combatentes com PTSD apresentaram maior ocorrência de falta de autoconsciência dos estados mentais, uso de estratégias disfuncionais e falta de suporte social.

Ferrajão & Oliveira (2015c)	<i>N</i> = 120	Quantitativo	Medidas de autorrelato realizadas em associações de veteranos de guerra.	Os resultados demonstraram que OVA, PVA e níveis mais baixos de SOC estavam associados com a depressão e PTSD. A exposição a combate estava associada com sintomas de PTSD.
Ferrajão (2017)	<i>N</i> = 40	Qualitativo	Duas entrevistas semiestruturadas realizadas em dois centros clínicos.	Um maior número de ex-combatentes com PTSD (<i>n</i> = 15) verbalizou queixas físicas (e.g., cefaleias, tonturas) e a necessidade de utilização de serviços de saúde em comparação com ex-combatentes sem PTSD (<i>n</i> = 8). Ex-combatentes com PTSD relataram maior dano moral, discrepância entre a identidade pré e pós-guerra, efeitos secundários da medicação, e menor repertório de estratégias de coping.
Gamito et al. (2010)	<i>N</i> = 10	Estudo piloto clínico controlado	Uso de medidas de autorrelato e equipamento de realidade virtual numa associação de veteranos de guerra.	Os ex-combatentes inscritos no grupo TERV demonstraram uma redução nos sintomas de depressão e ansiedade.
Hipólito et al. (2017)	<i>N</i> = 874	Quantitativo	Medidas de autorrelato.	Ex-combatentes (<i>n</i> = 626) apresentaram maior sintomatologia de PTSD, níveis mais elevados de estratégias de conversão e recusa, menor autoestima e menos estratégias de coping adaptativas em comparação com sujeitos não-combatentes (<i>n</i> = 248).
Maia et al. (2006)	<i>N</i> = 350	Quantitativo	Medidas de autorrelato realizadas em associações de veteranos de guerra.	81% da amostra relatou uso de álcool, 23% relatou uso de tabaco e 88% relatou consumo de café. A principal justificação para a utilização destas substâncias foi para o alívio do desconforto.
Maia et al. (2011)	<i>N</i> = 350	Quantitativo	Ver em cima	39% dos ex-combatentes preencheram os critérios para diagnóstico atual de PTSD, e metade da amostra relatou sofrimento psicológico.

				Ex-combatentes com maior exposição a combate e maiores níveis de sintomas de PTSD relataram maior morbidade física.
Nunes (2010)	<i>N</i> = 34	Quantitativo	Ver em cima	Ex-combatentes com diagnóstico de PTSD (<i>n</i> = 17) relataram níveis mais elevados de depressão (i.e., 17,7% relataram depressão moderada e 58,8% relataram depressão grave) em comparação com ex-combatentes sem PTSD (<i>n</i> = 17). Todos os ex-combatentes com PTSD relataram estarem desempregados ou aposentados.
Oliveira (2008)	<i>N</i> = 198	Quantitativo	Ver em cima	Depressão moderada: 30,3% dos ex-combatentes com PTSD vs. 30,2% dos ex-combatentes sem PTSD; Depressão severa: 51,5% dos ex-combatentes com PTSD vs. 45,5% dos ex-combatentes sem PTSD. Ansiedade: 90,9% dos ex-combatentes com PTSD vs. 63,6% dos ex-combatentes sem PTSD.
Pereira & Ferreira (2006)	<i>N</i> = 149	Quantitativo	Medidas de autorrelato.	Ex-combatentes relataram pertencerem a famílias disfuncionais (33%) e problemáticas (47%).
Pereira et al. (2012)	<i>N</i> = 101	Quantitativo	Avaliação clínica (incluindo a utilização de medidas de autorrelato) realizadas num hospital e numa associação de veteranos de guerra.	45% preencheram os critérios para diagnóstico de PTSD; 71% apresentaram psicopatologia; 47% apresentaram depressão severa. 79% dos ex-combatentes pertenciam a famílias extremas. Ex-combatentes com diagnóstico de PTSD apresentaram mais psicopatologia e menos qualidade de vida. Os ex-combatentes que pertenciam a famílias extremas demonstraram mais psicopatologia e sintomas de PTSD.
Pereira et al. (2010)	<i>N</i> = 230	Quantitativo	Ver em cima.	39,5% preencheram os critérios para o diagnóstico de PTSD; 81% apresentaram psicopatologia; e 72% dos ex-combatentes pertenciam a famílias extremas. Ex-combatentes com PTSD relataram níveis

				mais elevados de psicopatologia e níveis mais baixos de suporte social e qualidade de vida física em comparação com ex-combatentes sem PTSD.
Ribeiro (2013)	<i>N</i> = 36	Quantitativo	Medidas de autorrelato administradas em duas associações de veteranos de guerra.	19,4% (<i>n</i> = 7) dos ex-combatentes relataram intervenção psicoterapêutica; 22,2% (<i>n</i> = 8) relataram intervenção psiquiátrica; e a 27,8% (<i>n</i> = 11) foram-lhes prescritos medicação psicotrópica. Esquemas iniciais desadaptativos estavam associados a PTSD e sintomas de depressão.
Sendas (2009)	<i>N</i> = 26	Qualitativo	Participantes recrutados a partir de serviços de saúde e de associações de veteranos de guerra. Recurso a entrevistas semiestruturadas.	Ex-combatentes com diagnóstico de PTSD (<i>n</i> = 15) verbalizaram sentimentos de mudanças de personalidade, procura de suporte social apenas em camaradas ex-combatentes da GCP, e dificuldades em compartilhar histórias de guerra com outras pessoas. Ex-combatentes assintomáticos (<i>n</i> = 11) descreveram um processo de reintegração envolvendo procura proativa de emprego, sentimentos de crescimento pessoal, procura de suporte social e integração de acontecimentos traumáticos de guerra dentro de esquemas pessoais existentes.
Silva et al. (2010)	<i>N</i> = 575	Quantitativo	Análise de processos do Departamento de Justiça do Ministério da Defesa e elementos biográficos fornecidos pelo arquivo geral do exército.	9% (<i>n</i> = 50) dos ex-combatentes foram diagnosticados somente com PTSD ou PTSD com psicopatologia associada.

Abreviações: GCP = Guerra Colonial Portuguesa; TB = Terapia Comportamental; OVA = Observação de violência abusiva; PTSD = Perturbação de Stress Pós-Traumático; PVA = Participação de violência abusiva; SOC = Sentido de coerência; Terv = Terapia de exposição a realidade virtual.

Fatores de risco para a saúde mental dos ex-combatentes da GCP

A exposição a combate (EC) foi um dos principais preditores de psicopatologia, depressão e sintomas de PTSD nos ex-combatentes da GCP (Ferrajão & Oliveira, 2014, 2015, 2015c; Maia et al., 2011; Silva et al., 2010). De igual modo, a observação de violência abusiva (OVA) e a participação em violência abusiva (PEVA) mostraram igualmente uma relação significativa com depressão e diagnóstico de PTSD em ex-combatentes da GCP (Ferrajão & Oliveira, 2015c).

História de trauma na infância também pode explicar o desenvolvimento de problemas de saúde mental, especificamente sintomas de PTSD, em ex-combatentes da GCP (Dias et al., 2014; Maia et al., 2011). Por exemplo, Dias et al. (2014) observaram que ex-combatentes da GCP com PTSD ($n = 31$) apresentavam níveis mais elevados de abuso físico e emocional em comparação com ex-combatentes sem PTSD ($n = 56$) e com sujeitos não-combatentes ($n = 30$).

Os estudos também demonstraram outros fatores de risco significativos para PTSD e sintomas de depressão em ex-combatentes da GCP, incluindo a integração de injúria moral em esquemas pessoais e autoconsciência dos estados mentais (Ferrajão & Oliveira, 2014), vinculação ansiosa (Ferrajão & Oliveira, 2015), esquemas iniciais desadaptativos (Ribeiro, 2013) e famílias extremas (i.e., famílias com altos níveis de conflito) (Pereira, Pedras, & Lopes, 2012).

Comprometimento Funcional dos ex-combatentes da GCP

De acordo com Albuquerque et al. (1992) e Albuquerque e Lopes (1994), mais de 80% dos ex-combatentes da GCP apresentavam um grau moderado ou grave de comprometimento funcional familiar, ocupacional e médico.

Em relação ao comprometimento funcional da família, a maioria dos ex-combatentes pertenciam a famílias extremas (variância entre 71,1% e 79%) (Pereira et al., 2012; Pereira et al., 2010), disfuncionais (33%) e problemáticas (47%) (Pereira & Ferreira, 2006). Quando se comparam amostras de ex-combatentes da GCP com e sem diagnóstico de PTSD, os resultados

demonstraram níveis mais altos de violência conjugal e valores mais baixos de regulação e satisfação conjugal em casais com ex-combatentes com PTSD (Anunciação, 1997; Cardoso, 2015). Em relação à violência conjugal, Maia et al. (2006) observaram que 37% dos ex-combatentes ($N= 350$) relataram, pelo menos, um tipo de comportamento violento (e.g., insultos, estalos) direcionado às suas esposas, na tentativa de reduzir o seu desconforto. Além disso, Couto (2007) constatou que os ex-combatentes ($n= 350$) apresentaram maior índice de violência quando comparados a amostras de sujeitos não-veteranos ($n= 81$).

Os veteranos também apresentavam comprometimentos ocupacionais. No geral, a taxa de desemprego em amostras de ex-combatentes da GCP variou entre 9,1% e 42% (Maia et al., 2006; Pereira, Pedras, & Lopes, 2012; Sendas, 2009), e a taxa de reforma antecipada revelou-se ainda maior, com um índice superior a 90% (Cardoso, 2015; Nunes, 2010).

Em relação ao comprometimento médico nos ex-combatentes da GCP, estudos demonstraram uma relação significativa entre sintomas de PTSD e problemas de saúde física (e.g., fadiga, doenças cardiovasculares) (Começanha & Maia, 2011; Maia et al., 2011). Além disso, Couto (2007) verificou que os ex-combatentes da GCP ($n= 350$) apresentavam uma taxa superior de problemas de saúde física em comparação com amostras de sujeitos não-veteranos ($n= 81$).

Intervenções

Albuquerque et al. (1992) efetuaram um estudo experimental ao testarem a eficácia da terapia comportamental (TC) na redução dos sintomas de PTSD e comorbilidades em uma amostra total de 40 ex-combatentes da GCP. Dado a carga emocional pesada da intervenção, apenas 25 ex-combatentes (62,5% da amostra) completaram o procedimento completo. Os resultados deste estudo indicaram que a TC foi eficaz na redução dos sintomas de PTSD dos ex-combatentes. Todavia, esta revelou não ter sido eficaz em reduzir sintomas de perturbações em comorbilidade com a PTSD, nomeadamente, os sintomas de depressão ou ansiedade.

Como intervenção alternativa para reduzir os sintomas de PTSD, Gamito et al. (2010) avaliaram a eficácia da terapia de exposição à realidade virtual (TERV) numa amostra de 10 ex-combatentes com diagnóstico de PTSD. Esta amostra foi distribuída aleatoriamente em três grupos: grupo TERV ($n = 5$), exposição por imaginação (EI) ($n = 2$) e lista de espera (LE) ($n = 3$). Os resultados indicaram que o grupo TERV demonstraram uma diminuição mais acentuada nos sintomas de PTSD e nos sintomas psicopatológicos, quando comparados aos grupos EI e WL. Os autores concluíram que a TERV pode ser uma boa intervenção para reduzir os problemas de saúde mental dos ex-combatentes da GCP.

Além destes estudos experimentais, outros estudos indicaram que uma percentagem significativa de ex-combatentes da GCP estava em tratamento psicológico/psiquiátrico (Cardoso, 2015; Maia et al., 2011; Ribeiro, 2013), e lhes foram prescritos medicamentos (e.g., antidepressivos, ansiolíticos) (Albuquerque et al., 1992; Ferrajão & Oliveira, 2014, Ribeiro, 2013) para reduzir sintomas traumáticos e comorbilidades.

Diferentes trajetórias e fatores relacionados com a recuperação da saúde mental

Ex-combatentes com e sem diagnóstico de PTSD relataram trajetórias diferentes após o período da GCP (Começanha, 2011; Nunes, 2010; Sendas, 2009). De acordo com Sendas (2009), ex-combatentes com diagnóstico de PTSD ($n = 15$) verbalizaram sentimentos de mudanças de personalidade, procura de apoio social apenas em camaradas da GCP, e dificuldades em partilhar histórias de guerra devido ao medo de rejeição, má compreensão por parte dos outros, ou como estratégia de proteção face ao mal-estar psicológico resultante da revivência das memórias traumáticas experienciadas durante a guerra. Consequentemente, estas experiências e decisões pós-guerra resultaram numa alienação social acrescida, e numa maior discrepância entre a identidade pré e pós-guerra destes ex-combatentes. Por outro lado, ex-combatentes assintomáticos ($n = 11$) descreveram um processo pós-guerra de reintegração envolvendo a busca

proativa de emprego, relações próximas com familiares e amigos do período pré-guerra, sentimentos de crescimento pessoal, apoio social e integração de eventos traumáticos de guerra dentro de esquemas pessoais existentes, o que resultou numa maior coerência de identidade e continuidade. Num estudo subsequente com esta amostra, Começanha (2011) confirmou a existência de mais fatores de risco e menos fatores de proteção nos ex-combatentes da GCP com PTSD no período pós-guerra, comparativamente com os ex-combatentes assintomáticos.

Os fatores de proteção supracitados (e.g., procura de apoio social, crescimento pessoal) parecem estar relacionados à melhoria do estado de saúde mental dos ex-combatentes da GCP. Para explorar os fatores aos quais os ex-combatentes da GCP atribuíram a sua recuperação face ao diagnóstico de PTSD, Ferrajão e Oliveira (2014, 2015b) realizaram dois estudos com a mesma amostra total de ex-combatentes ($N = 60$). Esta amostra foi dividida em dois grupos: um incluiu 30 ex-combatentes com diagnóstico atual de PTSD (não recuperados); e a outra incluiu 30 ex-combatentes que foram previamente diagnosticados com PTSD, mas que melhoraram e, conseqüentemente, deixaram de apresentar este diagnóstico (recuperados).

Os resultados demonstraram que os ex-combatentes recuperados relataram maior autoconsciência de estados mentais (i.e., a capacidade de percepção e compreensão do seu estado mental e dos outros) (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002); maior integração do dano moral em esquemas pessoais (e.g., relato de sentimentos de resistência), maior percepção de suporte social (e.g., percepção de apoio e ajuda por parte de familiares e amigos), e uso de estratégias positivas de *coping* (e.g., procura de emprego, fazer exercício físico, rezar). Por outro lado, ex-combatentes não recuperados demonstraram maior incapacidade de compreender os seus comportamentos, apresentaram sentimentos superiores de fraqueza e vergonha, maior discrepância entre a identidade pré e pós-guerra, maior presença de relações conflituosas, e maior

uso de estratégias disfuncionais (e.g., atos violentos para com os outros) (Ferrajão & Oliveira, 2014; 2015b).

Em relação ao dano moral (i.e., perpetração, testemunho, ou falha em prevenir atos que transgridam crenças e expectativas morais internalizadas) (Litz et al., 2009), Ferrajão e Oliveira (2014) indicaram que não houve diferenças significativas entre estes dois grupos. Este resultado é incongruente na literatura já que num outro estudo com uma amostra total de 40 ex-combatentes da GCP, os resultados indicaram que os ex-combatentes não recuperados ($n = 20$) relataram maior dano moral (Ferrajão, 2017) comparativamente com os recuperados ($n = 20$).

Resultados da RS sobre a Saúde Física

Foram identificados inicialmente 67 estudos (Figura 2). Depois de terem sido removidos os duplicados ($n = 21$), fizemos uma triagem aos títulos e aos resumos dos estudos. Após o processo de triagem ($n = 143$), 39 estudos foram excluídos. Os principais motivos de exclusão foram: 1) não incluíam amostras de ex-combatentes da GCP ($n = 17$); 2) não avaliavam qualquer dimensão da saúde física ($n = 17$); e 3) eram revisões sistemáticas ($n = 3$), póster ($n = 1$) ou artigos de conferências ($n = 1$). Dos sete artigos completos avaliados para elegibilidade, seis atenderam aos critérios de inclusão. Um estudo foi excluído porque apresentou dados pouco claros sobre o relato de comportamentos de risco por parte de uma amostra de ex-combatentes da GCP. Além disso, este estudo não avaliou outras dimensões da saúde física. As referências bibliográficas destes seis estudos elegíveis foram analisados manualmente, o que resultou em três estudos adicionais (Albuquerque, Fernandes, Saraiva, & Lopes, 1992; Couto, 2007; Maia et al., 2006). Foi identificado e acrescentado um estudo adicional por meio do contato com especialistas no trauma (Albuquerque & Lopes, 1994). No total, foram identificados 71 estudos nesta revisão sistemática, dos quais 10 foram considerados elegíveis (figura 2).

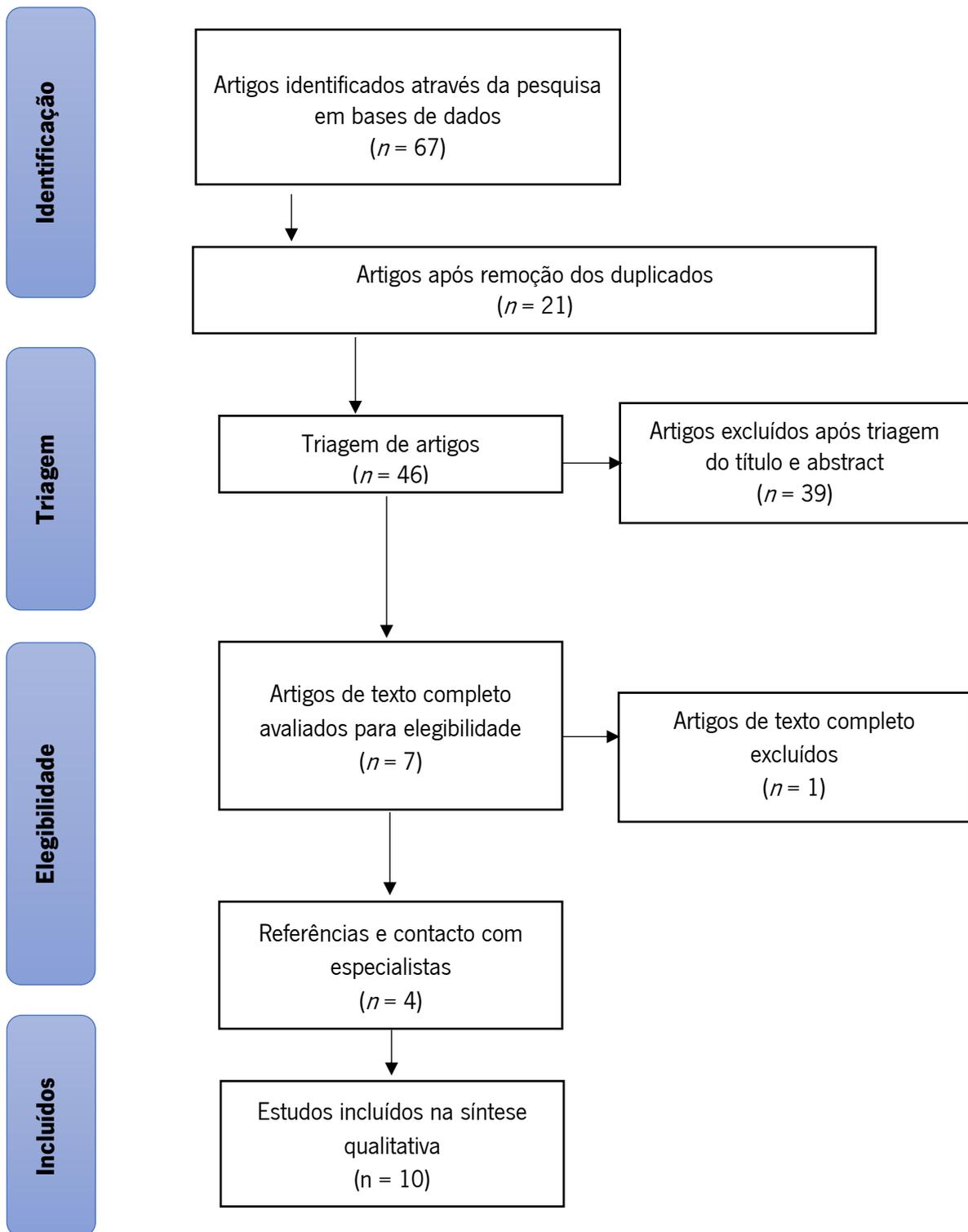


Figura 2. Diagrama de fluxo da seleção dos artigos sobre a Saúde Física

Características dos estudos incluídos

Ano de publicação e tamanho das amostras dos estudos.

A amplitude do ano de publicação dos estudos incluídos variou entre 1992 e 2017. O tamanho das amostras dos estudos variou entre 40 (e.g., Albuquerque et al., 1992; Ferrajão, 2017) e 575 (Silva et al., 2010). Oito estudos apresentaram somente amostras de ex-combatentes da GCP, enquanto dois estudos apresentaram também amostras de sujeitos não-combatentes (Começanha & Maia, 2011; Couto, 2007).

Características das amostras

As características das amostras dos estudos incluídos demonstraram que a idade média das amostras dos ex-combatentes variou entre 41 e 65 anos. A maioria dos ex-combatentes relataram serem casados, com o quarto ano de escolaridade concluído. A maioria dos ex-combatentes foram mobilizados para Angola durante a GCP. De modo semelhante, as amostras de sujeitos não-combatentes apresentaram a mesma faixa etária, a maioria relatou estar casada, e com o mesmo nível de educação (4 anos de escolaridade) comparativamente com as amostras dos ex-combatentes da GCP.

Design dos estudos

Todos os estudos apresentaram um *design* transversal. Nove estudos são quantitativos, enquanto um é qualitativo (Ferrajão, 2017). Em relação aos estudos quantitativos, todos apresentaram um desenho descritivo, três estudos apresentaram também um desenho de correlação (Começanha & Maia, 2011; Maia et al., 2011; Pereira et al., 2012), e quatro estudos apresentaram também testes de comparação (Começanha & Maia, 2011; Couto, 2007; Pereira et al., 2010, 2012).

Procedimentos

As amostras de ex-combatentes da GCP foram recrutadas em associações de veteranos (Albuquerque & Lopes, 1994; Couto, 2007; Maia et al., 2006, 2011; Pereira et al., 2010, 2012), centros clínicos especializados no tratamento de ex-combatentes (Ferrajão, 2017), hospitais psiquiátricos públicos (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Pereira et al., 2010, 2012), instituições de saúde (Albuquerque & Lopes, 1994; Começanha & Maia, 2011), e a partir de processos elaborados pelo Departamento de Defesa da Justiça e elementos biográficos do arquivo geral do exército (Silva et al., 2010).

Medidas de Avaliação utilizados pelos estudos incluídos da SR sobre Saúde Física

Seis estudos utilizaram apenas medidas de autorrelato para avaliar queixas físicas (Maia et al., 2011; Couto, 2007), doenças crónicas (Maia et al., 2011), comportamentos de risco (Couto, 2007; Maia et al., 2006), qualidade de vida física (Pereira et al., 2010, 2012) e uso de serviços de saúde (Começanha & Maia, 2011) em amostras de ex-combatentes da GCP. Além destas medidas de autorrelato, três estudos realizaram uma avaliação clínica para avaliar queixas físicas e doenças crónicas (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Pereira et al., 2010) e comportamentos de risco (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994). Um estudo realizou duas entrevistas semiestruturadas para a avaliação de queixas físicas e uso de serviços de saúde (Ferrajão, 2017). Por fim, um estudo recorreu a processos (i.e., documentos que verificam as condições existentes para a atribuição do estatuto de Deficiência das Forças Armadas a ex-combatentes que alegam perturbação mental decorrente da guerra) elaborados pelo Ministério da Defesa Nacional, no âmbito dos Hospitais Militares, bem como elementos biográficos fornecidos pelo Arquivo Geral do Exército para avaliar queixas físicas e doenças crónicas (Silva et al., 2010).

Em relação à avaliação da exposição ao combate, quatro estudos utilizaram medidas de autorrelato (Começanha & Maia, 2011; Couto, 2007; Maia et al., 2006, 2011); dois estudos realizaram uma avaliação clínica (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994); e um estudo recorreu a processos e elementos biográficos fornecidos pelo Arquivo Geral do Exército (Silva et al., 2010).

Em relação à avaliação de PTSD, sete estudos utilizaram medidas de autorrelato (Albuquerque et al., 1992; Começanha & Maia, 2011; Couto, 2007; Maia et al., 2006, 2011; Pereira et al., 2010, 2012); quatro estudos realizaram uma avaliação clínica para a confirmação de diagnóstico de PTSD (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Pereira et al., 2010, 2012); um estudo confirmou o diagnóstico de PTSD através da *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS; Ferrajão, 2017); e um estudo recorreu a processos e elementos biográficos fornecidos pelo Arquivo Geral do Exército (Silva et al., 2010). As características e os principais resultados dos estudos incluídos estão resumidos nas Tabelas 5 e 6.

Risco de Viés dos estudos incluídos

A avaliação da qualidade de cada critério dos estudos incluídos é apresentada detalhadamente nas tabelas 3 e 4. Os principais riscos de viés foram: 1) todos os estudos apresentaram um *design* transversal, impedindo, assim, determinar a causalidade entre as variáveis; 2) poucos estudos relataram a taxa de participação (Começanha & Maia, 2011; Maia et al., 2006, 2011).

Isto aumenta o risco de viés porque, se menos de 50% dos indivíduos elegíveis, que foram contactados, participaram nos estudos, existe a possibilidade de que a amostra do estudo possa não representar adequadamente a população-alvo; 3) nenhum estudo apresentou uma justificação para o tamanho da sua amostra ou forneceram estimativas de efeito ou variância. Isto aumenta o risco de viés porque não está claro se os estudos tiveram ou não participantes suficientes para

detetar uma associação significativa entre as variáveis; 4) falta de representatividade em todos os estudos devido à amostragem por conveniência; 5) a maioria dos estudos utilizou apenas medidas de autorrelato para a avaliação das dimensões da saúde física. Além disso, dois estudos não apresentaram informações detalhadas sobre as medidas utilizadas (e.g., falta de propriedades psicométricas, tipo de resposta ao item - *Likert* ou resposta dicotómica) (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994).

Igualmente, todas as medidas de autorrelato que avaliaram a saúde física dos ex-combatentes foram adaptadas (com valores de boa consistência interna), mas não validadas para a população de ex-combatentes da GCP. Houve grande concordância na avaliação do risco de viés dos estudos incluídos entre os revisores, $\kappa = 0,82$ (IC 95%, 0,75 a 0,90), $p = 0,001$, e as dúvidas foram discutidas até que um consenso fosse alcançado. Uma classificação final de qualidade geral para cada estudo é apresentada nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3. Avaliação do risco de viés dos estudos quantitativos incluídos sobre a saúde física dos ex-combatentes da GCP.

Estudo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Avaliação
Albuquerque et al. (1992)	Sim	Sim	NR	Sim	Não	Não	Sim	NA	Não	Não	Não	Não	NA	NA	Pobre
Albuquerque & Lopes (1994)	Sim	Sim	NR	Sim	Não	Não	Sim	NA	Não	Não	Não	Não	NA	NA	Pobre
Começanha & Maia (2011)	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	NA	Sim	Não	Sim	NR	NA	Não	Moderado
Couto (2007)	Sim	Sim	NR	Não	Não	Não	Sim	NA	Não	Não	Sim	NR	NA	NA	Pobre
Maia et al. (2006)	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	NA	NR	Não	NR	NR	NA	NA	Moderado
Maia et al. (2011)	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	NA	Sim	Não	Sim	NR	NA	Sim	Bom
Pereira et al. (2012)	Sim	Sim	NR	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	NR	NA	Sim	Moderado
Pereira et al. (2010)	Sim	Sim	NR	Sim	Não	Não	Sim	NA	Sim	Não	Sim	NR	NA	NA	Moderado
Silva et al. (2010)	Sim	Sim	NR	Sim	Não	Não	Sim	NA	No	Não	Não	NR	NA	NA	Pobre

Nota. NA = Não aplicável; NR = Não relatado; NHLBI = *National Heart, Lung, and Blood Institute*; Q1 = Foi claramente apresentada a questão de investigação ou o objetivo do estudo?; Q2 = Foi claramente especificada e definida a população do estudo?; Q3 = A taxa de participação das pessoas elegíveis era de pelo menos 50%?; Q4 = Foram selecionados ou recrutados todos os indivíduos nas mesmas populações ou em populações semelhantes (incluindo o mesmo período de tempo)? Os critérios de inclusão e exclusão foram pré-especificados e aplicados de maneira uniforme a todos os participantes?; Q5 = Foi fornecida uma justificação para o tamanho da amostra, descrição do poder ou estimativas de variação e efeito?; Q6 = Para as análises neste estudo, a(s) variável(eis) independente(s) foram medidas antes da(s) variável(eis) dependente(s)?; Q7 = Foi suficiente o tempo total de duração do estudo para que se pudesse esperar razoavelmente

verificar uma associação entre a variável independente e a variável dependente, caso existisse?; Q8 = Para variáveis independentes que podem variar em quantidade ou nível, será que o estudo examinou diferentes níveis da variável independente em relação à variável dependente (e.g., categorias de exposição ou exposição medida como variável contínua)?; Q9 = As medidas de exposição (variáveis independentes) foram claramente definidas, válidas, fidedignas e implementadas de forma consistente em todos os participantes do estudo?; Q10 = As variáveis independentes foram avaliadas mais que uma vez ao longo do tempo?; Q11 = As variáveis dependentes foram claramente definidas, válidas, confiáveis e implementadas de forma consistente em todos os participantes do estudo?; Q12 = Os autores não tinham conhecimento do estatuto de exposição dos participantes?; Q13 = A perda de amostra após o início do estudo foi de 20% ou menos?; Q14 = As principais potenciais covariáveis foram medidas e ajustadas estatisticamente na relação entre variável(eis) independente(s) e variável(eis) dependente(s)?.

Tabela 4. Avaliação do risco de viés dos estudos qualitativos incluídos sobre a Saúde Física dos ex-combatentes da GCP.

Estudo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Avaliação
Ferrajão (2017)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	NR	Sim	Sim	Sim	Sim	Bom

Nota. NR = Não Relatado; Q1 = Houve uma declaração clara dos objetivos do estudo?; Q2 = É adequada a escolha pela metodologia qualitativa?; Q3 = Foi apropriado o *design* da pesquisa para responder aos objetivos do estudo?; Q4 = Foi adequada a estratégia de recolha para atingir os objetivos do estudo?; Q5 = Os dados foram coletados de forma a abordar a questão do estudo?; Q6 = Foi adequadamente considerada a relação entre pesquisador e participantes?; Q7 = As questões éticas foram levadas em consideração?; Q8 = Foi suficientemente rigorosa a análise dos dados?; Q9 = Existe uma declaração clara dos resultados?; Q10 = Quão valiosa é a investigação do estudo?.

Caracterização da saúde física dos ex-combatentes da GCP

Sete estudos apresentaram dados sobre morbilidade física de amostras de ex-combatentes da GCP (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Começanha & Maia, 2011; Ferrajão, 2017; Maia et al., 2011; Pereira et al., 2010; Silva et al. al., 2010). De acordo com esses estudos, as principais queixas físicas relatadas pelos ex-combatentes foram cefaleias, hipertensão (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Ferrajão, 2017), disfunção sexual, úlcera gástrica (Albuquerque et al., 1992), algias atípicas, hepatite, lipotimias, zumbidos (Albuquerque & Lopes, 1994), dor lombar, fadiga (Maia et al., 2011) e problemas de sono (Ferrajão, 2017; Maia et al., 2011). Estes ex-combatentes da GCP também relataram várias doenças crónicas, incluindo doença cardiovascular (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Ferrajão, 2017; Maia et al., 2011; Pereira et al., 2010), gastrointestinal (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994, Maia et al., 2011), dermatológico (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994), digestiva (Pereira et al., 2010; Silva et al., 2010), tropical (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Silva et al., 2010), sexual (Albuquerque & Lopes, 1994), metabólica (Pereira et al., 2010), do sistema nervoso (Silva et al., 2010), auditiva (Albuquerque & Lopes, 1994; Silva et al., 2010), respiratória (Silva et al., 2010) e endócrina (diabetes) (Albuquerque & Lopes, 1994; Ferrajão, 2017). Dois estudos apresentaram igualmente dados sobre a morbilidade física de ex-combatentes da GCP em comparação com sujeitos não-combatentes com a mesma coorte de idade (Começanha & Maia, 2011; Couto, 2007). Estes estudos demonstraram que os ex-combatentes da GCP relataram mais queixas físicas e doenças crónicas.

Adoção de comportamentos de risco

Quatro estudos indicaram que os principais comportamentos de risco relatados pelos ex-combatentes da GCP foram o consumo de álcool, tabaco, café e drogas (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Couto, 2007; Maia et al., 2006). A principal justificação para o seu

consumo prendeu-se com a redução do desconforto sentido relacionado com guerra (Couto, 2007; Maia et al., 2006, 2011). Num estudo (Couto, 2007), não foram encontradas diferenças significativas entre ex-combatentes da GCP ($n = 350$) e sujeitos não-combatentes ($n = 87$) em relação ao consumo de álcool, tabaco e café. No entanto, neste estudo, os ex-combatentes tiveram um índice mais elevado de adoção de comportamentos de risco (e.g., abuso de substâncias, sedentarismo, dieta pobre) em comparação com os sujeitos não-combatentes.

Utilização dos Serviços de Saúde

Foi encontrado apenas um estudo quantitativo que indicou que os ex-combatentes da GCP ($n = 25$) utilizaram, com maior frequência, o centro de saúde, o hospital público e as consultas especializadas em comparação com os sujeitos não-combatentes ($n = 25$). Porém, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto ao uso de clínicas particulares (Começanha & Maia, 2011). Apesar de não ter incluído uma amostra de sujeitos não-combatentes, um estudo qualitativo indicou que 18 dos 20 ex-combatentes da GCP com diagnóstico de PTSD verbalizaram a necessidade de cuidados médicos, nomeadamente: 1) o uso excessivo de medicamentos, a fim de ajudá-los a acalmar face aos sintomas de stress pós-traumático (i.e., sentir-se explosivo ou agitado); 2) procurar ajuda psiquiátrica para a troca de medicação com o intuito de reduzir os sintomas de stress pós-traumático; ou 3) solicitar internação para evitar acontecimentos stressantes ou angustiantes. Em comparação, a necessidade de atendimento médico, a busca por um médico especialista ou a solicitação de internação hospitalar foi raramente verbalizada pelos ex-combatentes sem PTSD (Ferração, 2017).

Tabela 5. Descrição das principais características da amostra, o *design* do estudo e procedimentos.

Autores (Ano)	Tamanho da amostra (n)	Características da amostra (Idade média; nível de educação, estado civil, teatro de guerra)	Design do estudo	Procedimentos (recolha da amostra)
Albuquerque et al. (1992)	40 ex-combatentes da GCP com diagnóstico de PTSD	$M = 41$ anos, $DP = NR$. Nível de escolaridade = NR. Casado = 57.5%; Solteiro = 25%; Divorciado = 17.5%; Viúvo = NR. Angola = 40%. Guiné-Bissau = 35%. Moçambique = 20%.	Estudo transversal descritivo.	A amostra foi recolhida num hospital psiquiátrico público.
Albuquerque & Lopes (1994)	120 ex-combatentes da GCP com diagnóstico de PTSD	$M = 46$ anos, $DP = NR$. Nível de escolaridade = NR. Casado = 83.3%; Solteiro = 9.2%; Divorciado = 6.7%; Viúvo = 0.8%. Angola = 42.6%. Guiné-Bissau = 28.7%. Moçambique = 27%.	Ver em cima.	A amostra foi recolhida na AFAD, num hospital psiquiátrico público e em instituições de saúde.
Começanha & Maia (2011)	25 ex-combatentes da GCP e 25 sujeitos não-combatentes (coorte de idades semelhante).	$M = 59$ anos, $DP = 2.73$. 6º ano de escolaridade = 46%. Casado = 90%; Solteiro = NR; Divorciado = NR; Viúvo = NR. Angola = 42%. Guiné-Bissau = 20%. Moçambique = 38%.	Estudo transversal correlacional e comparativo.	A amostra foi recolhida numa Instituição de Saúde.
Couto (2007)	350 ex-combatentes da GCP e 81 sujeitos não-combatentes (coorte de idades semelhante).	Ex-combatentes: $M = 57$ anos, $DP = 3.69$. 4º ano de escolaridade = 68.3%. Casado = 92%; Solteiro = NR; Divorciado = NR; Viúvo = NR.	Um estudo transversal descritivo e comparativo.	A amostra foi recolhida a partir de uma lista de 35,000 membros de uma associação de veteranos, na qual cobria residentes de todos os distritos de Portugal Continental (amostra original do estudo de Maia et al. (2006)).

		Teatro de Guerra = NR (ver Maia et al., 2006).		A amostra de sujeitos não-combatentes foi recolhida por contacto telefónico. As medidas de autorrelato foram administradas numa universidade pública.
		Não-combatentes: $M = 58$ anos, $DP = 3.99$. 4º ano de escolaridade = 50%. Casado = 84.6%; Solteiro = 2.6%; Divorciado = 6.2%; Viúvo = 2.6%		
Ferrajão (2017)	20 ex-combatentes da GCP diagnosticados com PTSD e 20 ex-combatentes da GCP sem PTSD	$M = 64$ anos, $DP = NR$. 4º ano de escolaridade = 55%. Casado = NR; Solteiro = NR; Divorciado = NR; Viúvo = NR. Angola = NR. Guiné-Bissau = NR. Moçambique = NR.	Um estudo qualitativo.	A amostra foi recolhida em dois centros clínicos especializados no tratamento de ex-combatentes de guerra.
Maia et al. (2006)	350 ex-combatentes da GCP.	$M = 57$ anos, $DP = 3.69$. 4º ano de escolaridade = 68.3%. Casado = 92%; Solteiro = 2%; Divorciado = 4%; Viúvo = 2%. Angola = 45%. Guiné-Bissau = NR. Moçambique = NR.	Um estudo transversal descritivo. Projeto de investigação financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.	A amostra foi recolhida a partir de uma lista de 35,000 membros de uma associação de veteranos, na qual cobria residentes de todos os distritos de Portugal Continental (amostra original do estudo de Maia et al. (2006)).
Maia et al. (2011)	350 ex-combatentes da GCP.	$M = 57$ anos, $DP = 3.69$. 4º ano de escolaridade = 68%. Casado = 92%; Solteiro = 2%; Divorciado = 4%; Viúvo = 2%. Angola = NR Guiné-Bissau = NR. Moçambique = NR. (ver Maia et al., 2006).	Um estudo transversal descritivo e correlacional.	Ver em cima.

Pereira et al. (2012)	101 ex-combatentes da GCP que passaram por um processo de avaliação para o pedido de ajuda médica/social (coorte de idades semelhante).	<i>M</i> = 59 anos, <i>DP</i> = NR. 4º ano de escolaridade = 82%. Casado = 92%; Solteiro = NR; Divorciado = NR; Viúvo = NR. Angola = 41%. Guiné-Bissau = 30%. Moçambique = 28%.	Estudo transversal correlacional e comparativo.	A amostra foi recolhida no departamento psiquiátrico de um hospital público e de uma organização de ex-combatentes, ambos localizados na zona norte de Portugal.
Pereira et al. (2010)	230 ex-combatentes da GCP que passaram por um processo de avaliação para o pedido de ajuda médica/social (coorte de idades semelhante).	<i>M</i> = NR, <i>DP</i> = NR (autores relataram que a maioria dos ex-combatentes (80.8%) apresentavam uma idade entre os 56 e os 65 anos). 4º ano de escolaridade = 77.8%. Casado = 90.9%; Solteiro = 1.3%; Divorciado = 6.1%; Viúvo = 1.7%. Angola = 42.6%. Guiné-Bissau = 28.7%. Moçambique = 27%.	Um estudo transversal descritivo e comparativo.	Ver em cima.
Silva et al. (2010)	575 ex-combatentes da GCP que tinham um ou múltiplas lesões traumáticas. Estes veteranos estavam num processo de avaliação para o pedido de ajuda médica/social (coorte de idades semelhante).	<i>M</i> = NR, <i>DP</i> = NR. Nível de escolaridade = NR. Casado = NR; Solteiro = NR; Divorciado = NR; Viúvo = NR. Angola = NR. Guiné-Bissau = NR. Moçambique = NR.	Um relatório transversal descritivo realizado para o Ministério da Defesa Nacional.	A amostra foi selecionada a partir de processos elaborados pelo Departamento de Justiça do Ministério da Defesa e em elementos biográficos fornecidos pelo arquivo geral do exército.

Nota. AFAD = Associação das Forças Armadas com Deficientes; DP = Desvio-Padrão; M = Média; GCP = Guerra Colonial Portuguesa; NR = Não Relatado; PTSD (sigla inglesa) = Perturbação de Stress Pós-Traumático

Tabela 6. Descrição das medidas de exposição a combate, PTSD e saúde física; sobre a análise estatística, e dos principais resultados dos estudos elegíveis.

Autores (Ano)	Exposição a combate (medida)	PTSD (medida)	Saúde Física (medida)	Análise Estatística	Principais resultados
Albuquerque et al. (1992)	Avaliação clínica; Medidas de autorrelato NR	Avaliação clínica. PTSS-10. EIS.	Problemas de Saúde Física: Avaliação clínica; medidas de autorrelato NR. Comportamentos de risco: Avaliação clínica; medidas de autorrelato NR.	Estatística descritiva.	Alta incidência de problemas psicossomáticos (32,5%) e dependência de álcool e drogas (28%). Os problemas de saúde física relatados foram cefaleias ($n = 13$), úlcera gástrica ($n = 5$), doenças tropicais ($n = 4$), hipertensão ($n = 3$), disfunção sexual ($n = 3$), doenças dermatológicas ($n = 1$) e doença cardiovascular ($n = 1$).
Albuquerque & Lopes (1994)	Ver em cima.	Avaliação clínica. Medidas de autorrelato NR.	Avaliação clínica; Medidas de autorrelato NR.	Ver em cima.	Os principais problemas de saúde física relatados foram cefaleias ($n = 27$), doenças gastrointestinais ($n = 22$), doenças tropicais ($n = 20$), doenças dermatológicas ($n = 10$), hipertensão arterial ($n = 9$), doenças sexuais ($n = 7$), algias atípicas ($n = 4$), hepatite ($n = 3$), lipotimias ($n = 3$), zumbido ($n = 3$), diabetes ($n = 2$) e doença cardiovascular ($n = 2$). Os ex-combatentes também relataram uso de álcool e drogas ($n = 25$).
Começanha & Maia (2011)	RTES (primeira parte).	RTES (segunda parte).	Doenças Crônicas: Questionário Sociodemográfico e clínico. Utilização dos Serviços de Saúde: Questionário Sociodemográfico e clínico.	Estatística descritiva. Mann-Whitney. Correlações Spearman.	23 (92%) ex-combatentes relataram doenças crônicas (exemplos não foram fornecidos neste estudo) durante o período de GCP. No geral, os ex-combatentes apresentaram uma taxa mais elevada de doenças crônicas ($Z = -4,73$, $p = 0,01$) e utilização de serviços de saúde ($Z = -5,33$, $p = 0,01$) em comparação com os sujeitos não-combatentes. Especificamente, os ex-combatentes utilizaram, com maior frequência, o centro de saúde, hospital público e consultas especializadas. Todavia, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto ao uso de clínicas privadas.

Couto (2007)	RTES (primeira parte).	RTES (segunda parte).	Queixas físicas: RSCL. Doenças Crônicas: Questionário Sociodemográfico e clínico. Comportamentos de risco: QHEV e Questionário Sociodemográfico e clínico.	Estatística descritiva. Mann-Whitney.	<p>A PTSD estava associado a doenças crônicas ($r_s = .47$, $p = 0,05$), porém nenhuma associação significativa foi encontrada entre PTSD e a utilização de serviços de saúde.</p> <p>Os ex-combatentes demonstraram uma taxa maior de queixas físicas ($Z = -6,44$, $p = 0,001$) e doenças crônicas ($Z = -6,96$, $p = 0,001$) em comparação com os sujeitos não-combatentes. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação ao álcool ($\chi^2 = 914$ ($df = 1$), $p = .34$), café ($\chi^2 = 1.601$ ($df = 1$); $p = .21$) e consumo de tabaco ($\chi^2 = 1.333$ ($df = 1$); $p = 0,25$). De igual modo, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em relação ao álcool ($\chi^2 = 2.045$ ($df = 1$), $p = .15$), café ($\chi^2 = .664$ ($df = 1$), $p = .42$) e consumo de tabaco ($\chi^2 = 1,000$ ($df = 1$), $p = 3,17$) para reduzir o desconforto relacionado com a guerra. Diferenças significativas foram encontradas entre os grupos em relação ao índice de comportamentos de risco à saúde ($Z = -7,772$, $p = 0,001$). Especificamente, os ex-combatentes apresentaram um maior índice de adoção de comportamentos de risco (e.g., hábitos alimentares, consumo de substâncias e exercícios físicos).</p>
Ferrajão (2017)	NA	Diagnóstico do estado clínico foi confirmado através da utilização da CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale).	Queixas Físicas: Duas entrevistas semiestruturadas.	Análise Temática e Categórica.	<p>Todos os participantes relataram sofrer de uma perturbação médica crônica diagnosticado por um médico. Os participantes elegíveis apresentavam duas a quatro condições cardiometabólicas, nomeadamente, hipertensão ($n = 24$), diabetes tipo 2 ($n = 31$), hiperlipemia ($n = 13$) ou insuficiência cardíaca congestiva ($n = 9$). Um maior número de ex-combatentes com PTSD ($n = 15$) verbalizou queixas físicas (e.g., cefaleias, tonturas) em comparação com o grupo de controle ($n = 8$). Igualmente, um maior número de ex-combatentes com PTSD ($n = 18$) verbalizou queixas físicas (e.g., cefaleias, tonturas) em comparação com o grupo de controle ($n = 5$). Os ex-combatentes relataram a</p>

					necessidade de atendimento médico, a procura de um médico especialista, a solicitação de internação hospitalar para alívio de sintomas psicológicos, e o evitamento de sintomas associados a acontecimentos potencialmente traumáticos.
Maia et al. (2006)	MHQ.	RTES.	Comportamentos de risco: QHEV e Questionário Sócio-demográfico e clínico.	Estatística descritiva.	81% da amostra relatou consumo de álcool, 23% relatou consumo de tabaco e 88% relatou consumo de café. A principal justificação para o consumo destas substâncias foi o alívio do desconforto ou inquietação subjetiva.
Maia et al. (2011)	MHQ.	RTES.	Queixas Físicas: RSCL. Doenças Crónicas: CIC.	Estatística descritiva. Correlação de Spearman. Análise de regressão. Análise de regressão hierárquica. Análise de mediação.	As principais queixas físicas relatadas foram dor crónica, fadiga e problemas de sono, enquanto as principais doenças crónicas relatadas foram problemas de saúde mental (65%), gastrointestinais (41%) e cardiovasculares (38%). A exposição a combate estava positivamente correlacionado com queixas físicas ($R_s = 0,27, p = 0,01$) e doenças crónicas ($R_s = 0,29, p = 0,01$). Todavia, os sintomas atuais de PTSD apresentaram correlações mais elevadas com queixas físicas ($R_s = 0,48, p = 0,01$) e doenças crónicas ($R_s = 0,38, p = 0,01$), do que a exposição a combate. Na análise de regressão, a exposição a combate foi um preditor significativo de queixas físicas e doenças crónicas, explicando 7% da variância, respetivamente. De igual modo, PTSD foi um preditor significativo de queixas físicas e doenças crónicas, explicando 2% e 5% da variância, respetivamente.
					Todos os três <i>clusters</i> foram preditores significativos de doenças relatadas: a evitação teve o maior ΔR^2 (5%), seguido pela reexperiência (3%) e excitação (2%).

De igual modo, todos os três *clusters* foram preditores significativos de sintomas físicos. A excitação foi o preditor mais forte, explicando 3% da variância única, seguida pela evitação (2%) e reexperiência do acontecimento traumático (1%).

Os resultados, para doenças relatadas ($Z = 4,79$, $p < 0,001$) e sintomas físicos ($Z = 5,42$, $p < 0,001$), demonstraram que a PTSD foi um mediador na relação entre a exposição a combate e as variáveis de saúde.

Pereira et al. (2012)	NA.	RTES. Diagnóstico de PTSD confirmado através de uma avaliação clínica.	Qualidade de vida física: WHOQOL-Bref.	Estatística descritiva. Correlação de <i>Pearson</i> . Teste t para amostras independentes. Análise de regressão múltipla.	Ex-combatentes com PTSD relataram uma qualidade de vida física inferior ($M = 14,85$, $DP = 5,59$) em comparação com ex-combatentes sem PTSD ($M = 17,43$, $DP = 3,94$). No modelo de regressão, a PTSD não foi um preditor significativo da qualidade de vida física (apenas ter menos depressão foi preditor de uma melhor qualidade de vida física, explicando 36% da variância).
Pereira et al. (2010)	NA.	Ver em cima.	Doenças Crónicas: Avaliação clínica através de uma entrevista. Qualidade de vida física: WHOQOL-Bref.	Estatística descritiva. Teste t para amostras independentes.	As principais doenças crónicas relatadas foram cardiovasculares (50%), digestivas (28%) e metabólicas (24%). Ex-combatentes com PTSD relataram uma qualidade de vida física inferior ($M = 16,91$, $DP = 3,58$) em comparação com ex-combatentes sem PTSD ($M = 18,83$, $DP = 4,04$).
Silva et al. (2010)	Processos do DJMDN e elementos biográficos fornecidos pelo arquivo geral do exército.	Processos do DJMDN e elementos biográficos fornecidos pelo arquivo geral do exército.	Doenças Crónicas: Processos do DJMDN e elementos biográficos fornecidos pelo arquivo geral do exército.	Estatística descritiva.	96 (17%) ex-combatentes relataram doenças crónicas desencadeadas por fatores de risco relacionados à guerra (e.g., exposição a alto ruído). As principais doenças crónicas foram as do sistema nervoso (30%), auditivas (18,8%), respiratórias (16,7%) e digestivas.

Nota. CIC = *Current Illness Checklist* [Checklist de Doenças Atuais]; DJMDN = Departamento Jurídico do Ministério da Defesa Nacional; EIS = Escala de Intensidade de Sintomas; GCP = Guerra Colonial Portuguesa; MHQ = *Military History Questionnaire* [Questionário da História Militar]; NA = Não Aplicável; NR = Não Relatado; PTSS-10 = *Posttraumatic Stress Scale-10* [Escala de

Sintomas Pós-Traumáticos-10]; QHEV = Questionário de Hábitos e Estilos de Vida; RSCL = *Rotterdam Symptom Checklist*; RTES = *Response to Traumatic Event Scale* [Escala de Avaliação das Respostas a Acontecimentos Traumáticos]; WHOQOL– Bref = *World Health Organization Quality of Life – Bref* [Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Versão Breve].

Relação entre exposição a combate e saúde física

Foi encontrado apenas um estudo que apresentou uma correlação positiva significativa entre a exposição ao combate e queixas físicas (e.g., fadiga, problemas de sono) e doenças crónicas (e.g., doenças cardiovasculares, gastrointestinais) numa amostra total de 350 ex-combatentes da GCP (Maia et al., 2011). A exposição ao combate revelou ser também um preditor significativo de queixas físicas e doenças crónicas, isto é, níveis mais elevados de relatos a exposição a combate estavam associados a um maior número de queixas físicas e doenças crónicas relatadas pelo ex-combatentes da GCP (Maia et al., 2011).

Relação entre PTSD e Saúde Física

Dois estudos com amostras de ex-combatentes da GCP apresentaram uma associação positiva significativa entre PTSD e queixas físicas (Maia et al., 2011) e doenças crónicas (Começanha & Maia, 2011; Maia et al., 2011), após o controle de potenciais covariáveis (i.e., adversidade na infância, exposição ao combate) (Maia et al., 2011). No entanto, a PTSD revelou não estar associado à utilização de serviços de saúde (Começanha & Maia, 2011), nem à qualidade de vida física (Pereira et al., 2012). Em termos de *clusters* específicos de PTSD, Maia et al. (2011) descobriram que todos os três *clusters* (i.e., excitação, evitação e reexperiência do evento) foram preditores significativos de queixas físicas e doenças crónicas. A excitação foi o preditor mais forte de queixas físicas, enquanto a evitação foi o preditor mais forte de doenças crónicas. Além destes resultados, Maia et al. (2011) indicaram que a PTSD foi um mediador significativo na relação entre a exposição a combate e queixas físicas e doenças crónicas.

Diferenças entre ex-combatentes da GCP com e sem PTSD em relação à saúde física

Dois estudos quantitativos encontraram diferenças estatisticamente significativas entre ex-combatentes da GCP com e sem diagnóstico de PTSD. Especificamente, ex-combatentes com diagnóstico de PTSD relataram uma qualidade de vida física inferior comparativamente com os ex-

combatentes sem esta perturbação (Pereira et al., 2010, 2012). Um estudo qualitativo mostrou, igualmente, que um número superior de ex-combatentes da GCP com diagnóstico de PTSD ($n = 18$) verbalizou queixas físicas (e.g., dores de cabeça, tonturas) em comparação com cinco ex-combatentes da GCP sem esta perturbação (Ferrajão, 2017).

Discussão

Saúde Mental

Os estudos incluídos nesta RS forneceram informações relevantes sobre a saúde mental dos ex-combatentes da GCP, incluindo: 1) a caracterização dos sintomas de PTSD e perturbações em comorbidade; 2) fatores de risco relacionados às perturbações mentais relatadas pelos ex-combatentes; 3) comprometimento funcional médico, ocupacional e familiar no pós-guerra; 4) intervenções testadas com o intuito de verificar a eficácia destas para a diminuição ou remissão de sintomatologia mental relatada; e 5) diferentes trajetórias e fatores relacionados com a remissão do diagnóstico de PTSD. A maioria destes temas foram consistentes com os temas apresentados noutras RS de amostras de ex-combatentes internacionais, bem como as principais limitações dos estudos incluídos e dos estudos elegíveis das outras RS da literatura, como, por exemplo, a escassez de *designs* intervencionistas e longitudinais (Runnals et al., 2014).

Os resultados apresentados nesta RS indicaram que a exposição a combate e outros fatores de risco (e.g., experiências traumáticas na infância, ansiedade de vinculação, baixa autoconsciência de estados mentais) podem ter contribuído para a emergência e gravidade de múltiplos problemas de saúde mental relatados pelos ex-combatentes da GCP. Os resultados demonstraram que os ex-combatentes relataram significativas, embora distintas, taxas de prevalência de sintomas de PTSD (que variaram entre 9% e 80%), e perturbações em comorbidade, incluindo depressão, psicopatologia e abuso de substâncias. Uma possível explicação para as diferentes taxas de prevalência dos sintomas de PTSD relatados pelos ex-combatentes pode ser devido aos diferentes tamanhos da amostra dos diversos estudos incluídos. Especificamente nesta RS, verificou-se que quanto maior era o tamanho da amostra do estudo incluído, menor era a taxa de prevalência de PTSD nos ex-combatentes. Por exemplo, Começanha e Maia (2011) verificaram uma taxa de prevalência de 80% de sintomas compatíveis com a PTSD

numa subamostra de 25 ex-combatentes da GCP, enquanto que Silva et al. (2010), num estudo com uma amostra de 575 ex-combatentes, indicaram que apenas 50 (9%) apresentavam diagnóstico de PTSD. Outra explicação plausível provém do facto de que os estudos incluídos que apresentaram uma maior taxa de prevalência de PTSD recrutaram amostras clínicas (Começanha & Maia, 2011; Maia et al., 2011; Pereira et al., 2012; Pereira et al., 2010) em hospitais, centros clínicos ou em associações de veteranos de guerra. Apesar destas possíveis limitações, verificou-se, sistematicamente, que os ex-combatentes da GCP relataram níveis mais elevados de sintomas de PTSD (Começanha & Maia, 2011; Couto, 2007), psicopatologia, e um maior índice de comportamentos de risco (Couto, 2007) em comparação com amostras de sujeitos não-combatentes. Todavia, alguma cautela é necessária na interpretação destes resultados, dada a escassez de estudos que incluíram amostras de sujeitos não-combatentes, e que apresentaram tamanhos de amostra diminutas.

Os ex-combatentes apresentavam igualmente um comprometimento funcional médico, ocupacional e familiar (e.g., Albuquerque et al., 1994), como, por exemplo, a taxa elevada de desemprego e reforma antes dos 65 anos nesta população (e.g., Cardoso, 2015; Maia et al., 2006). Em relação ao comprometimento funcional familiar, destaca-se o efeito do diagnóstico de PTSD presente nos ex-combatentes no relato de violência e satisfação conjugal. De facto, alguns ex-combatentes da GCP relataram pelo menos um tipo de comportamento violento para com a esposa ou companheira, com o intuito de reduzir a sensação de desconforto relacionado com a guerra (Maia et al., 2006). Estes resultados podem explicar as altas taxas de prevalência de famílias extremas, disfuncionais e problemáticas às quais os ex-combatentes relataram pertencerem (Pereira et al., 2010; Pereira & Ferreira, 2006). Estes resultados são consistentes com a literatura (Runnals et al., 2014). Contudo, alguma cautela é necessária na interpretação destes resultados dada a escassez de estudos que avaliaram o comprometimento funcional dos

ex-combatentes; a escolha por *designs* transversais, e a recolha de amostras de ex-combatentes da GCP por conveniência. Estudos com *design* longitudinal, e com amostras superiores, poderão colmatar estas lacunas na literatura.

A TC e a TERV podem ser intervenções eficazes para a redução dos sintomas de PTSD nos ex-combatentes da GCP (Albuquerque et al., 1994; Gamito et al., 2010). No entanto, várias limitações devem ser abordadas relativamente a estes resultados, como, por exemplo, a elevada taxa de desistências por parte dos participantes no estudo de Albuquerque et al. (1992); o tamanho das amostras serem demasiado pequenas; e a ausência de uma avaliação de acompanhamento após a última sessão da intervenção. Além disso, não foram encontrados outros estudos que replicaram os resultados apresentados por estas intervenções. Assim, não é possível determinar a consistência dos resultados dos estudos supracitados. É aconselhado que futuros estudos repliquem estes resultados com um número superior de participantes.

Apesar do potencial impacto da GCP na saúde mental dos ex-combatentes, nem todos apresentaram uma via patogénica. Segundo Sendas (2009), os ex-combatentes assintomáticos relataram, por exemplo, sentimentos de crescimento pessoal, procura de suporte social e uma maior coerência e continuidade identitária. Estes fatores de proteção parecem também estar relacionados com a remissão do diagnóstico de PTSD crónico. De acordo com Ferrajão e Oliveira (2014, 2015b), os ex-combatentes que deixaram de apresentar o diagnóstico de PTSD verbalizaram maior autoconsciência de estados mentais, auto-integração de dano moral em esquemas pessoais, procura de suporte social e uso de estratégias de *coping* focadas na resolução dos problemas. Todavia, estes estudos com *design* transversal, e com tamanhos de amostra muito pequenos, foram os únicos que apresentaram estes resultados, comprometendo, assim, a generalização dos dados. Tendo em conta os resultados interessantes destes estudos, seria

importante replicá-los no futuro através de estudos com *design* longitudinal e com amostras superiores.

Além da necessidade de estudos longitudinais, foram identificadas lacunas em diversas áreas do conhecimento. Tópicos inexistentes ou pouco estudados na literatura incluem: 1) a taxa de prevalência e tratamento de outras perturbações mentais graves (e.g., ansiedade, esquizofrenia, perturbação bipolar); e 2) a avaliação dos fatores de risco e proteção associados a estas perturbações mentais. Estes estudos apresentariam resultados importantes para o desenvolvimento de intervenções de prevenção e tratamento direcionados para as necessidades dos ex-combatentes da GCP. De igual modo, estudos adicionais são necessários para avaliar o impacto destas perturbações mentais no comprometimento funcional médico, ocupacional e familiar desta população. Estes potenciais dados ampliariam o conhecimento sobre o impacto da GCP nas vidas diárias dos ex-combatentes e das suas famílias, e permitiria a identificação de potenciais intervenções preventivas e de tratamento para mitigar os problemas de reintegração na sociedade. Ao contrário da literatura internacional (Runnals et al., 2014), não foram também encontrados dados sobre a satisfação dos ex-combatentes da GCP relativamente aos cuidados de saúde mental. Na verdade, apenas um estudo foi encontrado que indicou que os ex-combatentes da GCP relataram uma maior utilização dos serviços de saúde mental (e.g., hospital público, centro de saúde), em comparação com sujeitos não-combatentes (Começanha & Maia, 2011). Estes dados seriam importantes para a compreensão e identificação das práticas interventivas mais eficientes para a resolução das necessidades específicas desta população. Outro tópico negligenciado na literatura é o estudo do envelhecimento como potencial fator de risco para a deterioração da saúde mental dos ex-combatentes da GCP. Dado que esta população está numa idade relativamente avançada da vida, é sugerido que futuros estudos abordem esta questão, tendo como objetivo a avaliação do envelhecimento como potencial fator de risco para a situação

atual de saúde mental dos ex-combatentes da GCP. Finalmente, nenhum estudo incluído apresentou uma amostra representativa de ex-combatentes da GCP, comprometendo, assim, a generalização dos resultados. Todavia, dada a dificuldade no acesso a bases de dados atualizadas e oficiais (Maia et al., 2006), a recolha de amostras de participantes em hospitais psiquiátricos ou em associações de veteranos de guerra pareceu ser o método mais adequado para estabelecer contato com esta população.

Saúde Física

O estudo do estado de saúde física de amostras de ex-combatentes de guerra internacionais, bem como a relação entre a exposição a combate, PTSD e saúde física foi amplamente avaliado na literatura (Qureshi et al., 2009; Tansey et al., 2012). Todavia, nenhuma RS tinha sintetizado a informação existente sobre a saúde física dos ex-combatentes da GCP. Apesar do contexto negativo histórico (i.e., tentativa de manter as ex-colónias portuguesas) político (i.e., ditadura do Estado Novo), social (i.e., negligência da sociedade civil para com os ex-combatentes da GCP) e clínico (i.e., cuidados médicos precários) após a GCP (Albuquerque et al., 1992), a ausência de uma RS sobre este tema revela ser uma grande lacuna na literatura, tendo em consideração os 45 anos já ocorridos desde o fim da guerra, um período significativamente mais longo se compararmos com as recentes grandes guerras internacionais (i.e., Iraque e Guerra do Afeganistão). A fim de contornar esta lacuna, esta RS foi realizada com o intuito de sintetizar os dados sobre a saúde física dos ex-combatentes da GCP. Assim, os nossos principais objetivos foram: 1) caracterizar o estado de saúde física dos ex-combatentes da GCP; 2) verificar a relação entre a exposição a combate e a saúde física, bem como a relação entre a PTSD e a saúde física dos ex-combatentes da GCP; e 3) analisar os resultados dos estudos que fizeram uma comparação entre ex-combatentes da GCP com e sem diagnóstico de PTSD em relação à saúde física; bem como os

resultados da comparação entre ex-combatentes da GCP e a população em geral em relação ao mesmo *outcome*.

Estudos demonstraram que ex-combatentes da GCP relataram múltiplas queixas físicas (e.g., cefaleias, fadiga, dor lombar) e doenças crónicas (e.g., doenças cardiovasculares, doenças gastrointestinais) durante (Começanha & Maia, 2011) e após a GCP (Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Ferrajão, 2017; Maia et al., 2011; Pereira et al., 2010; Silva et al., 2010). Além disso, os ex-combatentes da GCP relataram a adoção de vários comportamentos de risco (i.e., consumo de álcool, tabaco, café e outras drogas; Albuquerque et al., 1992; Albuquerque & Lopes, 1994; Maia et al., 2006) com o objetivo de reduzir o desconforto relacionado com a guerra (Maia et al., 2006). Por fim, os ex-combatentes da GCP relataram a necessidade da utilização de serviços de saúde (Começanha & Maia, 2011; Ferrajão, 2017), o que, conforme constatou Ferrajão (2017), foi realizado para o alívio de sintomas psicológicos, ou para evitar sintomas associados a acontecimentos potencialmente traumáticos. Resultados semelhantes foram encontrados em ex-combatentes da guerra do Vietnam, Iraque e Afeganistão em relação à morbidade física (Tansey et al., 2012), comportamentos de risco (Seal et al., 2011) e utilização de serviços de saúde (Frenk, Sautter, Woodring, & Kramarow, 2017).

A exposição a combate e os sintomas de PTSD podem ter tido um impacto importante na saúde física de milhares de ex-combatentes da GCP. Na verdade, segundo Maia et al. (2011), num estudo com uma amostra de 350 ex-combatentes da GCP, a variável exposição a combate estava positivamente correlacionada com o relato de queixas físicas e doenças crónicas, sendo igualmente um preditor significativo desta morbidade física. Estudos com amostras de ex-combatentes da guerra do Vietnam, Afeganistão e Iraque apresentaram resultados semelhantes (Bourn, Sexton, Raggio, Porter, & Rauch, 2016; Buttner et al., 2017).

Relativamente aos sintomas de PTSD, dois estudos com amostras de ex-combatentes da GCP demonstraram que a PTSD estava relacionado com queixas físicas e doenças crónicas (Começanha & Maia, 2011; Maia et al., 2011). Estes resultados estão de acordo com os dados obtidos num estudo posterior realizado por Osório et al. (2012), que encontraram uma relação significativa entre PTSD e morbilidade física (e.g., fadiga, doenças respiratórias) numa amostra de 113 soldados portugueses das forças de Operações Especiais do Exército Português destacadas no Afeganistão. Um estudo incluído também destacou o papel dos *clusters* específicos da PTSD. Especificamente, Maia et al. (2011) observaram que o *cluster* evitamento foi o preditor mais robusto do relato de doenças crónicas, enquanto o *cluster* excitação foi o preditor mais robusto de queixas físicas. Estes resultados foram parcialmente suportados por estudos anteriores, que demonstraram que a ativação, um *cluster* com um forte componente fisiológico, foi o preditor mais robusto de morbilidade física (Hoge et al., 2007). Contudo, estes dados foram exclusivos à morbilidade física. Em dois estudos com amostras de ex-combatentes da GCP, a PTSD não estava associada nem à utilização dos serviços de saúde (Começanha & Maia, 2011), nem à qualidade de vida física (Pereira et al., 2012), o que contraria os dados da literatura com amostras de ex-combatentes internacionais (Painter, Gray, McGinn, Mostoufi, & Hoerster, 2016). Em relação à qualidade de vida física, Pereira et al. (2012) explicaram que a amostra do estudo era constituída por um grupo bastante homogéneo, e com altos níveis de somatização e baixa qualidade de vida física. Assim, a PTSD apresentou um efeito nulo no *outcome* qualidade de vida física. Em relação à utilização dos serviços de saúde, nenhuma explicação foi dada pelos autores (Começanha & Maia, 2011). Porém, o tamanho da amostra deste estudo ($N = 50$) poderá explicar a inexistência de uma relação entre PTSD e o relato de utilização dos serviços de saúde por parte dos ex-combatentes da GCP. Além destes dados empíricos, Maia et al. (2011) constataram que a PTSD foi um mediador significativo na associação entre a exposição a combate e morbilidade física. Isto

significa que a PTSD pode ser um possível mecanismo-chave na relação entre exposição a trauma e saúde física pobre. Neste sentido, Schnurr e Green (2004) propuseram um modelo integrativo no qual a PTSD pode ser a principal via pela qual o trauma leva a resultados negativos sobre a saúde física. O resultado apresentado por Maia et al. (2011) está de acordo com estudos anteriores (Schnurr & Spiro, 1999), revelando, assim, o papel importante do diagnóstico e intervenção precoce da PTSD em ex-combatentes de guerra com o intuito de prevenir o posterior relato de morbilidade física.

Por fim, dois estudos indicaram que os ex-combatentes da GCP apresentaram um maior índice de morbilidade física (Começanha & Maia, 2011, Couto, 2007), e uma maior necessidade de utilização de serviços de saúde comparativamente com os sujeitos não-combatentes (Couto, 2007). Estes dados estão de acordo com a literatura internacional (Dunne, Burrell, Diggins, Whitehead, & Latimer, 2015). Em contrapartida, não houve diferenças significativas entre ex-combatentes da GCP e sujeitos não-combatentes (do mesmo coorte de idade) em relação ao consumo de álcool, tabaco e café. Este resultado em específico não está de acordo com estudos anteriores (Bachrach, Blosnich, & Williams, 2018). Todavia, a generalidade dos resultados supracitados dos estudos incluídos com amostras de ex-combatentes da GCP estão presentes também em estudos com outras amostras de ex-combatentes que enfatizaram a contribuição direta da exposição a trauma na saúde física, independentemente da presença de sintomas de PTSD.

Mecanismos biológicos, comportamentais e psicológicos podem explicar igualmente a relação entre a exposição a combate, PTSD e problemas de saúde física. Por exemplo, as alterações nos níveis de cortisol e das catecolaminas, que estão associadas à PTSD, poderão explicar o aumento da suscetibilidade a alguns tipos de doenças, como doenças cardiovasculares ou autoimunes (Boscarino, 2004). A adaptação a longo-prazo ao stress crónico através das

mudanças fisiológicas (i.e., carga alostática), também pode ter um papel importante na explicação da relação entre a exposição a combate, PTSD e saúde física (McEwen, 2000). Do nosso conhecimento, nenhum estudo com ex-combatentes da GCP teve como objetivo a confirmação destes modelos propostos. Finalmente, a comorbidade entre PTSD, humor negativo (e.g., raiva, depressão) e comportamentos de risco pode explicar também o início e desenvolvimento de morbilidade física (Friedman & Schnurr, 1995). De facto, Maia et al. (2011) encontraram que o sofrimento psicológico pós-guerra relatado por uma amostra de ex-combatentes da GCP ($N= 350$) foi um preditor significativo de morbilidade física, estando igualmente associado aos sintomas de PTSD. Apesar de não ser o foco deste estudo, os autores concluíram que o sofrimento psicológico pode ser interpretado como um potencial mediador na relação entre a exposição a combate e problemas de saúde física, ou como um mediador entre PTSD e problemas de saúde física. Esta hipótese foi parcialmente confirmada pelo estudo de Pereira et al. (2012), no qual a psicopatologia foi um mediador significativo na relação entre PTSD e qualidade de vida física em ex-combatentes da GCP. Nenhum estudo confirmou o papel mediador dos comportamentos de risco na relação entre exposição a combate, PTSD e problemas de saúde física em ex-combatentes da GCP.

Apesar dos resultados interessantes encontrados, todos os estudos apresentaram um *design* transversal, e alguns utilizaram amostras pequenas (e.g., Começanha & Maia, 2011). Estas limitações impedem o estabelecimento de causalidade entre as variáveis e a generalização dos resultados. De igual modo, apenas um estudo avaliou a relação entre exposição a combate e morbilidade física; dois estudos avaliaram a relação entre sintomas de PTSD e morbilidade física (Começanha & Maia, 2011; Maia et al., 2011), e um avaliou a relação entre PTSD e qualidade de vida física (Pereira et al., 2012). Dada a escassez de estudos, é necessária alguma cautela na interpretação destes resultados. Futuros estudos longitudinais são necessários a fim de

estabelecer uma relação-causal entre as variáveis e uma compreensão mais robusta da relação entre exposição a combate, PTSD e a saúde física dos ex-combatentes da GCP.

Foram identificadas igualmente lacunas na literatura, especificamente a ausência de estudos experimentais que focassem no tratamento de queixas físicas, doenças crónicas ou a redução de comportamentos de risco relatados pelos ex-combatentes da GCP. Tais estudos apresentariam dados importantes para a identificação de intervenções de prevenção e intervenção eficazes para o tratamento destes problemas de saúde frequentemente relatados pelos ex-combatentes. Além disso, seria relevante encontrar dados sobre a satisfação dos ex-combatentes da PCW relativamente à utilização e cuidados prestados pelos serviços de saúde. Estes dados permitiriam a identificação das necessidades específicas desta população, bem como a compreensão das melhores práticas para as colmatar. Outro tópico negligenciado pela literatura foi o estudo sobre as potenciais consequências do envelhecimento na saúde física dos ex-combatentes da GCP. A investigação tem demonstrado que o processo de envelhecimento interage com a exposição a acontecimentos traumáticos, através da produção de efeitos psicológicos e fisiológicos únicos (Gagnon & Hersen, 2000). Na verdade, alguns estudos indicaram que alguns idosos percecionam uma deterioração da sua saúde física após a experiência de acontecimentos potencialmente traumáticos durante o envelhecimento (e.g., aposentadoria, morte de um cônjuge), ou a partir de mudanças cognitivas que ocorrem normalmente nesta fase da vida (e.g., redução da memória) (Gagnon & Hersen, 2000; Solomon, Helvitz, & Zerach, 2009). Dado que os ex-combatentes da GCP estão numa idade relativamente avançada, estudos futuros devem abordar esta questão, ao avaliarem o impacto do envelhecimento na saúde física desta população. Estes dados seriam importantes para o estabelecimento de medidas que evitariam a perceção de deterioração da saúde física, e promoveriam um processo de envelhecimento bem-sucedido nos ex-combatentes da GCP.

Apesar da escassez dos estudos revisados, podem ser mencionadas algumas implicações clínicas e práticas. Tem sido demonstrado que a exposição a combate está diretamente relacionada com a saúde física. Assim, os profissionais de saúde devem estar cientes desta relação de forma a efetuar avaliações adequadas e encaminhamentos de pacientes ex-combatentes para diferentes médicos especialistas. A literatura também demonstrou que a exposição a trauma e os sintomas de PTSD podem afetar as interações paciente-médico durante as consultas de saúde, independentemente de os profissionais de saúde perguntarem sobre o trauma, ou os pacientes falarem sobre a sua história de trauma (Hays & Stanley, 1997). Deste modo, os profissionais de saúde devem ser treinados para reconhecer e abordar o estado psicológico destes pacientes, a fim de facilitar o encaminhamento para profissionais de saúde adequados e especializados no assunto. A PTSD demonstrou igualmente ser uma variável mediadora na relação entre exposição a combate e problemas de saúde física. Este dado empírico significa que os sintomas de PTSD podem ser um potencial mecanismo-chave para o desenvolvimento subsequente de problemas de saúde física após a exposição a combate. A fim de prevenir ou tratar problemas de saúde física, os profissionais de saúde mental devem também dar ênfase ao tratamento de ex-combatentes da GCP com diagnóstico de PTSD.

Existem intervenções psicoterapêuticas baseados na evidência para o tratamento dos sintomas de PTSD (Forbes et al., 2010). Assim, profissionais de saúde mental com experiência no tratamento de pacientes com PTSD podem ajudar a mitigar a morbilidade física, a utilização dos serviços de saúde, e a melhorar a percepção de saúde destes. Deve-se ter em consideração que os ex-combatentes podem apresentar outras perturbações mentais (e.g., depressão, ansiedade) em comorbilidade com PTSD. Portanto, os profissionais de saúde devem estar atentos e selecionar a intervenção psicológica mais adequada para a resolução destas problemáticas específicas.

Parte B

Listagem e Descrição dos Instrumentos de Avaliação

Resumo

Além da realização das duas RS supracitadas, foi igualmente acordado com o CRSCM a listagem e descrição dos instrumentos de avaliação (versões, qualidades psicométricas, trabalhos de adaptação à população portuguesa), nomeadamente, questionários de autorrelato, entrevistas e outras formas de avaliação de exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos (exposição a combate), sintomatologia psicopatológica e física, e outros fenómenos de destaque (e.g., funcionamento familiar, indicadores positivos) utilizados pelos estudos com amostras de ex-combatentes da GCP. Realizou-se uma pesquisa sistemática e metódica idêntica à realizada com as duas RS supracitadas. Procedeu-se, posteriormente, à construção de uma grelha informativa (através do programa *Excel*) onde foram inseridos os instrumentos de avaliação encontrados, bem como a descrição das suas principais características e propriedades psicométricas. Na literatura foram encontradas diversas metodologias de avaliação (i.e., medidas de autorrelato, entrevistas semiestruturadas, bem como consulta de processos e elementos biográficos) de exposição a combate, sintomas de PTSD, outros sintomas psicológicos, funcionamento familiar, indicadores positivos (e.g., suporte social), e dimensões da saúde física, em artigos com amostras de ex-combatentes da GCP. Todas as informações registadas na grelha de informação em formato *Excel* foram, subsequentemente, enviadas para a plataforma da Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional. A maioria dos estudos recorreu, unicamente, a medidas de autorrelato. Apesar das potencialidades da utilização destes instrumentos, o recurso a estes apresenta algumas limitações, principalmente, a presença de desejabilidade social e a simulação (e.g., exacerbamento do relato de sintomas psicológicos por parte dos participantes com o objetivo de atingir uma ajuda médica ou social), e a impossibilidade de generalização dos resultados ao universo total de ex-combatentes da GCP. Todavia, os dados obtidos através destas medidas de avaliação permitiram obter o retrato e um resumo das consequências mentais e físicas advindas da GCP, que continuam a estar

presentes em milhares de ex-combatentes da GCP, atualmente, com uma idade bastante avançada.

Objetivos

Tivemos como objetivo principal a listagem e descrição dos instrumentos utilizados pelos estudos com amostras de ex-combatentes da GCP que avaliaram exposição a combate, sintomatologia psicopatológica, sintomatologia física, funcionamento familiar e indicadores positivos.

Para a sua concretização, usamos o seguinte procedimento: 1) a construção de uma grelha informativa para inserir todos os instrumentos encontrados que avaliaram as variáveis supracitadas; 2) a inserção de informação relativa à descrição das características e propriedades psicométricas destes instrumentos; e 3) disponibilização da grelha informativa para a plataforma da Direção-Geral de Recursos da Defesa.

Metodologia

Listagem e descrição dos instrumentos de avaliação

Para listar e descrever os instrumentos de avaliação presentes em artigos e estudos com amostras de ex-combatentes da GCP, procedeu-se a uma pesquisa sistemática e metódica semelhante à realizada com as duas RS supracitadas. Foram descritos questionários de autorrelato (versões, qualidades psicométricas, trabalhos de adaptação à população Portuguesa, etc.); entrevistas e outras formas de avaliação. Estes instrumentos visavam avaliar: 1) exposição a combate, 2) PTSD, 3) outros sintomas psicológicos em comorbilidade (e.g., ansiedade, psicopatologia geral), 4) funcionamento familiar e conjugal, 5) indicadores positivos (i.e., suporte social, qualidade de vida geral, hábitos e estilos de vida), e 6) problemas de saúde física (i.e., queixas físicas doenças crónicas, comportamentos de risco, necessidade de utilização de serviços de saúde).

Em primeiro lugar, foi realizada a procura de artigos científicos com amostras de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa através da pesquisa em diferentes bases de dados eletrónicas (i.e., Web of Science, PubMed, Scopus, PsycINFO, PsycARTICLES, SciELO e ScienceDirect). Trabalhos não publicados (i.e., dissertações de Mestrado, Teses de Doutoramento, Relatórios de investigação) foram identificados, posteriormente, através da pesquisa no Google Académico. Com o intuito de identificar todos os estudos elegíveis, as referências bibliográficas dos estudos incluídos foram consultadas manualmente, e foi estabelecido o contacto com autores e especialistas. Após a conclusão deste procedimento, procedeu-se à construção de uma grelha informativa (com o recurso ao programa *Excel*) onde foram inseridos os instrumentos de avaliação encontrados, e foram descritas as suas principais características, nomeadamente, o seu principal objetivo de avaliação, a sua estrutura (e.g., formato de cotação), e as suas propriedades psicométricas.

Resultados

Instrumentos de avaliação encontrados

Foram encontradas diversas metodologias de avaliação de exposição a combate, sintomas e/ou diagnóstico de PTSD, outros sintomas psicológicos tipicamente em comorbilidade com a PTSD (e.g., depressão, dissociação), funcionamento familiar, indicadores positivos (i.e., qualidade de vida, suporte social, hábitos e estilos de vida), e dimensões da saúde física em artigos com amostras de ex-combatentes da GCP, nomeadamente, medidas de autorrelato, entrevistas semiestruturadas, e recurso a consulta de processos e elementos biográficos.

Em contexto de investigação, a maioria dos estudos empíricos encontrados utilizou uma metodologia quantitativa, dando prioridade a medidas de autorrelato que avaliaram a exposição a combate, principalmente, o *Military History Questionnaire* (MHQ; Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2004) ou o *Combat Exposure Scale* (CES; Keane et al., 1989; Versão Portuguesa de Carvalho, Pinto-Gouveia, Cunha, & Motta, 2014); a avaliação de sintomas de PTSD, como, por exemplo, a *Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Military version* (PCL-M; Weathers et al., 1994; Versão Portuguesa de Carvalho et al., 2015), ou o *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R; Weiss & Marmar, 1997; Tradução e adaptação Matos & Pinto-Gouveia, 2006), ou que avaliaram estas duas dimensões em simultâneo (i.e., exposição a combate e PTSD), tais como a *Escala de avaliação das respostas a acontecimentos traumáticos* (EARAT; McIntyre & Ventura, 1996), ou o *Questionário de Experiências de Combate* (QEC; Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2008).

Foram, igualmente, utilizadas medidas de autorrelato para a avaliação de outros sintomas de sofrimento psicológico por parte dos ex-combatentes da GCP. Alguns exemplos ilustrativos são a *Combat Distress Scale* (CEQ B; Versão Portuguesa de Carvalho, Cunha, Pinto-Gouveia, & Motta, 2015) e a *Difficult Living and Working Environment Scale-Modified version* (DLWES-M; King, King,

& Vogt, 2003; Versão Portuguesa de Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2008) que avaliam o sofrimento emocional vivido durante o teatro de guerra; a *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1993; Versão Portuguesa de Canavarro, 1999) que avalia psicopatologia geral; a *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck et al., 1961; Versão Portuguesa de Vaz Serra & Abreu, 1973a, 1973b) que avalia sintomatologia depressiva; a *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004; Versão Portuguesa traduzida e adaptada por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010) que avalia a desregulação emocional; a *State Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983; Versão Portuguesa de Santos & Silva, 1997) que avalia o traço e estado de ansiedade; a *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (PDEQ; Brooks et al., 2009; Versão Portuguesa de Carvalho et al., 2011) que avalia experiências dissociativas; e o *Questionário Sócio-Demográfico e Clínico* (Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2001) que avalia sintomas psicológicos e físicos.

Alguns estudos empíricos tiveram como objetivo a avaliação do funcionamento familiar e conjugal dos ex-combatentes da GCP (e.g., Cardoso, 2015; Couto, 2007; Pereira, Pedras, & Lopes, 2012; Pereira, Pedras, Lopes, Pereira, Machado, 2010b), dando particular relevância ao estudo de presença de violência conjugal (e.g., Cardoso, 2015; Couto, 2007). O funcionamento familiar foi avaliado, exclusivamente, através da escala *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III* (FACES III; Olson et al., 1993; versão Portuguesa de Curral et al., 1999) enquanto o funcionamento conjugal foi avaliado através da *Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal* (EASAVIC; Narciso & Costa), da *Dyadic Adjustment Scale – Revised* (DAS-R; versão Portuguesa de Pereira, 2003), ou da *Index of Marital Satisfaction* (ISM; Hudson, 1992; Tradução Portuguesa de Pereira, Pereira, & Pedras, 2020). O *Inventário de Comportamentos de Violência Conjugal* (IVC; Machado, Matos & Gonçalves, 2001) e a *Escala de Justiça Íntima* (IJS; Jory, 2004; Tradução Portuguesa de Cardoso, 2015) foram utilizados para avaliar a presença de violência

conjugal em amostras de ex-combatentes da GCP (Cardoso, 2015; Couto, 2007). Foi também avaliada a satisfação sexual conjugal através do *Index of Sexual Satisfaction* (ISM; Hudson, 1992; Tradução Portuguesa de Pereira, Pereira, & Pedras, 2020).

Foram igualmente avaliados alguns indicadores positivos experienciados pelos ex-combatentes da GCP, através das escalas *Brief Personal Survey* (BPS; Derogatis, 1993; Tradução Portuguesa por Começanha & Maia, 2011), e a *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS; Pais-Ribeiro, 1999) – que avaliam a perceção de suporte social –; a *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL– Bref; WHOQOL Group, 1998; Versão Portuguesa de Canavarro et al., 2007) – que avalia a qualidade de vida física, social, psicológica e ambiental –, e o *Questionário de Hábitos e Estilos de Vida* (QHEV; Wardle & Steptoe, 1991; Tradução e adaptação Portuguesa por McIntyre & Soares, 1995) que, como o próprio nome indica, avalia hábitos de saúde e estilos de vida (i.e., hábitos alimentares, práticas de saúde positivas, cuidados preventivos, e/ou abuso de substâncias).

Por fim, foram encontrados questionários de autorrelato que tiveram como objetivo avaliar algumas dimensões da saúde física, nomeadamente, queixas físicas, doenças crónicas, comportamentos de risco e necessidade de utilização de serviços de saúde. Os questionários encontrados foram o *Questionário Sócio-Demográfico e Clínico* (Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2001) que avalia doenças crónicas e a regularidade na utilização dos serviços de saúde; o *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL; Haes et al., 1990; adaptação de McIntyre & Gameiro, 1998) que avalia queixas físicas; o *Current Illness Checklist* (Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2001) que avalia doenças crónicas; e o *Questionário de Hábitos e Estilos de Vida* (QHEV; Wardle & Steptoe, 1991; Tradução e adaptação Portuguesa por McIntyre & Soares, 1995) que avalia a adoção de comportamentos positivos (e.g., dieta alimentar saudável), mas também de comportamentos de risco (i.e., abuso de substâncias).

A listagem e a descrição das características destes instrumentos de avaliação são apresentadas nas Tabelas que se seguem. Na tabela 7 é apresentada a listagem e descrição dos instrumentos que avaliaram exposição a combate; na tabela 8 são apresentados os instrumentos que avaliaram sintomas ou diagnóstico de PTSD; na tabela 9 são apresentados os instrumentos que tiveram como objetivo a avaliação de outros sintomas psicológicos; na tabela 10 são apresentados os instrumentos que avaliaram o funcionamento familiar e conjugal dos ex-combatentes da GCP; na tabela 11 são apresentados os instrumentos que avaliaram indicadores positivos; e, por fim, na tabela 12 são apresentados os instrumentos que avaliaram dimensões da saúde física. Estas tabelas e o seu conteúdo foram, igualmente, colocadas em formato *Excel* e disponibilizadas para a plataforma da Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional.

Além destes questionários de autorrelato supracitados, foram também encontrados estudos que utilizaram metodologia qualitativa, recorrendo a entrevistas semiestruturadas (e.g., Ferrajão & Oliveira, 2015; Sendas, 2009); estudos com uma metodologia mista, utilizando entrevistas semiestruturadas e medidas de autorrelato (e.g., Começanha, 2011; Ferrajão & Oliveira, 2014); e um que recorreu a consulta de processos elaborados pelo Ministério da Defesa Nacional, e elementos biográficos fornecidos pelo Arquivo Geral do Exército (Silva et al., 2010).

Tabela 7. Listagem e descrição de instrumentos que avaliaram exposição a combate em amostras de ex-combatentes da GCP.

Instrumento	Constituição	Propriedades Psicométricas
<i>Military History Questionnaire</i> (MHQ; Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2001)	A primeira parte tem questões relativas a locais, datas, tipo de missão militar, e história militar. Na segunda tem 11 questões relativas a exposição a combate, tendo em conta as características da GCP (e.g., guerrilha). Cada item é codificado como uma variável dicotômica (sim ou não). No estudo de Maia, McIntyre, Pereira, e Ribeiro (2011), o resultado total da escala foi denominado como "Índice de severidade da exposição a guerra", variando entre 0 e 11. O resultado final de exposição é obtido através da soma dos 11 itens do segundo questionário.	A consistência interna dos resultados deste índice foram bons ($\alpha = .79$) (Maia et al., 2011)
<i>Combat Exposure Scale</i> (CES; Keane et al., 1989; Tradução portuguesa de Ferrajão & Oliveira, 2016)	Escala de autorrelato que avalia exposição a combate. É constituída por sete itens, cotados numa escala de cinco pontos. O <i>score</i> total da CES varia entre 0 e 41, e é calculado somando todos os itens.	O coeficiente de alfa foi .81 num estudo com uma amostra total de 60 ex-combatentes da GCP (Ferrajão & Oliveira, 2016).
<i>Exposure to Combat Severity Scale</i> (CEQ A; Versão Portuguesa de Carvalho, Pinto-Gouveia, Cunha, Motta, 2014).	A "secção A" desta escala de autorrelato tem como objetivo avaliar a exposição a combate. É constituída por 23 itens, sendo a escala de resposta uma escala de <i>Likert</i> de 6 pontos, que varia entre 0 e 5 (0 corresponde a não ter sido exposto, sendo que os restantes itens se distinguem quando ao grau de exposição). No que toca à cotação, esta compreende valores entre 0 e 115 pontos (secção A) e 0 e 92 pontos (secção B e C).	Carvalho et al. (2014) avaliou as propriedades psicométricas da secção A da CEQ em três amostras de ex-combatentes da GCP. Esta escala apresentou uma alta consistência interna e uma adequada fidelidade temporal. Demonstrou, igualmente, uma boa validade convergente, com associações positivas e significativas com sintomas psicopatológicos, particularmente com PTSD, mas também depressão, ansiedade e sintomas de stress.
<i>Traumagraf</i> (Adaptação Portuguesa de Pereira & Valentine, 2002)	O Traumagraf é uma grelha de uma página, apresentada sob a forma de uma tabela, composta por sete domínios, sendo que três correspondem a exposição a trauma: 1) tipo de trauma; 2) estágio de desenvolvimento na altura do	No estudo de Ferrajão e Oliveira (2016), com uma amostra de 120 ex-combatentes da GCP, os participantes foram questionados somente em quatro domínios, incluindo (a) tipo de trauma (observação de violência abusiva; participação em violência abusiva); Neste estudo, o coeficiente alfa foi .88 para

<p>Questionário de caracterização social e clínica para Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa (Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2010).</p>	<p>acontecimento traumático; 3) atualidade do acontecimento traumático (se ocorreu nos últimos 90 dias).</p> <p>Este questionário sociodemográfico foi construído para coletar dados pessoais, militares, e clínicos bem como informações referentes ao tempo antes da primeira missão militar e o período de missões militares completadas.</p>	<p>observação de violência abusiva (OBS), e .79 para participação em violência abusiva (PVA).</p>
<p>Entrevista Autobiográfica (Sendas, 2009)</p>	<p>Esta entrevista, com a duração média de 90 minutos, foi desenvolvida no âmbito de uma tese de doutoramento, e visa compreender as experiências pré-guerra, o significado da participação na guerra, e as experiências pós-guerra, no que se refere ao balanço feito pelo indivíduo em função da experiência de guerra e à sua reflexão sobre a (des)continuidade narrativa, com especial relevância relativamente aos fatores protetores e de risco, o funcionamento atual, através dos percursos de resiliência e recuperação, ou da psicopatologia, operacionalizado no percurso de PTSD, por vezes em comorbilidade com o relato de crescimento pós-traumático.</p>	<p>Não se aplica.</p>

Nota: DSM-IV = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*; GCP = Guerra Colonial Portuguesa; PTSD = Perturbação Pós-Stress Traumático

Tabela 8. Listagem e descrição de instrumentos que avaliaram sintomas ou diagnóstico de PTSD em ex-combatentes da GCP.

Instrumento	Constituição	Propriedades Psicométricas
Escala de avaliação das respostas a acontecimentos traumáticos (EARAT; McIntyre & Ventura, 1996)	Medida de autorrelato constituída por duas partes: A segunda parte contém 17 questões que avaliam os critérios de sintomatologia de PTSD segundo a DSM-IV. Para receber um possível diagnóstico de PTSD, os ex-combatentes necessitam de responder afirmativamente a pelo menos uma questão na primeira subescala (intrusão), três na segunda (evitamento), e pelo menos dois na última (hiperatividade).	A consistência interna dos 17 itens (segunda parte) que constituem esta escala revelou-se adequado na versão Portuguesa ($\alpha = .79$; McIntyre & Ventura, 1996).
<i>Clinician-Administered PTSD Scale</i> (CAPS; Blake et al., 1995; Versão Portuguesa de Pinho & Coimbra, 2003).	Entrevista clínica estruturada que permite estabelecer o diagnóstico de PTSD segundo a DSM-IV. A severidade dos sintomas pode variar entre 0 e 8 pontos. Esta severidade é calculada através da soma dos resultados da frequência e intensidade dos sintomas.	Nenhum estudo relatou as propriedades psicométricas da versão Portuguesa da CAPS, nem os valores de consistência interna em amostras de ex-combatentes da GCP.
<i>Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Military version</i> (PCL-M; Weathers et al., 1993; Versão Portuguesa de Carvalho, Cunha, Pinto-Gouveia, & Duarte., 2015)	Avalia os critérios de sintomatologia de PTSD segundo a DSM-IV, que poderão ter ocorrido após a exposição a acontecimentos militares traumáticos. É composta por 17 itens, cotados a partir de uma escala de <i>Likert</i> de 5 pontos. Apresenta um resultado máximo de 85 pontos.	Validado para a população militar da GCP (Carvalho, Pinto-Gouveia, Cunha, & Duarte, 2015), apresenta elevada consistência interna (escala total: $\alpha=.96$; re-experienciação: $\alpha=.95$; hipervigilância: $\alpha=.92$; evitamento: $\alpha=.91$).
<i>Posttraumatic Stress Disorder Checklist (Civilians)</i> (PCL-C; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993; Tradução e adaptação Portuguesa por Marcelino & Gonçalves, 2012)	Avalia os critérios de sintomatologia de PTSD segundo a DSM-IV. Composta por 17 itens e uma escala de <i>Likert</i> .	Instrumento com boas propriedades psicométricas ($\alpha=.86$ a $.94$) (Marcelino & Gonçalves, 2012).
Escala Abreviada de Sintomas (EAS; Breslau, 1999; tradução por Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003)	É uma escala de despiste para PTSD constituído por sete itens. Cinco dos itens pertencem ao critério de evitamento e dois pertencem ao critério de hiper reatividade. Um resultado igual ou superior a 4 constitui um possível despiste de PTSD.	No estudo de Albuquerque et al. (2003), com uma amostra de ex-combatentes da GCP, não foram relatadas propriedades psicométricas.

<i>The Impact of Event Scale</i> (IES; Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979; Tradução por Albuquerque & Lopes, s. ano)	A IES é constituída por quinze itens; sete avaliam sintomas intrusivos, e os restantes oito avaliam sintomas de evitação (evitação de situações, sentimentos e ideias) relacionados com a PTSD. Apresenta uma escala de <i>Likert</i> de quatro pontos: 0 ("nunca") até 5 ("muitas vezes"). A soma das duas subescalas "Fenómenos intrusivos" e "Evitação" corresponde ao valor total de stress. Valores totais acima de 26 são indicadores de stress, ou seja, são indicadores de uma perturbação moderada ou grave de stress traumático (Horowitz et al., 1979).	Não foram relatadas as propriedades psicométricas na versão Portuguesa.
<i>Impact of Event Scale-Revised</i> (IES-R; Weiss & Marmar, 1997; Tradução e adaptação por Matos & Pinto-Gouveia, 2006)	Medida de autorrelato composta por 22 itens que avaliam três critérios de sintomatologia da PTSD: intrusão, evitamento e hiper-reatividade. Cada participante indica o quanto foi emocionalmente stressante cada dificuldade vivida nos últimos sete dias, através de uma escala de <i>Likert</i> de 5 pontos.	Num estudo com uma amostra total de 120 ex-combatentes da GCP, o coeficiente de alfa para o valor total da IES-R foi .83 (Ferrajão & Oliveira, 2016).
Escala de sintomas Pós-Traumáticos (PTSS-10; Holen, Sund, & Weisaeth, 1980; tradução Portuguesa por Albuquerque, Fernandes, Saraiva, & Lopes, 1992)	Albuquerque et al. (1992) informam somente que é uma medida de autorrelato que tem como objetivo avaliar PTSD segundo a DSM-III.	Não foram relatadas as suas propriedades psicométricas.
<i>Combat Distress Scale</i> (CEQ B; Versão Portuguesa de Carvalho, Cunha, Pinto-Gouveia, & Motta, 2015b)	Medida de autorrelato cuja secção B avalia stress emocional. É constituída por 23 itens e foi uma medida desenvolvida de acordo com a revisão da literatura científica e militar. Para cenários de guerra que os participantes foram expostos, o valor de stress emocional é cotado através de uma escala de <i>Likert</i> de 1 a 5 pontos (1 = muito pouco; 5 = extremamente).	Globalmente, a CEQ B apresentou uma consistência interna excelente, alta estabilidade temporal, validade convergente adequada e boa validade discriminante, num estudo com uma amostra de 708 ex-combatentes da GCP (Carvalho et al., 2015b).
Questionário de caracterização social e clínica para Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa (Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2010).	Este questionário foi construído para coletar dados pessoais, militares, e clínicos bem como informações referentes ao tempo antes da primeira missão militar e o período de missões militares completadas.	Questionário sociodemográfico não publicado.

Nota: DSM-IV = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*; GCP = Guerra Colonial Portuguesa; PTSD = Perturbação Pós-Stress Traumático

Tabela 9. Listagem e descrição de instrumentos que avaliaram outros sintomas psicológicos em ex-combatentes da GCP.

Instrumento	Constituição	Propriedades Psicométricas
<i>Difficult Living and Working Environment Scale-Modified version</i> (DLWES-M; King, King, & Vogt, 2003; Tradução e adaptação de Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia., 2008)	Escala de autorresposta de 20 itens, numa escala do tipo <i>Likert</i> em que 1 corresponde a “quase nunca” e 5 a “quase sempre”. A pontuação pode variar entre 20 e 100 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação, maiores serão os desconfortos vividos.	Relativamente às suas propriedades psicométricas, King et al. (2003, 2008) revelam uma consistência interna de .87 (no estudo 1) e de .89 (no estudo 2). Não foram relatadas as propriedades psicométricas desta escala na versão Portuguesa.
Escala de Intensidade de Sintomas (SIS; Di Nardo, O'Brien, Barlow, 1983; Tradução e adaptação Portuguesa por Albuquerque et al., 1992)	Albuquerque et al. (1992) relatam somente que esta escala “mede o grau de “ <i>arousal</i> ” associado ao estímulo traumático” (p. 402).	Não relatado, nem encontrado noutros estudos.
<i>Acceptance and Action Questionnaire-Trauma Specific</i> (AAQ-TS; Braekkan et al., personal communication; versão Portuguesa de Pinto-Gouveia, Carvalho, Cunha, Duarte, & Walser, 2015)	A escala de autorresposta original apresenta 37 itens, numa escala de <i>Likert</i> de 7-pontos. Resultados elevados indicam maior inflexibilidade psicológica.	Segundo Pinto-Gouveia et al. (2015), a versão Portuguesa da AAQ-TS é uma medida válida e fidedigna, com boa validade convergente e discriminante.
<i>Symptom Checklist 90 Revised</i> (SCL-90; Derogatis, 1977; Versão Portuguesa de Batista, 1993)	É uma medida de autorrelato breve e multidimensional, constituído por 90 itens, pontuados através de uma escala de <i>Likert</i> de 5 pontos, que tem como objetivo o despiste de sintomas de psicopatologia. Apresenta nove subescalas: Somatização, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. A SCL-90-R permite a cotação de três índices globais: 1) Índice de Gravidade Global), 2) Índice de Sintomas Positivos, e 3) Número de sintomas positivos.	A versão Portuguesa apresentou valores adequados de validade e fidelidade (Batista, 1993).
<i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983; Versão Portuguesa de Canavarro, 1999)	Versão abreviada do SCL-90-R. Sendo um inventário de autorreposta, o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala tipo <i>likert</i> , cotada desde “Nunca” (0) a “Muitíssimas vezes” (4). É possível também calcular um índice de	Os estudos psicométricos da versão Portuguesa revelaram que este instrumento tem níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de alfa de Cronbach entre 0.621 (psicoticismo) e 0.797 (somatização) e coeficientes teste-reteste entre 0.63 (ideação paranóide) e

	<p>severidade global (ISG); e calcular um índice de Sintomas Positivos (ISP) (Canavarro, 1999). O valor de cut off para casos clínicos na adaptação Portuguesa foi 1.7 na ISP.</p>	<p>0.81 (depressão). Estudos de fiabilidade e validade indicam que o BSI é um instrumento que avalia adequadamente a psicopatologia (Canavarro, 1999).</p>
<p><i>Difficulties in Emotion Regulation Scale</i> (DERS; Gratz & Roemer, 2004; traduzida e adaptada por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010)</p>	<p>Avalia seis domínios da desregulação emocional: (1) não aceitação das respostas emocionais; (2) ausência de clareza emocional; (3) acesso limitado a estratégias de regulação emocional; (4) ausência de consciência emocional; (5) dificuldade no controlo dos impulsos; e (6) dificuldades em agir de acordo com os objetivos. Esta escala é composta por 36 itens cotados numa escala tipo <i>likert</i> de 5 pontos. Quanto maior for o resultado, maiores são as dificuldades de regulação emocional, sendo que o ponto médio de score da escala total é de 72.</p>	<p>Num estudo com 100 ex-combatentes e suas esposas (Cardoso, 2015), a DERS total apresentou uma elevada consistência interna ($\alpha = .95$), bem como as subescalas estratégias ($\alpha = .88$); não aceitação ($\alpha = .90$); consciência emocional ($\alpha = .90$); impulsividade ($\alpha = .91$); objetivos ($\alpha = .83$). Somente a consistência interna da subescala clareza emocional foi inadmissível ($\alpha = .57$).</p>
<p><i>Beck Depression Inventory</i> (BDI; Beck et al., 1961; Versão Portuguesa de McIntyre & McIntyre, 1995)</p>	<p>É uma medida de autorrelato que avalia sintomatologia depressiva. É constituída por 21 itens, sendo que o resultado total pode variar entre 0 e 63. Na cotação considera-se que a depressão ligeira corresponde a totais superiores a 4, a depressão média situa-se em resultados entre 14 e 20 e a depressão severa assinala-se com totais superiores a 21.</p>	<p>Na versão Portuguesa, o alfa de Cronbach foi .86. Num estudo com uma amostra de ex-combatentes da GCP (Carvalho et al., 2014), os valores de alfa de Cronbach foram muito bons (População geral de veteranos de guerra: $\alpha = .94$; Veteranos com PTSD: $\alpha = .89$; Veteranos sem PTSD: $\alpha = .93$).</p>
<p>Escala de Ansiedade de Zung (ZAS; Zung, 1975; adaptação e tradução Portuguesa de Albuquerque et al., 1992)</p>	<p>Albuquerque et al. (1992) relatam somente que esta escala avalia sintomas de ansiedade.</p>	<p>Não relatado.</p>
<p><i>State Trait Anxiety Inventory</i> (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983; Versão Portuguesa de McIntyre & McIntyre, 1995)</p>	<p>É uma medida de autorrelato que avalia ansiedade estado e ansiedade traço. É constituída por 40 itens. Apresenta uma escala de <i>Likert</i> de 4 pontos. A pontuação para as duas escalas (ansiedade traço e ansiedade estado) que pode variar entre um mínimo de 20 e um máximo de 80, é-nos dada pela soma dos 20 itens de cada escala.</p>	<p>A versão Portuguesa tem um alfa de .92 (escala de traço) e .90 (escala de estado) (McIntyre & McIntyre, 1995).</p>

<i>Depression, Anxiety and Stress Scales</i> (DASS–21; Lovibond & Lovibond, 1995; Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal., 2004).	Medida de autorrelato que avalia três dimensões psicológicas: depressão, ansiedade e stress. Cada subescala é constituída por sete itens cotados numa escala de <i>Likert</i> de 4 pontos (0 = “não se aplicou a mim”; 3 = “aplicou-se muito a mim, ou na maioria do tempo”).	A versão Portuguesa apresentou boa consistência interna para a subescala da ansiedade (versão original: $\alpha=.84$; Versão Portuguesa: $\alpha=.83$) e a subescala do stress (versão original: $\alpha=.90$; versão Portuguesa: $\alpha=.88$). No estudo de Carvalho et al. (2015), com uma amostra de ex-combatentes da GCP, o alfa de Cronbach dos ex-combatentes da população geral (Subescala de Ansiedade: $\alpha = .88$; Subescala de stress: $\alpha = .93$), dos ex-combatentes com PTSD (Subescala de ansiedade: $\alpha = .89$; Subescala de Stresse: $\alpha = .83$) e dos ex-combatentes sem PTSD (Subescala de Ansiedade: $\alpha = .86$; Subescala de stresse: $\alpha = .91$) foi boa.
<i>Traumagraf</i> (Adaptação Portuguesa de Pereira & Valentine, 2002)	O Traumagraf é uma grelha de uma página, apresentada sob a forma de uma tabela, composta por sete domínios, sendo que quatro são: 1) sintomas associados com o acontecimento traumático; 2) intensidade dos sintomas na altura e no presente; 3) se o indivíduo recebeu ou não tratamento; e 4) apoio emocional recebido durante o acontecimento traumático.	No estudo de Ferrajão e Oliveira (2016), com uma amostra de 120 ex-combatentes da GCP, os participantes foram questionados somente em quatro domínios, incluindo: (1) sintomas relacionados com o evento; (2) tratamento que recebeu após o evento; e (3) suporte emocional recebido após o evento. Neste estudo não foram relatadas propriedades psicométricas referentes a estas dimensões.
<i>The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire</i> (PDEQ; Brooks et al., 2009; Versão Portuguesa de Carvalho et al., 2011).	Esta escala avalia dissociação peritraumática. A versão Portuguesa é composta por 10 itens, com uma escala de tipo <i>Likert</i> de cinco pontos. Apresenta dois tipos de cotação: através de um valor contínuo, sendo que quanto mais elevado este for mais dissociação se verifica; ou através de um ponto de corte assente numa média igual ou superior a 1,5 pontos por item.	A versão Portuguesa, com uma amostra de ex-combatentes da GCP, apresentou valores de consistência interna adequados para Alteração da Consciência ($\alpha=.90$), e para Despersonalização / Desrealização ($\alpha=.89$, respetivamente).
<i>Dissociative Experiences Scale</i> (DES; Bernstein & Putnam, 1986; versão Portuguesa de Espírito Santo & Pio Abreu, 2009)	É uma medida de autorrelato, constituída por 28 itens que avalia experiências dissociativas.	A versão Portuguesa apresentou um alfa de Cronbach de .94 (Espírito Santo & Pio Abreu, 2009). Não foram apresentadas as suas propriedades psicométricas num estudo com uma amostra de ex-combatentes da GCP (Gamito et al., 2005).

Perceived Threat Scale-Modified Version (PTS-M; King et al., 2003; Tradução e adaptação Portuguesa por Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2008b)

É uma escala de autorresposta, constituída por 15 itens, que avalia a percepção de ameaça de segurança e bem-estar pessoal em teatro de guerra, contemplando aspetos emocionais e cognitivos que podem estar ou não relacionados com a realidade objetiva. Apresenta uma escala de Likert de 5 pontos, onde 1 corresponde a "Discordo bastante" e 5 a "Concordo bastante". A pontuação total oscila entre 15 e 75 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação, maior é a ameaça apercebida.

Não foram relatadas as propriedades psicométricas num estudo com uma amostra de ex-combatentes da GCP (Regadas, 2009).

Nota: DSM-IV = *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*; GCP = Guerra Colonial Portuguesa; PTSD = Perturbação Pós-Stress Traumático

Tabela 10. Listagem e descrição de instrumentos que avaliaram funcionamento conjugal e familiar em ex-combatentes da GCP.

Instrumento	Constituição	Propriedades Psicométricas
<i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III</i> (FACES III; Olson et al., 1993; versão Portuguesa de Curral et al., 1999)	Medida de autorrelato, com 20 itens, que avalia duas dimensões do funcionamento familiar: adaptabilidade familiar e coesão. Esta escala permite que uma família seja classificada entre equilibrada e extrema (disfuncional).	A versão Portuguesa apresentou um alfa de Cronbach de .87 na subescala Coesão e .82 na subescala adaptabilidade. Não foram descritas propriedades psicométricas em estudos com amostras de ex-combatentes da GCP (e.g., Pereira, Pedras, & Lopes, 2012).
Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC; Narciso & Costa)	Este instrumento de autoavaliação é constituído por 44 itens, que se organizam em cinco áreas da vida conjugal relacionadas com a dimensão "Funcionamento Conjugal" e a dimensão "Amor" As respostas dispõem-se numa escala de autorresposta, tipo <i>likert</i> de seis pontos, permitindo que cada indivíduo avalie a sua satisfação entre Nada Satisfeito (1) e Completamente Satisfeito (6). O cálculo do score de cada subdimensão e do score total foi computado com base no somatório das pontuações de cada um dos itens da dimensão pelo número total de itens que a compõe, sendo que um menor valor de score representa menor satisfação nas diversas áreas da vida conjugal.	Em termos de fiabilidade, a escala total apresentou uma consistência muito boa ($\alpha = .97$), bem como a subescalas intimidade emocional ($\alpha = .96$), sexualidade ($\alpha = .94$) e comunicação/conflito ($\alpha = .91$). As subescalas rede social ($\alpha = .88$) e autonomia ($\alpha = .84$) apresentaram boa consistência. Já as subescalas função familiar ($\alpha = .77$) e tempos livre ($\alpha = .77$) apresentaram uma consistência razoável. O relato destas propriedades psicométricas foi descrita num estudo com uma amostra de ex-combatentes da GCP (Cardoso, 2015).
<i>Dyadic Adjustment Scale – Revised</i> (DAS-R; versão Portuguesa de Pereira, 2003)	Esta escala de resposta tipo <i>likert</i> , é constituída por 14 itens que se organizam em três subescalas: consenso entre o casal (6 itens), satisfação conjugal (4 itens) e coesão do casal (4 itens).	Os resultados da análise fatorial realizada no estudo de Couto (2007), com uma amostra de 350 ex-combatentes da GCP, revelaram que os 14 itens se organizam em três fatores, de acordo com a versão original. Estudos realizados na população Portuguesa revelam uma boa fidelidade e consistência interna ($\alpha = .90$).
Inventário de Comportamentos de Violência Conjugal (IVC; Machado, Matos & Gonçalves, 2001)	Este inventário é composto por duas partes. A primeira, integra 21 itens e avalia a perpetração ou vitimização de atos de violência com o cônjuge / companheiro atual, bem como a frequência (única vez versus mais do que uma vez). Na	No estudo de Couto (2007), com uma amostra de 350 ex-combatentes da GCP, verificou-se um $\alpha = .52$.

segunda parte as questões são as mesmas, mas reportam-se a relações anteriores.

Escala de Justiça Íntima (IJS; Jory, 2004; Tradução Portuguesa de Cardoso, 2015)	Esta escala é constituída por 15 itens, sendo as respostas numa escala de tipo <i>likert</i> de seis pontos, entre Discordo Totalmente (1) e Concordo Totalmente (6). Relativamente ao <i>score</i> da escala, valores totais entre 15 a 29 representam um risco de violência baixo; de 30 a 45 representam uma probabilidade de violência moderada e valores superiores a 45 representam violência grave.	No estudo de Cardoso (2015), com uma amostra de ex-combatentes da GCP, o teste de fiabilidade do IJS apresentou uma boa consistência interna ($\alpha = .90$).
Index of Marital Satisfaction (ISM; Hudson, 1992; Tradução Portuguesa de Pereira, Pereira, & Pedras, 2020)	Esta escala é constituída por 25 itens, com uma escala de <i>likert</i> de sete pontos (entre nunca (1) a sempre (7)). O resultado varia entre 25 e 155, sendo que quanto maior o resultado, maior a insatisfação conjugal.	No estudo de Pereira et al. (2020), com uma amostra de 138 ex-combatentes da GCP, verificou-se um alfa de Cronbach de 0.93.
Index of Sexual Satisfaction (ISM; Hudson, 1992; Tradução Portuguesa de Pereira, Pereira, & Pedras, 2020)	Esta escala é constituída por 25 itens, e apresenta uma escala de <i>likert</i> de sete pontos (entre nunca (1) a sempre (7)). O resultado varia entre 25 e 155, sendo que quanto maior o resultado, maior é a insatisfação sexual conjugal.	No estudo de Pereira et al. (2020), com uma amostra de 138 ex-combatentes da GCP, verificou-se um alfa de Cronbach de 0.82.

Tabela 11. Listagem e descrição de instrumentos que avaliaram indicadores positivos em ex-combatentes da GCP.

Instrumento	Constituição	Propriedades Psicométricas
World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- Bref; WHOQOL Group, 1998; Versão Portuguesa de Canavarro et al., 2007).	É um instrumento com 26 itens que avalia quatro dimensões da qualidade de vida: física, social, psicológica e ambiental.	A versão Portuguesa apresentou um alfa de Cronbach que variou entre .64 e .87. Não foram descritas propriedades psicométricas em amostras de ex-combatentes da GCP (Pereira, Pedras, & Lopes, 2012).
Brief Personal Survey (BPS; Derogatis, 1993; Tradução Portuguesa por Começanha & Maia, 2011)	Esta escala dicotômica é constituída por oito afirmações que avaliam a percepção de apoio social.	O valor de consistência interna medido pelo alfa de Cronbach foi igual a .70 num estudo com uma amostra de ex-combatentes da GCP (Começanha e Maia, 2011).
Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS; PaisRibeiro, 1999)	Medida de autorrelato, constituída por 15 itens e uma escala de Likert de 5 pontos, que tem como objetivo avaliar quatro dimensões do suporte social: Satisfação com os amigos/amizades (SA); Intimidade (IN); Satisfação com a família (SF) e Atividades Sociais (AS). A escala permite a obtenção de um resultado total, sendo que quanto maior o resultado, maior é a percepção de suporte social.	O alfa de Cronbach variou entre .64 e .83 (Pais-Ribeiro, 1999). Não foram descritas propriedades psicométricas em estudos com amostras de ex-combatentes da GCP (Pereira, Pedras, Lopes, Pereira, & Machado, 2010b).
Questionário de Hábitos e Estilos de Vida (QHEV; Wardle & Steptoe, 1991; Tradução e adaptação Portuguesa por McIntyre & Soares, 1995)	Questionário constituído por questões dicotômicas, de escolha múltipla e resposta breve. O objetivo do questionário é avaliar alguns hábitos de saúde dos participantes, nomeadamente em termos de dieta e hábitos alimentares, abuso de substâncias, práticas de saúde positivas e cuidados preventivos.	Verificou-se um alfa de Cronbach de .55 num estudo com uma amostra de 350 ex-combatentes da GCP (Couto, 2007).

Tabela 12. Listagem e descrição de instrumentos que avaliaram a saúde física em ex-combatentes da GCP.

Instrumento	Constituição	Propriedades Psicométricas
Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2001)	Este questionário inclui dados sociodemográficos na primeira parte e uma caracterização clínica na segunda parte. A segunda parte avalia doenças crônicas e a regularidade na utilização dos serviços de saúde. Em relação às doenças, os participantes são questionados sobre a presença de um conjunto de patologias, que permite calcular um índice de "total de doenças". Os ex-combatentes são ainda questionados sobre a emergência de doenças no período de guerra. Para avaliar a utilização de serviços de saúde, nomeadamente, centro de saúde, hospital público, clínica privada e consulta da especialidade, é utilizada uma escala de resposta do tipo Likert de 5 pontos, que varia entre 0 – menos de uma vez ao ano – e 4 – mais de uma vez por mês. A resposta a esta escala permite calcular um índice de utilização de serviços de saúde que pode variar entre 0 e 16.	Não foram apresentadas propriedades psicométricas num estudo com uma subamostra de 25 ex-combatentes da GCP (Começanha & Maia, 2011).
Rotterdam Symptom Checklist (RSCL; Haes et al., 1990; adaptação de McIntyre & Gameiro, 1998)	Avalia sintomas físicos e psicológicos (i.e., falta de apetite, cansaço, dor nas costas ou dores musculares, dificuldades em dormir, diarreia, e boca seca) . A escala de sintomas físicos apresenta 20 itens numa escala de Likert de 1-4 pontos.	A consistência interna revelou ser muito boa (alfa de Cronbach de .91) num estudo com uma amostra de 350 ex-combatentes da GCP (Maia, McIntyre, Pereira, & Ribeiro, 2011).
Current Illness Checklist (Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2001)	Este instrumento, constituído por uma lista de 10 itens e com um formato de resposta dicotômica, avalia doenças relatadas (i.e., doenças respiratórias (e.g., asma), endócrinas (e.g., diabetes), e cardiovasculares; problemas gastrointestinais e neurológicos (e.g., epilepsia); doenças mentais (e.g., depressão); e doenças infecciosas, alérgicas, e de pele. O <i>score</i> total da escala é calculado através do somatório dos dez	Não foram apresentadas propriedades psicométricas num estudo com uma amostra de 350 ex-combatentes da GCP (Maia et al., 2011).

itens, quantificando o número total de doenças relatadas pelos participantes.

Questionário de Hábitos e Estilos de Vida (QHEV; Wardle & Steptoe, 1991; Tradução e adaptação Portuguesa por McIntyre & Soares, 1995)

Questionário constituído por questões dicotómicas, de escolha múltipla e resposta breve. O objetivo do questionário é avaliar alguns hábitos de saúde dos participantes (i.e., hábitos alimentares, abuso de substâncias, práticas de saúde positivas e cuidados preventivos).

Verificou-se um alfa de Cronbach de .55 num estudo com uma amostra de 350 ex-combatentes da GCP (Couto, 2007).

Discussão

Vários instrumentos de avaliação foram utilizados em contexto de investigação para avaliar exposição a combate, sintomatologia psicológica e física, funcionamento familiar e indicadores positivos em amostras de ex-combatentes da GCP.

Particular destaque foi dado na literatura à avaliação da exposição a combate nesta população. Com o intuito de avaliar este acontecimento potencialmente traumático, estudos empíricos com *design* quantitativo transversal utilizaram ora questionários sociodemográficos, tais como o *Questionário de caracterização social e clínica para veteranos da guerra colonial Portuguesa* (Carvalho et al., 2010), ou o MHQ (Maia et al., 2004), que contêm questões referentes aos dados pessoais, militares, e clínicos do ex-combatente, bem como da primeira missão militar realizada, ou o período de missões militares completadas; ora medidas de autorrelato adaptadas para esta população, e com adequados valores de consistência interna, tais como a *Combat Exposure Scale* (CES; Keane et al., 1989; Tradução portuguesa de Ferrajão & Oliveira, 2016), e a *Exposure to Combat Severity Scale* (CEQ A; Versão Portuguesa de Carvalho, Pinto-Gouveia, Cunha, Motta, 2014). No contexto da exposição a combate, uma medida de autorrelato, designadamente a *Traumagraf* (Adaptação Portuguesa de Pereira & Valentine, 2002), foi utilizada para avaliar especificamente o relato de observação e/ ou participação de violência abusiva durante a guerra. A *Traumagraf* foi exclusivamente utilizada num estudo com uma amostra de 120 ex-combatentes da GCP (Ferrajão & Oliveira, 2016). Os autores adaptaram esta escala especificamente para esta população com o intuito de avaliar episódios de violência desproporcional, quer seja por observação (OBS) ou participação ativa (PVA), contra inimigos ou civis, incluindo atos de maus-tratos ou de vingança, que poderão ter ocorrido fora da situação de combate. Os autores puderam verificar a partir da utilização desta escala que 30.8% da amostra só observou atos violentos, 7.5% relataram apenas que participaram em atos violentos, e 27.5% da amostra relatou ter observado

e participado em atos violentos durante o contexto de guerra. Neste estudo, os valores de consistência interna da OBS e da PVA foram adequados, indicando ser uma possível medida válida para a avaliação deste fenómeno na população ex-militar da GCP. Além das medidas supracitadas, somente um estudo com *design* qualitativo desenvolveu e administrou uma *Entrevista Autobiográfica*, no âmbito de uma tese de doutoramento, para compreender as experiências pré e pós-guerra, bem como o significado dado pelos ex-combatentes durante a participação na guerra. Apesar de apresentar uma amostra pequena (15 ex-combatentes com diagnóstico de PTSD e 11 ex-combatentes assintomáticos), este estudo permitiu verificar as trajetórias distintas entre estes dois grupos após a guerra, designadamente a via patogénica por parte dos ex-combatentes com PTSD (adoção de comportamentos de risco, presença de psicopatologia, isolamento familiar e social), e a via saudável por parte dos ex-combatentes assintomáticos (procura de suporte social, estratégias de resolução do problema, crescimento pessoal, continuidade narrativa). A obtenção destes dados a partir da administração de uma entrevista revela ser importante na medida em que permite identificar temas e variáveis chave verbalizados pelos ex-combatentes que poderão ser, subsequentemente, avaliadas por estudos quantitativos transversais ou longitudinais.

Relativamente a sintomatologia psicopatológica, a perturbação mais estudada na literatura, com amostras de ex-combatentes da GCP, foi a PTSD. Com o intuito de avaliar esta perturbação (segundo os critérios da DSM-IV; APA, 1994) foram utilizadas várias medidas de autorrelato, na sua maioria traduzidas e adaptadas para a população portuguesa, sendo que apresentaram bons valores de consistência interna (ver tabela 8). As medidas de autorrelato utilizadas foram a *Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Military version* (PCL-M; Weathers et al., 1993; Versão Portuguesa de Carvalho et al., 2015), a *Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilians* (PCL-C; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993; versão Portuguesa de Marcelino & Gonçalves, 2012), a *Impact of Event Scale* (IES; Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979; tradução e adaptação por

Albuquerque & Lopes, s. ano), a *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R; Weiss & Marmar, 1997; tradução e adaptação Portuguesa por Matos & Pinto-Gouveia, 2006), a *Escala Abreviada de Sintomas* (EAS; Breslau, 1999; tradução Portuguesa por Albuquerque et al., 2003), a *Escala de avaliação das respostas a acontecimentos traumáticos* (EARAT; McIntyre & Ventura, 1996), a *Escala de sintomas Pós-Traumáticos* (PTSS-10; Holen et al., 1980; tradução e adaptação Portuguesa de Albuquerque et al., 1992), a *Combat Distress Scale* (CEQ B; Versão Portuguesa de Carvalho, Cunha, Pinto-Gouveia, & Motta, 2015b) e o *Questionário de caracterização social e clínica para Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa* (Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2010).

Das medidas de autorrelato apresentadas, destaca-se a PCL-M (Weathers et al., 1993; Versão Portuguesa de Carvalho et al., 2015), já que, do nosso conhecimento, foi a única medida que foi validada para a população militar da GCP, apresentando valores elevados de consistência interna (ver Anexos). Apesar das suas excelentes qualidades psicométricas, esta escala não permite estabelecer o diagnóstico de PTSD *per se*, mas sim a severidade de sintomas de PTSD segundo os critérios da DSM-IV (APA, 1994). Para estabelecer este diagnóstico, é utilizada a *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS; Blake et al., 1995; Versão Portuguesa de Pinho & Coimbra, 2003), uma entrevista clínica estruturada considerada a "*gold standard*" para estabelecer o diagnóstico de PTSD segundo a DSM-IV (APA, 1994). Não obstante a sua relevância empírica, e das excelentes propriedades psicométricas que foram apresentadas na versão original (Weathers, Keane, & Davidson, 2001), do nosso conhecimento, nenhum estudo empírico, com amostras de ex-combatentes da GCP, relatou as suas propriedades psicométricas quer na versão Portuguesa (Pinho & Coimbra, 2003), quer na população ex-militar (e.g., Carvalho, Cunha, Pinto-Gouveia, & da Motta, 2015; Ferrajão & Oliveira, 2015; Pinto-Gouveia, Carvalho, Cunha, Duarte, & Walser, 2015). Apesar dos esforços na tradução e adaptação das escalas supracitadas, e dos valores positivos relativamente às propriedades psicométricas, estas escalas apresentam, pelo menos,

duas limitações que devem ser mencionadas. A primeira é que a maioria não foi validada para a população ex-combatente da GCP, o que pode comprometer a validade do uso destas medidas nesta população. A segunda limitação prende-se com o facto de que estas medidas de autorrelato avaliam a PTSD segundo os critérios da *DSM-IV* (APA, 1994). Isto revela ser uma possível limitação já que a introdução do manual da *DSM-5* (APA, 2013) apresenta um critério adicional na descrição da sintomatologia de PTSD (i.e., alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao trauma) que não consta na *DSM-IV*, podendo comprometer os resultados obtidos referentes aos sintomas de PTSD nas amostras de ex-combatentes da GCP. Salienta-se, igualmente, que algumas medidas de autorrelato avaliam somente dois critérios correspondentes à sintomatologia de PTSD segundo a *DSM-IV* (APA, 1994). Por exemplo, a IES (Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979; tradução e adaptação Portuguesa por Albuquerque & Lopes, s. ano), é constituída por quinze itens, sendo que sete avaliam sintomas intrusivos e os restantes oito avaliam sintomas de evitamento, não apresentando o critério de alterações da ativação e reatividade. A EAS (Breslau, 1999; tradução Portuguesa por Albuquerque et al., 2003), por outro lado, é uma escala de despiste constituída por sete itens; cinco correspondem ao critério de sintomas de evitamento e os restantes dois ao critério de alterações da reatividade. Os resultados obtidos através destas escalas poderão estar comprometidos, dado que poderão não ter avaliado o fenómeno da PTSD na sua integra em amostras de ex-combatentes da GCP.

Além dos sintomas de PTSD, outras dimensões psicológicas foram avaliadas na literatura com amostras de ex-combatentes da GCP, nomeadamente, a depressão, a ansiedade, a psicopatologia, o stress emocional, a regulação emocional, e a dissociação peritraumática.

Relativamente à depressão, foi encontrado somente uma medida de autorrelato que avaliou esta dimensão em amostras de ex-combatentes da GCP, a *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck et al., 1961; Versão Portuguesa de McIntyre & McIntyre, 1995). Esta medida é uma das mais

utilizadas na literatura para a avaliação da sintomatologia depressiva, tendo já sido validada para a população portuguesa (McIntyre & McIntyre, 1995). Segundo Carvalho et al (2014), esta escala apresentou excelentes propriedades psicométricas numa amostra de ex-combatentes da GCP (Carvalho et al., 2014).

Relativamente à ansiedade, foi encontrado a *Escala de Ansiedade de Zung* (ZAS; Zung, 1975; adaptação e tradução Portuguesa de Albuquerque et al., 1992) e a *State Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger et al., 1983; Versão Portuguesa de Santos & Silva, 1997), em estudos com amostras de ex-combatentes da GCP. Relativamente à ZAS (Zung, 1975; tradução Portuguesa de Albuquerque et al., 1992), nenhuma informação foi apresentada referente à sua constituição e propriedades psicométricas no estudo de Albuquerque et al. (1992), sendo difícil estipular a validade desta medida na avaliação dos sintomas de ansiedade na população ex-militar da GCP. A STAI (Spielberger et al., 1983; Versão Portuguesa de Santos & Silva, 1997), por sua vez, é uma escala que está validada para a população portuguesa, e que apresenta excelentes propriedades psicométricas (Santos & Silva, 1997). Todavia, do nosso conhecimento, esta escala não foi ainda validada para a população ex-militar da GCP.

Carvalho et al. (2015), ao contrário de estudos anteriores com amostras de ex-combatentes da GCP, utilizaram a *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal., 2004) para a avaliação não só da sintomatologia depressiva, mas também da sintomatologia ansiosa e de stress. Esta escala encontra-se validada para a população portuguesa, tendo apresentado boa consistência interna. Apesar de não estar validada para a população ex-militar da GCP, esta escala apresentou bons resultados referentes à consistência interna no estudo de Carvalho et al. (2015), indicando ser um possível instrumento válido para esta população.

Relativamente à psicopatologia geral, foram encontrados dois instrumentos de avaliação em estudos com amostras de ex-combatentes da GCP: a *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983; Versão Portuguesa de Canavarro, 1999) e a *Symptom Checklist 90 Revised* (SCL-90-R; Derogatis, 1977; Versão Portuguesa de Batista, 1993). Ambas as escalas são bastante utilizadas na literatura científica para a avaliação da psicopatologia. Tanto a BSI como a SCL-90-R estão validadas para a população portuguesa, tendo apresentado níveis adequados de consistência interna nas suas nove subescalas (Canavarro, 1999; Batista, 1993). Todavia, do nosso conhecimento, estas escalas não foram validadas para a população ex-militar da GCP.

Relativamente ao stress emocional, foram utilizadas três medidas de autorrelato na literatura científica: a CEQ B (Versão Portuguesa de Carvalho, Cunha, Pinto-Gouveia, & Motta, 2015b), a *Difficult Living and Working Environment Scale Modified version* (DLWES-M; King et al., 2003; versão Portuguesa de Carvalho et al., 2008), e a *Escala de Intensidade de Sintomas* (SIS; Di Nardo et al., 1983; tradução e adaptação de Albuquerque et al., 1992). Destas três medidas, somente a CEQ B foi validada para a população ex-militar da GCP, sendo a escala mais robusta, já que apresentou excelentes propriedades psicométricas, revelando ser uma escala apropriada para a avaliação do stress emocional após a exposição a combate (Carvalho et al., 2015b). Poucas informações foram obtidas nas restantes medidas.

A avaliação da regulação emocional dos ex-combatentes foi realizada a partir da *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004; traduzida e adaptada para a população Portuguesa por Coutinho et al., 2010), uma medida constituída por 36 itens e uma escala de *likert* de 5 pontos. Segundo Esperidião et al. (2008), a DERS apresentou adequados valores de consistência interna, todavia esta escala não foi validada para a população militar. Por fim, e tal como noutras dimensões psicológicas (e.g., regulação emocional), somente foi encontrado uma escala que avaliou a dissociação peritraumática em amostras de ex-combatentes da GCP: a

Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ; Brooks et al., 2009; Versão Portuguesa de Carvalho et al., 2011). Esta medida de autorrelato, composta por dez itens, e com uma escala de *Likert* de cinco pontos, foi das poucas medidas que foi validada para a população ex-militar da GCP, tendo apresentado valores excelentes de consistência interna tanto para a subescala "Alteração da Consciência" como para a subescala "Despersonalização/Desrealização". Estes resultados sugerem que a PDEQ é uma medida válida e fidedigna para avaliar a dissociação peritraumática em amostras de ex-combatentes da GCP. Em complemento com a avaliação da dissociação, foi encontrado no estudo de Gamito et al. (2005), a escala *Dissociative Experiences Scale* (DES; Bernstein & Putnam, 1986), que teve como propósito a avaliação de experiências dissociativas numa amostra total de 90 ex-combatentes da GCP. Todavia, neste estudo foram apresentadas informações superficiais sobre este instrumento, nomeadamente o seu objetivo de avaliação e número de itens. Em complemento com os instrumentos de avaliação supracitadas, estudos com amostras de ex-combatentes da GCP avaliaram, igualmente, outras dimensões psicológicas, tais como a perceção de ameaça relacionado com a guerra, através da escala *Perceived Threat Scale-Modified Version* (PTS-M; King et al., 2003; tradução e adaptação por Carvalho et al., 2008) e a inflexibilidade psicológica, através da escala *Acceptance and Action Questionnaire-Trauma Specific* (AAQ-TS; Versão portuguesa de Pinto-Gouveia et al., 2015). Destas medidas de autorrelato, somente a AAQ-TS foi validada para a população Portuguesa ex-combatente da GCP, tendo apresentado adequadas propriedades psicométricas (Pinto-Gouveia et al., 2015).

Como indicado na secção Resultados, o funcionamento familiar foi avaliado, única e exclusivamente, pela escala *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III* (FACES III; Olson et al., 1993; versão Portuguesa de Curral et al., 1999). Esta escala permite avaliar duas dimensões (i.e., a adaptabilidade e a coesão familiar) das quais é possível classificar se o

funcionamento familiar é equilibrado ou extremo. Apesar desta escala poder apresentar dados relevantes e ilustrativos do funcionamento familiar dos ex-combatentes da GCP, é difícil determinar se é uma escala válida e fidedigna para esta população em específico, já que em nenhum estudo foram descritos quaisquer valores relativos às propriedades psicométricas para amostras de ex-combatentes da GCP. Ao contrário do funcionamento familiar, várias medidas de autorrelato foram utilizadas por estudos com ex-combatentes da GCP para avaliar o funcionamento conjugal, tais como a *Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal* (EASAVIC; Narciso & Costa), a *Dyadic Adjustment Scale – Revised* (DAS-R; versão Portuguesa de Pereira, 2003), ou da *Index of Marital Satisfaction* (ISM; Hudson, 1992; Tradução Portuguesa de Pereira, Pereira, & Pedras, 2019). As três escalas apresentam valores de consistência interna bastante satisfatórios, todavia destacamos a escala ISM, que, num estudo com uma amostra de 138 ex-combatentes da GCP, apresentou um alfa de Cronbach de 0.93 (Pereira et al., 2020). Apesar de não estarem validadas para a população ex-combatentes, estas três escalas revelam ser adequadas para avaliar o fenómeno do funcionamento conjugal nesta população. A violência conjugal também foi avaliada por alguns estudos com amostras de ex-combatentes (Cardoso, 2015; Couto, 2007) através do *Inventário de Comportamentos de Violência Conjugal* (IVC; Machado, Matos & Gonçalves, 2001) e a *Escala de Justiça Íntima* (IJS; Jory, 2004; Tradução Portuguesa de Cardoso, 2015). A partir do estudo de Couto (2007) temos conhecimento do número total de itens da IVC e as dimensões que avalia, nomeadamente, a perpetração ou vitimização de atos de violência com o companheiro atual, bem como a frequência (única vez versus mais do que uma vez). Os itens desta escala são direcionados não só para o companheiro atual como também para relações anteriores. Esta escala apresenta algumas vantagens na sua constituição se compararmos com as informações apresentadas por Cardoso (2015) sobre a IJS que informa simplesmente sobre a totalidade e *score* desta escala, que pode variar entre 15 a 29 (violência baixa) e valores superiores a 45

(violência grave). Todavia, os valores de consistência interna destas duas escalas apresentam uma realidade distinta. No estudo de Couto (2007), com uma amostra de 350 ex-combatentes, a IVC apresentou um alfa = .52, enquanto que no estudo de Cardoso (2015), com uma amostra de 50 casais, a IJS apresentou um alfa = .90. Atendendo a estes valores, é possível que a IJS, seja a opção mais adequada para avaliar violência conjugal em ex-combatentes da GCP. Todavia, é importante frisar que o estudo de Cardoso (2015) é uma dissertação de mestrado, sendo necessária alguma cautela na fiabilidade dos resultados apresentados. Por fim, foi utilizado o ISM para avaliar a satisfação sexual conjugal num estudo com uma amostra de ex-combatentes da GCP (Pereira, Pereira, & Pedras, 2019). Este questionário apresentou um bom valor de consistência interna ($\alpha = .82$), todavia não foi adaptado nem validado para a população ex-combatente.

A avaliação dos ex-combatentes da GCP tende a focar em fenómenos negativos (PTSD, ansiedade) e/ ou disfuncionais (violência conjugal) que poderão ter ocorrido devido à exposição de combate durante a guerra. Todavia, alguns estudos também focam em indicadores positivos que poderão estar presentes no relato desta população. Na literatura, encontramos instrumentos que avaliaram três indicadores positivos: 1) perceção de suporte social, 2) qualidade de vida, e 3) hábitos e estilos de vida saudáveis. Foram encontrados dois instrumentos que avaliaram a perceção de suporte social (e.g., ajuda dos amigos), nomeadamente, as escalas *Brief Personal Survey* (BPS; Derogatis, 1993; Tradução Portuguesa por Começanha & Maia, 2011), e a *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS; Pais-Ribeiro, 1999). Pelas informações obtidas à cerca da constituição destas escalas, é possível inferir que a ESSS apresenta algumas vantagens sobre a BPS, já que a ESSS apresenta, no total, 15 itens e avalia quatro dimensões do suporte social: 1) Satisfação com os amigos; 2) Intimidade; 3) Satisfação com a família; e 4) Atividades Sociais; enquanto que a BPS apresenta 8 itens dicotómicos que avaliam suporte social. Além disso, a ESSS

é uma escala validada para a população portuguesa, com bons valores de consistência interna, e frequentemente utilizada para avaliar suporte social. Todavia, no único estudo em que foi utilizada esta escala para uma amostra de ex-combatentes da GCP (Pereira, Pedras, & Lopes, 2012), não foram descritas as suas propriedades psicométricas nesta população. Em contrapartida, no estudo de Começanha e Maia (2011), com uma amostra de ex-combatentes da GCP, foi descrito o valor de consistência interna da BPS (alfa de Cronbach = .70), o que revelou ser uma possível boa escala para avaliar suporte social em ex-combatentes da GCP. Foi, igualmente, avaliada a qualidade de vida geral (física, social, psicológica e ambiental) dos ex-combatentes da GCP através da medida de autorrelato *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL– Bref; WHOQOL Group, 1998; Versão Portuguesa de Canavarro et al., 2007). A versão portuguesa desta escala apresenta valores de Cronbach aceitáveis para a avaliação deste indicador positivo. Contudo, é difícil afirmar a fiabilidade deste instrumento em amostras de ex-combatentes da GCP, já que as suas propriedades psicométricas não foram descritas nesta população (Pereira, Pedras, & Lopes, 2012). Por último, foi utilizado o *Questionário de Hábitos e Estilos de Vida* (QHEV; Wardle & Steptoe, 1991; Tradução e adaptação Portuguesa por McIntyre & Soares, 1995) que avalia o relato de adoção de comportamento saudáveis ou de risco. Este questionário foi utilizado unicamente por Couto (2007) num estudo com uma amostra de 350 ex-combatentes da GCP. Esta escala apresentou um alfa de Cronbach = .55 nesta população, o que revela um valor de consistência interna baixa. Isto significa que esta escala pode ser pouco fiável na avaliação de hábitos e estilos de vida em ex-combatentes da GCP.

Por fim, foram encontrados questionários de autorrelato que tiveram como objetivo a avaliação da sintomatologia física. Em primeiro lugar, destaca-se o *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL; Haes et al., 1990; adaptação de McIntyre & Gameiro, 1998) que foi o único instrumento encontrado para a avaliação do relato de queixas físicas por parte de uma amostra de ex-

combatentes da GCP (Maia et al., 2011). Apesar de ainda não ter sido validado para esta população, este instrumento apresentou uma consistência interna muito boa (alfa de Cronbach = .91), no estudo de Maia et al. (2011) com uma amostra de 350 ex-combatentes da GCP. Isto significa que este instrumento revela ser potencialmente válido e fidedigno na avaliação do relato de queixas físicas (e.g., fadiga, boca seca, dores lombares, cefaleias) dos ex-combatentes da GCP. Para a avaliação dos comportamentos de risco adotados pelo ex-combatentes da GCP, um estudo utilizou uma medida de autorrelato já supracitada, o QHEV. Como abordado anteriormente, a avaliação deste fenómeno foi realizada única e exclusivamente por este instrumento. Apesar dos seus dados relevantes para compreender os hábitos e estilos de vida adotados pelos ex-combatentes da GCP no período pós-guerra, esta escala apresentou um valor de consistência interna baixo, o que pode comprometer a fidelidade da interpretação dos dados nesta população (Couto, 2007). Na avaliação da saúde física dos ex-combatentes, foi também estudado o relato da presença de doenças crónicas e a necessidade de utilização dos serviços de saúde por parte dos ex-combatentes da GCP. Para esta finalidade, foi utilizado o *Questionário Sócio-Demográfico e Clínico* (Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2001) que avalia tanto doenças crónicas, como a regularidade na utilização dos serviços de saúde; e o *Current Illness Checklist* (CIC; Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2001) que avalia somente doenças crónicas. Estes questionários permitem obter informações cruciais sobre dimensões de saúde física chave relativamente aos ex-combatentes da GCP. A CIC avalia a presença ou não de 10 doenças crónicas frequentemente relatadas pelos sujeitos (e.g., doenças cardiovasculares, gastrointestinais). Segundo Começanha e Maia (2011), o *Questionário Sócio-Demográfico e Clínico* avalia, igualmente, a presença de um conjunto de doenças crónicas. Todavia, os autores não enumeraram as doenças crónicas que este instrumento avalia, indicando, unicamente, que a partir deste instrumento é possível calcular um índice de “total de doenças”. Com base nas informações obtidas, e atendendo à exclusividade do

fenómeno em estudo, o CIC revela ser o instrumento mais adequado para avaliar doenças crónicas. Em contrapartida, o Questionário Sócio-Demográfico e Clínico foi o único encontrado que avalia a necessidade de utilização de múltiplos serviços de saúde, incluindo centro de saúde, hospital público, clínica privada e consulta da especialidade. A partir deste instrumento, foi possível aferir que os ex-combatentes da GCP apresentavam um maior índice de utilização dos serviços de saúde comparativamente com uma amostra de sujeitos não-combatentes. Apesar dos fenómenos avaliados por estas duas medidas de autorrelato, é necessária alguma cautela na interpretação dos dados, já que, tanto Começanha e Maia (2011) como Maia et al. (2011) não apresentaram valores de consistência interna destas duas escalas nos seus estudos com amostras de ex-combatentes da GCP, impossibilitando assim inferir a fidelidade e validade da utilização destes instrumentos nesta população.

Limitações dos instrumentos utilizados

Apesar das potencialidades da utilização destes instrumentos, o recurso a medidas de autorrelato apresenta algumas limitações que devem ser salientadas, nomeadamente, a presença de desejabilidade social (e.g., exacerbamento do relato de sintomas psicológicos por parte dos participantes com o objetivo de atingir uma ajuda médica ou social), comprometendo os resultados obtidos, e a impossibilidade de generalização dos resultados ao universo total de ex-combatentes da GCP.

Em estudos com *design* qualitativo, por sua vez, os autores recorreram a entrevistas semiestruturadas para obter informações mais aprofundadas sobre o período da GCP, bem como relatos pessoais das vivências subjetivas traumáticas dos ex-combatentes durante este período (e.g., Ferrajão & Oliveira, 2015b; Sendas, 2009). O estudo de Sendas (2009) é um exemplo ilustrativo desta forma de avaliação. Com uma subamostra de 15 ex-combatentes com diagnóstico de PTSD e 11 ex-combatentes assintomáticos, Sendas (2009) realizou um estudo com o objetivo

de conhecer, compreender e comparar as organizações de significado construídas pelos ex-combatentes com e sem PSPT para as suas histórias de vida nos períodos pré, peri e pós-guerra. Após a transcrição integral das entrevistas, emergiram teorias distintas para cada grupo, sendo que o grupo com PTSD apresentou um percurso mais patogénico (problemas de saúde mental, menos suporte social, estratégias de *coping* deficitárias) comparativamente com o grupo assintomático no período pós-militar. Apesar do aprofundamento de informações que se pode obter através das entrevistas, esta forma de avaliação, tal como as medidas de autorrelato, apresenta algumas limitações, nomeadamente, a possível presença de desejabilidade social, comprometendo, assim, os resultados obtidos, e a dificuldade na generalização dos resultados, dado o número reduzido de sujeitos que participam em estudos qualitativos.

Como método alternativo, mencionamos o estudo de Silva et al. (2010), o único estudo - do nosso conhecimento - que recorreu a processos elaborados pelo Departamento Jurídico do Ministério da Defesa Nacional, e em elementos biográficos fornecidos pelo Arquivo Geral do Exército, para caracterizar as situações de campanha ou equiparadas (teatros de operações), bem como os défices biopsicossociais e/ou profissionais diagnosticados pelas Juntas Hospitalares Militares numa amostra total de 3020 ex-combatentes que apresentaram queixas, entre 1997 e 2006, a pedido do estatuto de deficiente das Forças Armadas. Ao utilizar esta metodologia alternativa, Silva et al. (2010) obteve dados mais objetivos sobre o relato de exposição adversa e potencialmente traumática e sintomatologia psicopatológica em sujeitos que participaram na GCP. Todavia, dada as características específicas (i.e., clínicas) da amostra, este estudo apresenta como limitação a impossibilidade de generalizar os seus resultados para o universo total de ex-combatentes da GCP.

Conclusão

A principal contribuição da equipa do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho para a Área Psicológica do Centro de Recursos de Stress em Contexto Militar foi a pesquisa, organização e sistematização do conhecimento disponível relativo à saúde mental e física dos ex-combatentes da GCP. Esta tarefa foi implementada e realizada através de duas revisões sistemáticas que, subsequentemente, foram aceites e publicadas em duas revistas científicas revistas por pares. Isto revela ser uma relevante contribuição já que, do nosso conhecimento, estas são as primeiras revisões sistemáticas que constam, neste momento, na literatura sobre as consequências físicas e psicológicas dos ex-combatentes após a GCP. A inclusão nas RS de estudos empíricos publicados - em revistas científicas - e não publicados (e.g., teses de doutoramento, dissertações de mestrado, relatórios), independentemente do ano de publicação e *design* de estudo, e escritos em inglês e português é um ponto forte, já que previne um potencial viés de publicação. Todavia, a decisão de inclusão de artigos não publicados apresenta, ao mesmo tempo, um risco de viés nos resultados das RS, já que estes não foram avaliados por revisores independentes, ao contrário dos artigos publicados. Realizamos esforços para incluir todos os artigos relevantes nas duas RS (e.g., através do contacto com especialistas); contudo, é possível não termos supervisionado todos os artigos relevantes. Uma limitação importante a salientar prende-se com o facto de que os resultados principais das nossas RS poderem não ser representativos de todos os ex-combatentes que foram mobilizados para a guerra colonial, dada que os estudos incluídos recolheram as suas amostras recorrendo a métodos de conveniência, e alguns apresentaram amostras pequenas. Além disso, não excluímos estudos que apresentaram um risco de viés alto. Apesar de nos ter sido possível identificar as principais fraquezas destes estudos, a inclusão destes artigos pode influenciar negativamente a interpretação dos resultados por parte dos leitores.

Outra contribuição importante da Área Psicológica foi a pesquisa, listagem e descrição das principais medidas utilizadas pelos investigadores para a avaliação de fenómenos psicológicos, emocionais, e físicos vividos pelos ex-combatentes durante e após a GCP. Esta listagem permite perceber não só o modo distinto e diverso de como se tem recolhido dados sobre a saúde mental e física (e outros indicadores) dos ex-combatentes da GCP ao longo dos anos, mas também compreender, mais pormenorizadamente, as vantagens e desvantagens de utilização de cada medida de avaliação.

Pontos a reter:

1. Os ex-combatentes da GCP relataram vários problemas de saúde mental, nomeadamente, sintomas de PTSD e perturbações em comorbilidade (e.g., depressão, ansiedade) após a guerra;
2. A exposição a combate foi um dos principais preditores de psicopatologia, depressão e sintomas de PTSD nos ex-combatentes da GCP;
3. Os ex-combatentes relataram um comprometimento funcional médico, ocupacional, social e familiar após a GCP;
4. Os ex-combatentes com PTSD relataram uma trajetória mais patogénica comparativamente com os ex-combatentes sem PTSD após a GCP.
5. Os ex-combatentes da GCP relataram múltiplas queixas físicas, doenças crónicas, adoção de comportamentos de risco e uma grande necessidade de utilização dos serviços de saúde;
6. Tanto a exposição a combate como a sintomatologia de PTSD podem ter contribuído, em conjunto e/ou separadamente, para o relato de problemas de saúde física nos ex-combatentes da GCP;

7. Os ex-combatentes com diagnóstico de PTSD verbalizaram um número superior de problema de saúde física (e.g., queixas físicas, qualidade de vida física) comparativamente com os ex-combatentes sem esta perturbação;
8. Ainda existem áreas pouco estudadas na literatura relativamente à saúde mental e física dos ex-combatentes da GCP. Existem poucos ou nenhum estudo com *design* longitudinal ou experimental para avaliar a saúde mental e física dos ex-combatentes, ou que tenha examinado a eficácia de uma intervenção psicológica para a redução dos sintomas de problemas de saúde mental e/ou física relatados por amostras de ex-combatentes da GCP.
9. Foram encontradas diversas metodologias de avaliação (i.e., medidas de autorrelato, entrevistas semiestruturadas, bem como processos e elementos biográficos) de exposição a combate, sintomas ou diagnóstico de PTSD, outros sintomas psicológicos, funcionamento familiar, indicadores positivos (e.g., suporte social), e dimensões da saúde física em artigos com amostras de ex-combatentes da GCP.
10. A maioria dos estudos recorreu, unicamente a medidas de autorrelato.
11. É urgente aprofundar o conhecimento sobre estratégias eficazes de intervenção psicológica, numa população que, para além dos problemas decorrentes da exposição a guerra, enfrenta os desafios e problemas do envelhecimento.

Referência bibliográfica das duas Revisões Sistemáticas

Maia, A., & Morgado, D. (2019). Portuguese colonial war veterans' mental health: A systematic review. *Psicologia, Saúde & Doenças, 20*, 759-777. doi:10.15309/19psd200316

Maia, A., & Morgado, D. (2019). Portuguese colonial war veterans' physical health: A systematic review. *PSICOLOGIA, 33*, 27-46. doi:10.17575/rpicol.v33i2.1439

Bibliografia

- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., & Lopes, F. (1992). Distúrbios pós-traumáticos do stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista Psicologia Militar, 1*, 399-407.
- Albuquerque, A., Lopes, F. (1994). Características de um grupo de 120 ex-combatentes da guerra colonial vítimas de <<stress de guerra>>. *Vértice, 58*, 28-32.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa, 16*, 309-320.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed). Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Anunciação, C. (1997). Ajustamento marital em ex-combatentes da Guerra Colonial com e sem perturbação pós-stress traumático. *Análise Psicológica, 15*, 595-604.
- Bachrach, R. L., Blosnich, J. R., & Williams, E. C. (2018). Alcohol screening and brief intervention in a representative sample of veterans receiving primary care services. *Journal of Substance Abuse Treatment, 95*, 18-25. doi:10.1016/j.jsat.2018.09.003
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Beckham, J. C., Moore, S. D., Feldman, M. E., Hertzberg, M. A., Kirby, A. C., & Moderadobank, J. A. (1998). Health status, somatization, and severity of posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1565-1569. doi:10.1176/ajp.155.11.1565

- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 219-231. doi:10.1016/j.brat.2005.01.009
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 75-90. doi:10.1007/BF02105408
- Boscarino, J. A. (2004). Posttraumatic stress disorder and physical illness: Results from clinical and epidemiologic studies. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1032*, 141-153. doi:10.1196/annals.1314.011
- Bourn, L. E., Sexton, M. B., Raggio, G. A., Porter, K. E., & Rauch, S. A. (2016). Posttraumatic stress disorder and somatic complaints: Contrasting Vietnam and OIF/OEF Veterans' experiences. *Journal of Psychosomatic Research, 82*, 35-40. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.01.009
- Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C., & Schultz, L. R. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 156*, 908-911. doi:10.1176/ajp.156.6.908
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*, 339-376. doi:10.1016/S0272-7358(03)00033-3
- Brooks, R., Bryant, R. A., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., McFarlane, A. C., & Marmar, C. R. (2009). The latent structure of the peritraumatic dissociative experiences questionnaire. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 153-157. doi:10.1002/jts.20414
- Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: A state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry, 18*, 259-269. doi:10.1002/wps.20656

- Bryant, R. A., Felmingham, K. L., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., & McFarlane, A. C. (2011). The association between menstrual cycle and traumatic memories. *Journal of Affective Disorders, 131*, 398-401. doi:10.1016/j.jad.2010.10.049
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Guthrie, R. M., & Moulds, M. L. (2000). A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 109-341. doi:10.1037/0021-843X.109.2.341
- Buttner, M. M., Godfrey, K. M., Floto, E., Pittman, J., Lindamer, L., & Afari, N. (2017). Combat exposure and pain in male and female Afghanistan and Iraq veterans: The role of mediators and moderators. *Psychiatry Research, 257*, 7-13. doi:10.1016/j.psychres.2017.07.001
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos— B.S.I. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga, Portugal: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., . . . Carona, C. (2007). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado, & M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora
- Cardoso, R. G. (2015). *PTSD e conjugalidade: Regulação emocional, violência e satisfação conjugal em casais com historial de exposição à Guerra Colonial*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Retirado de <https://core.ac.uk/download/pdf/61019318.pdf>
- Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2008). *Difficult livings and working environment scale* (versão Portuguesa não publicada).

- Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2008b). *Perceived Threat Scale* (versão Portuguesa não publicada).
- Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). *Questionário de caracterização social e clínica para Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa* (Instrumento não publicado).
- Carvalho, T., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2011). *Peritraumatic dissociative experiences questionnaire (PDEQ): Portuguese adaptation and validation study for general population of Colonial War Veterans*. Poster presented at the 41st EABCT Annual Congress, Reykjavik, Iceland.
- Carvalho, T., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Portuguese version of the PTSD Checklist-Military Version (PCL-M)-I: Confirmatory factor analysis and reliability. *Psychiatry Research, 226*, 53-60. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.055
- Carvalho, T., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & da Motta, C. (2015b). Development of the Combat Distress Scale of the Combat Experiences Questionnaire (CEQ). *Journal of Affective Disorders, 174*, 602-610. doi:10.1016/j.jad.2014.11.054
- Carvalho, T., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & da Motta, C. (2018). Model comparison and structural invariance of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire in Portuguese colonial war veterans. *Traumatology, 24*, 62. doi:10.1037/trm0000134
- Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & da Motta, C. (2014). Development of exposure to combat severity scale of the combat experiences questionnaire (CEQ). *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 938-946. doi:10.1016/j.janxdis.2014.09.024
- Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Duarte, J. (2015). Portuguese version of the PTSD Checklist-Military Version (PCL-M)-II: diagnostic utility. *Brazilian Journal of Psychiatry, 37*, 55-62. doi:10.1590/1516-4446-2013-1319.

- Cohen, H., Matar, M. A., Buskila, D., Kaplan, Z., & Zohar, J. (2008). Early post-stressor intervention with high-dose corticosterone attenuates posttraumatic stress response in an animal model of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 64*, 708-717. doi:10.1016/j.biopsych.2008.05.025
- Começanha, A. R. S. (2011). *Percursos individuais face ao potencial trauma em ex-combatentes da guerra colonial: Uma comparação entre a patogénese e a salutogénese*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga, Portugal. Retirado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/15849/1/Ana%20Rita%20Silva%20Come%C3%A7anha.pdf>
- Começanha, R., & Maia, A. (2011). Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: Estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos, 4*, 123-131. doi:10.4013/ctc.2011.42.06
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão Portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica, 37*, 145-51. doi:10.1590/S0101-60832010000400001.
- Couto, M. J. (2007). *Exposição a trauma e caracterização do ajustamento psicológico, de saúde, familiar e laboral de uma amostra de homens portugueses: Um estudo comparativo entre ex-combatentes da guerra colonial e um grupo da mesma idade sem essa experiência* (dissertação de mestrado). Universidade do Minho, Braga, Portugal
- Critical Appraisal Skills Programme. (2013). *CASP checklists*. Available at: <http://www.casp-uk.net/>. Acedido em 10 de novembro de 2018.
- Cucciare, M. A., Darrow, M., & Weingardt, K. R. (2011). Characterizing binge drinking among US military Veterans receiving a brief alcohol intervention. *Addictive Behaviors, 36*, 362-367. doi:10.1016/j.addbeh.2010.12.014

- Curral, R., Dourado, F., Roma-Torres, A., Barros, H., Palha, A., & Almeida, L. (1999). Coesão e adaptabilidade familiares numa amostra Portuguesa: Estudo com o Faces III. *Psiquiatria Clínica, 20*, 213-217.
- Delahanty, D. L., Raimonde, A. J., & Spoonster, E. (2000). Initial posttraumatic urinary cortisol levels predict subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *Biological Psychiatry, 48*, 940-947. doi:10.1016/S0006-3223(00)00896-9
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual. Clinical psychometric research*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological Medicine, 13*, 595– 605. doi:10.1017/S0033291700048017
- Dias, A., Sales, L., Cardoso, R. M., & Kleber, R. (2014). Childhood maltreatment in adult offspring of Portuguese war veterans with and without PTSD. *European Journal of Psychotraumatology, 5*, 20198. doi:10.3402/ejpt.v5.20198
- Dunne, E. M., Burrell, L. E., Diggins, A. D., Whitehead, N. E., & Latimer, W. W. (2015). Increased risk for substance use and health-related problems among homeless veterans. *The American Journal on Addictions, 24*, 676-680. doi:10.1111/ajad.12289
- Durai, U. N. B., Chopra, M. P., Coakley, E., Llorente, M. D., Kirchner, J. E., Cook, J. M., & Levkoff, S. E. (2011). Exposure to trauma and posttraumatic stress disorder symptoms in older veterans attending primary care: Comorbid conditions and self-rated health status. *Journal of the American Geriatrics Society, 59*, 1087-1092. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03407.x
- Edmondson, D., & von Känel, R. (2017). Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. *The Lancet Psychiatry, 4*, 320-329. doi:10.1016/S2215-0366(16)30377-7

- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0
- Espírito Santo, H., & Pio Abreu, J. L. P. (2009). Portuguese validation of the dissociative experiences scale (DES). *Journal of Trauma & Dissociation, 10*, 69-82. doi:10.1080/15299730802485177
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2014). Self-awareness of mental states, self-integration of personal schemas, perceived social support, posttraumatic and depression levels, and moral injury: A mixed-method study among Portuguese war veterans. *Traumatology, 20*, 277-285. doi:10.1037/trm0000016
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015). Attachment patterns as mediators of the link between combat exposure and posttraumatic symptoms: A study among Portuguese war veterans. *Military Psychology, 27*, 185-195. doi: 10.1037/mil0000075
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015b). From self-integration in personal schemas of morally experiences to self-awareness of mental states: A qualitative study among a sample of Portuguese war veterans. *Traumatology, 21*, 22-31. doi:10.1037/trm0000019
- Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015c). The effects of combat exposure, abusive violence, and sense of coherence on PTSD and depression in Portuguese colonial war veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8*, 1-8. doi:10.1037/tra0000043
- Ferrajão, P. C. (2017). Pathways between combat stress and physical health among Portuguese war veterans. *Qualitative Health Research, 27*, 1640-1651. doi:10.1177/1049732317701404
- Foa, E. B. (1993). Posttraumatic stress disorder in rape victims. *Review of Psychiatry, 12*, 273-303.

- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy, 20*, 155-176. doi:10.1016/S0005-7894(89)80067-X
- Forbes, D., Creamer, M., Bisson, J. I., Cohen, J. A., Crow, B. E., Foa, E. B., ... Ursano, R. J. (2010). A guide of guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 537–552. doi:10.1002/jts.20565
- Frenk, S. M., Sautter, J. M., Woodring, J. V., & Kramarow, E. A. (2017). Veteran status, sociodemographic characteristics, and healthcare factors associated with visiting a mental health professional. *Community Mental Health Journal, 53*, 515-524. doi:10.1007/s10597-016-0071-x
- Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (1995). The relationship between trauma, posttraumatic stress disorder, and physical health. In M. J. Friedman, D. S. Charney, & A. Y. Deutch (Eds.), *Neurobiological and clinical consequences of stress* (pp. 507-524). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Gagnon, M., & Hersen, M. (2000). Unresolved childhood sexual abuse and older adults: Late-life vulnerabilities. *Journal of Clinical Geropsychology, 6*, 187–198. doi:10.1023/A:1009589115942
- Gamito, P., Oliveira, J., Rosa, P., Morais, D., Duarte, N., Oliveira, S., & Saraiva, T. (2010). PTSD elderly war veterans: A clinical controlled pilot study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 13*, 43-48. doi:10.1089/cyber.2009.0237
- Gamito, P., Pacheco, J., Ribeiro, C., Pablo, C., & Saraiva, T. (2004). Virtual war PTSD: A methodological thread. *Annual Review of Cyber Therapy and Telemedicine, 3*, 173-178.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in

- emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*, 41-54.
- Hays, K. F., & Stanley, S. F. (1997). The impact of childhood sexual abuse on women's dental experiences. *Journal of Child Sexual Abuse*, *5*, 65-67. doi:10.1300/J070v05n04_04
- Hendrickson, R. C., & Raskind, M. A. (2016). Noradrenergic dysregulation in the pathophysiology of PTSD. *Experimental Neurology*, *284*, 181-195. doi: 10.1016/j.expneurol.2016.05.014
- Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R., Laneiro, T., Correia, A., & Anunciação, C. (2017). A perturbação de stresse pós-traumático (PTSD) em Portugal: Relação com a estima de si e o coping. *Revista Psicologia*, *31*, 313-319.
- Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C., & Engel, C. C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 150-153. doi:10.1176/ajp.2007.164.1.150
- Holen, A., Sund, A., & Weisaeth, L. (1983). *The Alexander Kielland Disaster March 27th 1980: psychological reactions among the survivors*. Oslo: Division of Disaster Psychiatry, University of Oslo.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*, 209-218.
- Ismaeel, A., Weems, S., Ellor, J. W., Crow, J., Myers, D., Dolan, S., ... Morissette, S. B. (2018). Association between negative emotional states and unhealthy nutritional behaviors in soldiers. *Military Behavioral Health*, *6*, 66-74. doi:10.1080/21635781.2017.1337597
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., Zimering, R. T., Taylor, K. L., & Mora, C. A. (1989). Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *1*, 53-55. doi:10.1037/1040-3590.1.1.53

- King, D. W., King, L. A., & Vogt, D. S. (2003). *Manual for the deployment risk and resilience inventory (DRRI): a collection of measures for studying deployment-related experiences of military veterans*. Boston, MA: National Center for PTSD.
- King, L. A., King, D. W., Bolton, E., Knight, J., & Vogt, D. (2008). Risk factors for mental, physical, and functional health in gulf war veterans. *Journal of Rehabilitation Research & Development, 45*, 395-407.
- Kirschbaum, C., Kudielka, B. M., Gaab, J., Schommer, N. C., & Hellhammer, D. H. (1999). Impact of gender, menstrual cycle phase, and oral contraceptives on the activity of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Psychosomatic Medicine, 61*, 154-162.
- Kitayama, N., Quinn, S., & Bremner, J. D. (2006). Smaller volume of anterior cingulate cortex in abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders, 90*, 171-174.
doi:10.1016/j.jad.2005.11.006
- Klingaman, E. A., Hoerster, K. D., Aakre, J. M., Viverito, K. M., Medoff, D. R., & Goldberg, R. W. (2016). Veterans with PTSD report more weight loss barriers than veterans with no mental health disorders. *General Hospital Psychiatry, 39*, 1-7.
doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.11.003
- Logue, M. W., van Rooij, S. J., Dennis, E. L., Davis, S. L., Hayes, J. P., Stevens, J. S., ... & Morey, R. A. (2018). Smaller hippocampal volume in posttraumatic stress disorder: a multisite ENIGMA-PGC study: subcortical volumetry results from posttraumatic stress disorder consortia. *Biological psychiatry, 83*, 244-253. doi:10.1016/j.biopsych.2017.09.006
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 335-343.

- Lithari, C., Frantzidis, C. A., Papadelis, C., Vivas, A. B., Klados, M. A., Kourtidou-Papadeli, C., ... & Bamidis, P. D. (2010). Are females more responsive to emotional stimuli? A neurophysiological study across arousal and valence dimensions. *Brain Topography, 23*, 27-40. doi:10.1007/s10548-009-0130-5
- Maia, A., McIntyre, T., Pereira, G., & Fernandes, E. (2001). *Military History Questionnaire (MHQ)*. Unpublished material Department of Psychology, University of Minho, Portugal
- Maia, A., McIntyre, T., Pereira, G., & Fernandes, E. (2006). Por baixo das pústulas da guerra: Reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da guerra colonial. In Centro de Estudos Lusíadas/ Universidade do Minho, (ed.), *A Guerra Colonial (1961-1974)* (pp. 11-28). Braga, Portugal.
- Maia, A., McIntyre, T., Pereira, M. G., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and post-traumatic stress as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety, Stress, & Coping, 24*, 309-325. doi:10.1080/10615806.2010.521238
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. (2012). Perturbação de pós-stress traumático: características psicométricas da versão Portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30*, 71–75. doi:10.1016/j.rpsp.2012.03.003.
- McIntyre, T., & McIntyre, S. (1995). *Versão Portuguesa do Beck Depression Inventory (BDI)*. Braga, Portugal: University of Minho.
- McIntyre, T., & McIntyre, S. (1995). *State Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Research version). Braga, Portugal: University of Minho.
- McIntyre, T., & Ventura, M. (1996). Escala de avaliação da resposta aos acontecimentos traumáticos (EARAT). In L. Almeida et al. (Org.), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (Volume V, pp. 37-44). Braga, Portugal: University of Minho.

- McDevitt-Murphy, M. E., Fields, J. A., Monahan, C. J., & Bracken, K. L. (2015). Drinking motives among heavy-drinking veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Addiction Research & Theory, 23*, 148-155. doi:10.3109/16066359.2014.949696
- McEwen B. S. (2000). Allostasis and allostatic load: Implications for neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology, 22*, 108-124. doi:10.1038/sj.npp.1395453
- McFarlane, A. C., Weber, D. L., & Clark, C. R. (1993). Abnormal stimulus processing in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry, 34*, 311-320. doi:10.1016/0006-3223(93)90088-U
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. John Wiley & Sons Inc. Retirado em: <https://doi.org/10.1037/10802-000>
- Nakamura, Y., Lipschitz, D. L., Donaldson, G. W., Kida, Y., Williams, S. L., Landward, R., ... Tuteja, A. K. (2017). Investigating clinical benefits of a novel sleep-focused mind-body program on Gulf War illness symptoms: A randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine, 79*, 706-718. doi:10.1097/PSY.0000000000000469
- National Institutes of Health (2016). *National Institutes of Health Quality Assessment tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies*. Disponível online em: <http://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/in-develop/cardiovascular-risk-reduction/tools/cohort> (Acedido em 10 de novembro de 2018).
- Nunes, M. J. M. (2010). *A memória autobiográfica na Perturbação de Stress Pós-Traumático: Um estudo com veteranos da guerra colonial Portuguesa*. (Dissertação de mestrado). Instituto Universitário de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal. Retirado em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4326/1/13265.pdf>

- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Elliott, P., & Bryant, R. (2007). Tonic and phasic heart rate as predictors of posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine*, *69*, 256-261. doi:10.1097/PSY.0b013e3180417d04
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, *133*, 183-204. doi:10.1037/0033-2909.133.2.183
- Osório, C., Carvalho, C., Fertout, M., & Maia, A. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder and physical health complaints among Portuguese Army Special Operations Forces deployed in Afghanistan. *Military Medicine*, *177*, 957-962. doi:10.7205/MILMED-D-12-00024
- Olson, D., Portner, J., & Lavee, Y. (1993). *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale—III*. University of Minnesota, Family Social Science, Saint Paul.
- Oliveira, S. M. (2008). *Traumas da guerra: Traumatização secundária das famílias dos ex-combatentes da guerra colonial com PTSD*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal). Retirado em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/803/1/16853_Tese__Susana_M_Oliveira.pdf
- Painter, J. M., Gray, K., McGinn, M. M., Mostoufi, S., & Hoerster, K. D. (2016). The relationships of posttraumatic stress disorder and depression symptoms with health-related quality of life and the role of social support among Veterans. *Quality of Life Research*, *25*, 2657-2667. doi:10.1007/s11136-016-1295-5
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, *17*, 547-558.

- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*, 229-239.
- Patel, R., Spreng, R. N., Shin, L. M., & Girard, T. A. (2012). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and beyond: a meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 36*, 2130-2142. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.06.003
- Pereira, M. G., & Ferreira, J. M. (2006). Variáveis psicossociais e traumatização secundária em mulheres de ex-combatentes da guerra colonial. In P. J. Costa, C. L. Pires, J. Veloso, & C. L. Pires (Eds.), *Stresse pós-traumático: Modelos, abordagens e práticas*. Editorial Presença e Adfa.
- Pereira, M. G., Pedras, S., & Lopes, C. (2012). Posttraumatic stress, psychological morbidity, psychopathology, family functioning, and quality of life in Portuguese war veterans. *Traumatology, 18*, 49-58. doi:10.1177/1534765611426794
- Pereira, M. G., Pereira, D., & Pedras, S. (2020). PTSD, psychological morbidity and marital dissatisfaction in colonial war veterans. *Journal of Mental Health, 29*, 69-76. doi:10.1080/09638237.2018.1487532
- Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M., & Machado, J. C. (2010). Saúde mental, doença, tipo de família, suporte social e qualidade de vida em veteranos da guerra colonial portuguesa. In *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM* (pp. 319-330). A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM).
- Pereira, M. G., & Valentine, P. (2002). Traumagraf: An evaluation grid of traumatic events. *Psicologia, Saúde & Doenças, 3*, 191-204.

- Peters, A., McEwen, B. S., & Friston, K. (2017). Uncertainty and stress: Why it causes diseases and how it is mastered by the brain. *Progress in Neurobiology*, *156*, 164-188. doi:10.1016/j.pneurobio.2017.05.004
- Pitman, R. K., Sanders, K. M., Zusman, R. M., Healy, A. R., Cheema, F., Lasko, N. B., ... & Orr, S. P. (2002). Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biological Psychiatry*, *51*, 189-192. doi:10.1016/S0006-3223(01)01279-3
- Qureshi, S. U., Pyne, J. M., Magruder, K. M., Schulz, P. E., & Kunik, M. E. (2009). The link between post-traumatic stress disorder and physical comorbidities: A systematic review. *Psychiatric Quarterly*, *80*, 87-97. doi:10.1007/s11126-009-9096-4
- Raskind, M. A., Peskind, E. R., Hoff, D. J., Hart, K. L., Holmes, H. A., Warren, D., ... & McFall, M. E. (2007). A parallel group placebo controlled study of prazosin for trauma nightmares and sleep disturbance in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, *61*, 928-934. doi:10.1016/j.biopsych.2006.06.032
- Rauch, S. L., & Drevets, W. C. (2009). Neuroimaging and neuroanatomy of stress-induced and fear circuitry disorders. In G. Andrews, D.S.Charney & P.J. Sirovatka (Eds), *Stress-induced and fear circuitry disorders: Refining the research agenda for DSM-V* (pp.215-254). Arlington: American Psychiatric Association.
- Ribeiro, S. C. M. (2013). *A centralidade dos eventos traumáticos em ex-combatentes de guerra* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal. Retirado de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2783/1/18038.pdf>
- Runnals, J. J., Garovoy, N., McCutcheon, S. J., Robbins, A. T., Mann-Wrobel, M. C., Elliott, A., ... & Strauss, J. L. (2014). Systematic review of women veterans' mental health. *Women's Health Issues*, *24*, 485-502. doi:10.1016/j.whi.2014.06.012

- Schnurr, P. P., & Green, B. L. (2004). Understanding relationships among trauma, post-traumatic stress disorder, and health outcomes. *Advances in Mind-Body Medicine, 20*, 18-29. doi:10.1037/10723-010
- Schnurr, P. P., & Spiro, A. (1999). Combat exposure, posttraumatic stress disorder symptoms, and health behaviors as predictors of self-reported physical health in older veterans. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 353-359. doi:10.1097/00005053-199906000-00004
- Seal, K. H., Cohen, G., Waldrop, A., Cohen, B. E., Maguen, S., & Ren, L. (2011). Substance use disorders in Iraq and Afghanistan veterans in VA healthcare, 2001–2010: Implications for screening, diagnosis and treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 116*, 93-101. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.11.027
- Segal, S. K., & Cahill, L. (2009). Endogenous noradrenergic activation and memory for emotional material in men and women. *Psychoneuroendocrinology, 34*, 1263-1271. doi:10.1016/j.psyneuen.2009.04.020
- Sendas, S. (2009). *Elaboração de significado das histórias de vida de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa com e sem Perturbação de Stress Pós-Traumático*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Silva, J. A., Brito, B., Silva, M. R., Borges, M., Romão, A., Queiroz, S. M., ... Santos, A. S. (2010). *Feridas de Guerra: (In) justiça silenciada. Retirado em http://www.aofa.pt/rimp/Relatorio_MDN.pdf*
- Solomon, Z., Helvitz, H., & Zerach, G. (2009). Subjective age, PTSD and physical health among war veterans. *Aging and Mental Health, 13*, 405-413. doi:10.1080/13607860802459856

Spielberger, C., Gorush, R., Lushene, R., Vagg, P., & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Tansey, C. M., Raina, P., & Wolfson, C. (2012). Veterans' physical health. *Epidemiologic Reviews*, *35*, 66-74. doi:10.1093/epirev/mxs005

Weathers, F.W., Keane, T.M., Davidson, J. R. (2001). Clinician administered PTSD scale: a review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*, *13*, 132–156. doi:10.1002/da.1029.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.

Weathers, F.W., Litz, B. T., Huska, J. A., Keane, T. M. (1994). *PCL-M for DSM-IV*. National Center for PTSD—Behavioral Science Division, Boston.

Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399 – 411). New York, NY: Guilford Press.

WHOQOL Group. (1998). World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Developmental and general psychometric properties. *Social Science Medicine*, *46*, 1569-1585.

Williams, L. M., Barton, M. J., Kemp, A. H., Liddell, B. J., Peduto, A., Gordon, E., & Bryant, R. A. (2005). Distinct amygdala–autonomic arousal profiles in response to fear signals in healthy males and females. *Neuroimage*, *28*, 618-626. doi:10.1016/j.neuroimage.2005.06.035

Yehuda, R., Southwick, S. M., Nussbaum, G., Wahby, V. S., Giller, E. L., & Mason, J. W. (1990). Low urinary cortisol excretion in patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *9*, 178-366. doi:10.1097/00005053-199006000-00004

Zung, W. (1975). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, *12*, 371-379.

doi:10.1016/S0033-3182(71)71479-0

Anexos

Universidade do Minho

Índice

PARTE I - ARTIGOS**i. Artigos sobre saúde física**

1. Maia, A., & Morgado, D. (2019). Portuguese colonial war veterans' physical health: A systematic review. *PSICOLOGIA*, 33, 27-46. doi:10.17575/rpicol.v33i2.1439
2. Ferrajão, P. C. (2017). Pathways between combat stress and physical health among Portuguese war veterans. *Qualitative Health Research*, 27, 1640-1651. doi:10.1177/1049732317701404
3. Pereira, M. G., Pedras, S., & Lopes, C. (2012). Posttraumatic stress, psychological morbidity, psychopathology, family functioning, and quality of life in Portuguese war veterans. *Traumatology*, 18, 49-58. doi:10.1177/1534765611426794
4. Começanha, R., & Maia, A. (2011). Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: Estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos*, 4, 123-131. doi:10.4013/ctc.2011.42.06
5. Maia, A., McIntyre, T., Pereira, M. G., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and post-traumatic stress as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24, 309-325. doi:10.1080/10615806.2010.521238
6. Albuquerque, A., Lopes, F. (1994). Características de um grupo de 120 ex-combatentes da guerra colonial vítimas de <<stress de guerra>>. *Vértice*, 58, 28-32.
7. Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., & Lopes, F. (1992). Distúrbios pós-traumáticos do stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista Psicologia Militar*, 1, 399-407.

ii. Artigos sobre saúde mental

1. Maia, A., & Morgado, D. (2019). Portuguese colonial war veterans' mental health: A systematic review. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20, 759-777. doi:10.15309/19psd200316
2. Pereira, M. G., Pereira, D., & Pedras, S. (2019). PTSD, psychological morbidity and marital dissatisfaction in colonial war veterans. *Journal of Mental Health*, 1, 1-8. doi:10.1080/09638237.2018.1487532
3. Pereira, M. G., Machado, J. C., Pereira, M., Lopes, C., & Pedras, S. (2019). Quality of life in elderly Portuguese war veterans with post-traumatic stress symptoms. *Patient related outcome measures*, 10, 49-58. doi:10.2147/PROM.S163698
4. Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R., Laneiro, T., Correia, A., & Anunciação, C. (2017). A perturbação de stresse pós-traumático (PTSD) em Portugal: Relação com a estima de si e o coping. *Revista Psicologia*, 31, 313-319.
5. Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015). Attachment patterns as mediators of the link between combat exposure and posttraumatic symptoms: A study among Portuguese war veterans. *Military Psychology*, 27, 185-195. doi:10.1037/mil0000075
6. Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015). From self-integration in personal schemas of morally experiences to self-awareness of mental states: A qualitative study among a sample of Portuguese war veterans. *Traumatology*, 21, 22-31. doi:10.1037/trm0000019

7. Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2015). The effects of combat exposure, abusive violence, and sense of coherence on PTSD and depression in Portuguese colonial war veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *8*, 1-8. doi:10.1037/tra0000043
8. Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2014). Self-awareness of mental states, self-integration of personal schemas, perceived social support, posttraumatic and depression levels, and moral injury: A mixed-method study among Portuguese war veterans. *Traumatology*, *20*, 277-285. doi:10.1037/trm0000016
9. Pereira, M. G., Pedras, S., & Lopes, C. (2012). Posttraumatic stress, psychological morbidity, psychopathology, family functioning, and quality of life in Portuguese war veterans. *Traumatology*, *18*, 49-58. doi:10.1177/1534765611426794. *
10. Começanha, R., & Maia, A. (2011). Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: Estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos*, *4*, 123-131. doi:10.4013/ctc.2011.42.06. *
11. Maia, A., McIntyre, T., Pereira, M. G., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and post-traumatic stress as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety, Stress, & Coping*, *24*, 309-325. doi:10.1080/10615806.2010.521238. *
12. Gamito, P., Oliveira, J., Rosa, P., Morais, D., Duarte, N., Oliveira, S., & Saraiva, T. (2010). PTSD elderly war veterans: A clinical controlled pilot study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *13*, 43-48. doi:10.1089/cyber.2009.0237
13. Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P. M., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, *16*, 309-20.
14. Albuquerque, A., & Lopes, F. (1994). Características de um grupo de 120 ex-combatentes da guerra colonial vítimas de «stress de guerra». *Vértice*, *58*, 28-32. *
15. Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., & Lopes, F. (1992). Distúrbios pós-traumáticos do stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*, 399-407. *

*(Referência presente igualmente no tópico supracitado)

iii. Artigos sobre família

1. Pereira, M. G., Pereira, D., & Pedras, S. (2019). PTSD, psychological morbidity and marital dissatisfaction in colonial war veterans. *Journal of Mental Health*, *1*, 1-8. doi:10.1080/09638237.2018.1487532 *
2. Dias, A., Sales, L., Cardoso, R. M., & Kleber, R. (2014). Childhood maltreatment in adult offspring of Portuguese war veterans with and without PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*, 20198. doi:10.3402/ejpt.v5.20198
3. Pereira, M. G., & Pedras, S. (2011). Vitimização secundária nos filhos adultos de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *24*, 702-709.
4. Anunciação, C. (1997). Ajustamento marital em ex-combatentes da Guerra Colonial com e sem perturbação pós-stress traumático. *Análise Psicológica*, *15*, 595-604.

*(Referência presente igualmente no tópico supracitado)

PARTE II – TRABALHOS ACADÉMICOS

1. Cardoso, R. G. (2015). *PTSD e conjugalidade: Regulação emocional, violência e satisfação conjugal em casais com historial de exposição à Guerra Colonial*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
2. Ribeiro, S. C. M. (2013). *A centralidade dos eventos traumáticos em ex-combatentes de guerra*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.

3. Nunes, M. J. M. (2010). *A memória autobiográfica na Perturbação de Stress Pós-Traumático: Um estudo com veteranos da guerra colonial Portuguesa*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Universitário de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
4. Sendas, S. (2009). *Elaboração de significado das histórias de vida de ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa com e sem Perturbação de Stress Pós-Traumático*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
5. Oliveira, S. M. (2008). *Traumas da guerra: Traumatização secundária das famílias dos ex-combatentes da guerra colonial com PTSD*. (Dissertação de Mestrado não publicada) Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
6. Couto, M. J. (2007). *Exposição a trauma e caracterização do ajustamento psicológico, de saúde, familiar e laboral de uma amostra de homens portugueses: Um estudo comparativo entre ex-combatentes da guerra colonial e um grupo da mesma idade sem essa experiência* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga, Portugal

PARTE III – Relatórios Técnicos

1. Silva, J. A., Brito, B., Silva, M. R., Borges, M., Romão, A., Queiroz, S. M., ... & Santos, A. S. (2010). *Feridas de Guerra: (In) justiça silenciada*. Retirado em http://www.aofa.pt/rimp/Relatorio_MDN.pdf

PARTE IV – Capítulos de Livros

1. Maia, A., McIntyre, T., Pereira, G., & Fernandes, E. (2006). Por baixo das pústulas da guerra: Reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da guerra colonial. In Centro de Estudos Lusíadas/ Universidade do Minho, (ed.), *A Guerra Colonial (1961-1974)* (pp. 11-28). Braga, Portugal.
2. Pereira, M. G., & Ferreira, J. M. (2006). Variáveis psicossociais e traumatização secundária em mulheres de ex-combatentes da guerra colonial. In P. J. Costa, C. L. Pires, J. Veloso, & C. L. Pires (Eds.), *Stresse pós-traumático: Modelos, abordagens e práticas*. Editorial Presença e Adfa.
3. Afonso, A. (1994). A guerra e o fim do regime ditatorial. In J. Medina (ed.), *História de Portugal* (pp. 333-356). Amadora, Portugal.

PARTE V – Ata de Conferência

1. N.S. (2015). Processos de luto na redução de tentativas de suicídio em ex-combatentes: Estudo qualitativo. In Livro de resumos do IV Congresso *"O Luto em Portugal"* (p. 10-11). Lisboa, Portugal.
2. Ferrajão, P., & Oliveira, R. A. (2013). As narrativas de militares expostos a acontecimentos envolvendo morte em cenário de guerra. In Livro de resumos do IV Congresso *"O Luto em Portugal"* (p. 10-11). Lisboa, Portugal.
3. Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M., Machado, J. C. (2010). Saúde mental, doença, tipo de família, suporte social e qualidade de vida em veteranos da guerra colonial portuguesa. In A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (Ed.), *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental: II Congresso Internacional da SPESM* (pp. 319-330). Braga, Portugal.

PARTE VI - INSTRUMENTOS

A. Instrumentos sobre Exposição a Adversidades e Trauma:

i.Experiências Adversas na Infância

1. *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein & Fink, 1998; Versão Portuguesa de McIntyre & Costa, 2004);
2. *Childhood Trauma Questionnaire—Short Form* (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003; Tradução e Adaptação Portuguesa de Dias et al., 2013);

ii.Acontecimentos Traumáticos

1. *Lista de Acontecimentos de Vida* (CAPS; Blake et al., 1995; Tradução Portuguesa por Maia & Fernandes, 2002);
2. *Escala de avaliação das respostas a acontecimentos traumáticos* (EARAT; McIntyre & Ventura, 1996);

iii.Exposição a Combate

1. *Military History Questionnaire* (MHQ; Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2001);
2. *Combat Exposure Scale* (CES; Keane et al., 1989; Tradução Portuguesa de Ferrajão & Oliveira, 2016);
3. *Exposure to Combat Severity Scale* (CEQ A; Versão Portuguesa de Carvalho, Pinto-Gouveia, Cunha, Motta, 2014);
4. *Traumagraf* (Adaptação Portuguesa de Pereira & Valentine, 2002);
5. *Questionário de caracterização social e clínica para Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa* (Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2010);
6. *Entrevista Autobiográfica* (Sendas, 2009);

B. Psicopatologia e Funcionamento Psicológico

i.Perturbação Stress Pós-Traumático

1. *Escala de avaliação das respostas a acontecimentos traumáticos* (EARAT; McIntyre & Ventura, 1996) **
2. *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS; Blake et al., 1995; Versão Portuguesa de Pinho & Coimbra, 2003).
3. *Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Military version* (PCL-M; Weathers et al., 1993; Versão Portuguesa de Carvalho, Cunha, Pinto-Gouveia, & Duarte., 2015);
4. *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilians* (PCL-C; Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993; Tradução e Adaptação Portuguesa por Marcelino & Gonçalves, 2012);
5. *Escala Abreviada de Sintomas* (EAS; Breslau, 1999; Tradução Portuguesa de Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003)
6. *The Impact of Event Scale* (IES; Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979; Tradução Portuguesa de Albuquerque & Lopes, n.d.)
7. *Impact of Event Scale—Revised* (IES-R; Weiss & Marmar, 1997; Tradução e Adaptação Portuguesa de Matos & Pinto-Gouveia, 2006)
8. *Escala de sintomas Pós-Traumáticos* (PTSS-10; Holen, Sund, & Weisaeth, 1980; Tradução Portuguesa de Albuquerque, Fernandes, Saraiva, & Lopes, 1992)
9. *Combat Distress Scale* (CEQ B; Versão Portuguesa de Carvalho, Cunha, Pinto-Gouveia, & Motta, 2015)
10. *Questionário de caracterização social e clínica para Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa* (Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2010) ***

ii.Stress Emocional

1. *Difficult Living and Working Environment Scale-Modified version* (DLWES-M; King, King, & Vogt, 2003; Tradução e Adaptação Portuguesa de Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia., 2008);
2. *Escala de Intensidade de Sintomas* (SIS; Di Nardo, O'Brien, Barlow, 1983; Tradução e Adaptação Portuguesa de Albuquerque et al., 1992);
3. *Perceived Threat Scale-Modified Version* (PTS-M; King et al., 2003; Tradução e Adaptação Portuguesa de Carvalho, Cunha, & Pinto-Gouveia, 2008);
4. *Traumagraf* (Adaptação Portuguesa de Pereira & Valentine, 2002)

iii.Inflexibilidade Psicológica

1. *Acceptance and Action Questionnaire-Trauma Specific* (AAQ-TS; Braekkan et al., personal communication; Versão Portuguesa de Pinto-Gouveia, Carvalho, Cunha, Duarte, & Walsler, 2015)

iv.Psicopatologia

1. *Symptom Checklist 90 Revised* (SCL-90; Derogatis, 1977; Versão Portuguesa de Batista, 1993)
2. *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983; Versão Portuguesa de Canavarro, 1999)

3. *Depression, Anxiety and Stress Scales* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal., 2004).

v.Regulação Emocional

1. *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer, 2004; Tradução e Adaptação Portuguesa de Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010)

vi.Depressão

1. *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck et al., 1961; Versão Portuguesa de McIntyre & McIntyre, 1995)

vii.Ansiedade

1. Escala de Ansiedade de Zung (ZAS; Zung, 1975; Adaptação e Tradução Portuguesa de Albuquerque et al., 1992)
2. *State Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983; Versão Portuguesa de McIntyre & McIntyre, 1995)

viii.Dissociação

1. *The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (PDEQ; Brooks et al., 2009; Versão Portuguesa de Carvalho et al., 2011).
2. *Dissociative Experiences Scale* (DES; Bernstein & Putnam, 1986; Versão Portuguesa de Espírito Santo & Pio Abreu, 2009)

ix.Qualidade de Vida

1. *World Health Organization Quality of Life. WHOQOL- Bref* (WHOQOL Group, 1998; Versão Portuguesa de Canavarro et al., 2007)

x.Apoio Social

1. *Brief Personal Survey* (BPS; Derogatis, 1993; Tradução Portuguesa de Começanha & Maia, 2011)
2. *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (ESSS; Pais-Ribeiro, 1999)

xi.Personalidade

1. *Neo five factor inventory* (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992; Tradução e Adaptação Portuguesa de Lima & Simões, 2000)
2. *Inventário de Personalidade de Eysenck* (EPI; Eysenck & Eysenck, 1984; Versão Portuguesa de Vaz-Serra, Ponciano, & Freitas, 1980)
3. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* (MCMI-11; Millon, 1983; Tradução Portuguesa de Gamito et al., 2005)

xii.Centralidade do Evento

1. *Escala da Centralidade de Eventos* (ECE; Berntsen & Rubin, 2006; Tradução Portuguesa de Balola & Cláudio, 2012)

** (Instrumento presente igualmente no tópico: acontecimentos traumáticos)

*** (Instrumento presente igualmente no tópico: Exposição a Combate)

C. Funcionamento conjugal e familiar

i.Funcionamento familiar

1. *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III* (FACES III; Olson et al., 1993; Versão Portuguesa de Curral et al., 1999)

ii.Funcionamento conjugal

1. *Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal* (EASAVIC; Narciso & Costa)
2. *Dyadic Adjustment Scale – Revised* (DAS-R; Versão Portuguesa de Pereira, 2003)
3. *Index of Marital Satisfaction* (ISM, Hudson, 1992; Tradução Portuguesa de Pereira, Pereira, & Pedras, 2019)
4. *Index of Sexual Satisfaction* (ISS, Hudson, 1992; Tradução Portuguesa de Pereira, Pereira, & Pedras, 2019)

iii.Violência Conjugal

1. *Inventário de Comportamentos de Violência Conjugal* (IVC; Machado, Matos & Gonçalves, 2001)
2. *Escala de Justiça Íntima* (IJS; Jory, 2004; Tradução Portuguesa de Cardoso, 2015)

D. Saúde Física

i. Queixas Físicas;

1. *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL; Haes et al., 1990; Adaptação Portuguesa de McIntyre & Gameiro, 1998)

ii. Doenças Crónicas;

1. *Questionário Sociodemográfico e Clínico* (Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2001)
2. *Current Illness Checklist* (Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2001)

iii. Comportamentos de Saúde;

1. *Questionário de Hábitos e Estilos de Vida* (QHEV; Wardle & Steptoe, 1991; Tradução e Adaptação Portuguesa de McIntyre & Soares, 1995)

iv. Utilização dos serviços de saúde;

1. *Questionário Sociodemográfico e Clínico* (Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2001)

E. Validação de instrumentos com amostras de ex-combatentes

1. Carvalho, T., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & da Motta, C. (2018). Model comparison and structural invariance of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire in Portuguese colonial war veterans. *Traumatology, 24*, 62-72. doi:10.1037/trm0000134
2. Carvalho, T., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Portuguese version of the PTSD Checklist-Military Version (PCL-M)-I: Confirmatory factor analysis and reliability. *Psychiatry Research, 226*, 53-60. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.055
3. Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Duarte, J. (2015). Portuguese version of the PTSD Checklist-Military Version (PCL-M)-II: Diagnostic utility. *Brazilian Journal of Psychiatry, 37*, 55-62. doi:10.1590/1516-4446-2013-1319
4. Carvalho, T., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & da Motta, C. (2015). Development of the Combat Distress Scale of the Combat Experiences Questionnaire (CEQ). *Journal of Affective Disorders, 174*, 602-610. doi:10.1016/j.jad.2014.11.054
5. Pinto-Gouveia, J., Carvalho, T., Cunha, M., Duarte, J., & Walsler, R. D. (2015). Psychometric properties of the Portuguese version of the Acceptance and Action Questionnaire-Trauma Specific (AAQ-TS): a study with Portuguese Colonial War Veterans. *Journal of Affective Disorders, 185*, 81-89. doi:10.1016/j.jad.2015.06.023
6. Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & da Motta, C. (2014). Development of exposure to combat severity scale of the combat experiences questionnaire (CEQ). *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 938-946. doi:10.1016/j.janxdis.2014.09.024

PARTE VII OUTROS MATERIAIS

E. Youtube:

i. Documentários

1. Associação Nova Cultura (2015). Ultramar Português – Nome de Guerra. Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=ZEBzy5B6swc>
2. Furtado, J. (2012). A guerra. Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=FK5Jpvq96I&list=PLNnM7uubGF22GfS7CMA1M9zzzzMh6yBzb>
3. Andringa, D., & Gomes, F. (2008). As duas faces da guerra. Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=yRD8GzNOu8w>
4. Serviço de Informação Pública das Forças Armadas. (1971). *Angola na guerra e no progresso*. Retirado de <https://www.imdb.com/title/tt0066772/>
5. N.S. (n.s.) Memórias de luta da Libertação. <https://www.youtube.com/watch?v=YMX3awY-OLc>

ii. Reportagens

1. Testemunho direto Guerra Colonial (emitido pelo Porto Canal, n.s.). Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=CiWXbBhMt24&t=1s>
2. Combatente da Guerra do Ultramar (emitido no programa "30 minutos" da RTP1, no dia 02 de setembro de 2008). Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=SULeyPQEwq4&t=2s>

3. Antigos combatentes da guerra do Ultramar, agora sem abrigo (emitido no programa "30 minutos" da RTP1, no dia 24 de novembro de 2009). Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=KC7BU5o-r3Y&t=26s>
4. Antigos combatentes sem abrigo (emitido na SIC no dia 12 de dezembro de 2009). Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=6pZMASMx0Yk&t=1s>
5. Guerra do Ultramar. Depoimento de Manuel Parreira à revista Sábado (depoimento na revista Sábado, n.s.). Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=EYYVj-4kLwI&t=16s>
6. Guerra do Ultramar. Depoimento de José Talhadas à revista Sábado (depoimento na revista Sábado, n.s.). Retirado de https://www.youtube.com/watch?v=yyP4B21_aUQ
7. Consigo RTP2 - Fuzileiro José Manuel Parreira (emitido na RTP2 em 2015). Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=THlu81SY6kl>
8. Guerra do Ultramar começou há 50 anos - Reportagem TVI (emitido na TVI em 2011). Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=lzLnPLjzVA8&t=2s>
9. Esquecidos pela Pátria (emitido no programa Linha da Frente da RTP em 01 de junho de 2011). Retirado em <https://www.youtube.com/watch?v=6ecWfViTsSU>
10. Reportagem SIC, passado no dia 12 de Junho de 2009 (Título do vídeo do Youtube). Retirado em https://www.youtube.com/watch?v=SXfihA_OWp-g&t=1s
11. Stress de Guerra.avi (emitido na SIC, n.d.). Retirado em https://www.youtube.com/watch?v=2WhEfu2_9ns&t=1s
12. Guerra Colonial Os Soldados Nunca Dormem (emitido na SIC Notícias, n.s.). Retirado em <https://www.youtube.com/watch?v=W1UwPGJYnaM&t=3s>
13. Traumas da Guerra (emitido na TVI em 2013). Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=gxno84hDDjo&t=1s>
14. "Morrer pela Pátria - o regresso a casa" (emitido na TVI no dia 28 de dezembro de 2008). Retirado em <https://www.youtube.com/watch?v=9yspkAB9gQk&t=180s>
15. Voluntário: Stress Pós-Traumático - 1Nov2008 (emitido na RTP2 no dia 1 de novembro de 2008). Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=c3AkBRZ3wlv&t=3s>
16. O soldado esquecido - Grande Reportagem TSF (emitido na TSF em Fevereiro de 2009). Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=1yrEoD82c50&t=1s>
17. Reportagem Canal História - Enfermeiras Pára-Quedistas (emitido no Canal História, n.s.). Retirado em <https://www.youtube.com/watch?v=GBnrbRLOmIo&t=14s>
18. Stress Pós-Guerra: RTPN 12NOV2007 (emitido na RTPN no dia 12 de novembro de 2007). Retirado em <https://www.youtube.com/watch?v=Yqz0IE2-Ga0&t=15s>
19. Reportagem SIC – Ninguém fica para trás (emitido na SIC em 2008). Retirado em <https://www.youtube.com/watch?v=yEhShNpnFI4&t=2s>

iii. Filmes

1. Oliveira, M. (1990). Non ou a Vã Glória de Mandar. Retirado de https://www.youtube.com/watch?v=j5L9GnTZ_VY
2. Rocha, L. F. (1987). Era Uma Vez um Alferes. Retirado de <http://www.cinept.ubi.pt/pt/filme/120/Era+Uma+Vez+um+Alferes>
3. Botelho, J. & Pinhão, I. (1985). Um Adeus Português. Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=grKrv4x5szc>
4. d'Almeida, A. V. (1980). A Culpa. Retirado de <http://www.cinept.ubi.pt/pt/filme/1281/A+Culpa>
5. Silva, F. M. (1980). Actos dos Feitos da Guiné. Retirado de <http://www.cinept.ubi.pt/pt/filme/633/Acto+dos+Feitos+da+Guin%C3%A9>
6. Silva, J. A. (1979). O Último Soldado. Retirado de <http://www.cinept.ubi.pt/pt/filme/3395/O+%C3%A9ltimo+Soldado>
7. Tchoukrai, G. (1979). La Vitta é Bella. Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=oO-SORG48F0>
8. Vasconcelos, A. P. (1974). Adeus, até ao Meu Regresso. Retirado de <https://www.youtube.com/watch?v=T3FXAiepvBA>

IV. Poesia

1. Ribeiro, M. C., & Vecchi, R. (2011). *Antologia da Memória Poética da Guerra Colonial*. Porto: Afrontamento.

V. Drama

1. Dacosta, F. (1982). *n'Um Jeep em Segundo Mão*. Porto Campanhã: Ulmeiro.

a. Outras fontes

i. Livros

1. Múrias, M. B. (2009). *O Salazar nunca mais morre*. Lisboa, Portugal: Editora Planeta.
2. Ribeiro, M. C. (2007). *África no Feminino: As mulheres portuguesas e a guerra colonial*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
3. Gama, M. (2006). *A Guerra Colonial (1961-1974)*. Centro de Estudos Lusíadas/ Universidade do Minho.
4. Antunes, A. L. (2005). *Cartas da Guerra: D'este viver aqui neste papel descrito*. Alfragide, Portugal: Editora Dom Quixote.
5. Vieira, J. L. (1961; 2003). *A vida verdadeira de Domingos Xavier ou Nós*. Alfragide, Portugal: Editora Caminho.
6. Aniceto, A., & Gomes, C. (2000). *Guerra Colonial*. Lisboa, Portugal: Editora Presença.
7. Santos, M. B. (2000). *Diário da Guerra*. Editora Três Sinais.
8. Ribeiro, J. (1999). *Marcas da Guerra Colonial*. Porto, Portugal: Editora Campo das Letras.
9. Sousa, R. (1999). *Crónica de guerra: Angola 61*. Lisboa, Portugal: Editora Círculo de Leitores.
10. Antunes, J. F. (1995). *A guerra de África, 1961-1974*. Lisboa, Portugal: Editora Círculo de Leitores.
11. Silveira, A. (1990). *Morte em Combate*. Alfragide, Portugal: Editorial Caminho.
12. Alegre, M. (1989). *Jornada de África*. Alfragide, Portugal: Editora Publicações Dom Quixote.
13. Estado-Maior do Exército (1988). *Resenha Histórico-Militar das Campanhas de África (1961-1974)*. Lisboa: Estado Maior do Exército – Comissão para o Estudo das Campanhas de África.
14. Vieira, J. L. (1985). *Nós, Os dos Makulusu*. Alfragide, Portugal: Editora Caminho.
15. Melo, J. (1984). *Autópsia de um mar em ruínas*. Alfragide, Portugal: Editora Dom Quixote.
16. Pepetela (1980). *Mayombe*. Retirado em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Mayombe_\(romance\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Mayombe_(romance))
17. Antunes, A. L. (1979). *Memória de elefante*. Lisboa, Portugal: Editora Veja.
18. Antunes, A. L. (1979). *Os cus de Judas*. Lisboa, Portugal: Editora Vega.
19. Barbeitos, A. (1975). *Angola, Angolé, Angolema*. Editora Arlindo Barbeitos.
20. Lima, M. S. (1975). *As Lágrimas e o Vento*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
21. Honwana, L. B. (1964). *Nós Matamos o Cão Tinhoso*. Porto, Portugal: Editora Afrontamento.

ii. Notícias

1. Afonso, A., & Gomes, C. M. (2001). *Guerra Colonial*. Lisboa: Editorial Notícias.

iii. Comunicações

1. Pedras, S., & Pereira, M. G. (2007). *Características Sócio-Demográficas e PTSD do Veterano de Guerra: Implicações para a intervenção*. Apresentação oral realizada no 2º Simpósio Internacional de Stress Pós-Traumático. Portalegre, Portugal.
2. Fernandes, E., & Maia, A. (2000). *Quando a guerra não parece ter fim: Uma intervenção psicoterapêutica em Perturbação Stress Pós-Traumático de Guerra*. Retirado em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4205/1/Quando%20a%20guerra%20parece%20n%20%20ter%20fim%20uma%20interven%20%20psicoterap%20em%20perturba%20%20de%20stress%20p%20%20traum%20%20de%20guerra.pdf>

iv. Revisão

1. Pedras, S., & Graça, M. P. (2013). Experiências adversas, trauma, TEPT e comportamentos de risco na população e em veteranos de guerra. *Temas em Psicologia, 21*, 139-150. doi:10.9788/TP2013.1-10

v. Outros

1. Marques, I. A. B. (2017). *Deixar África 1974-1977: Experiência e trauma dos portugueses de Angola e de Moçambique* (Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de doutor em História). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.