

UNIVERSIDADE  
AUTÓNOMA  
DE LISBOA



**UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

**O IMPACTO DA MISSÃO DE PAZ NOS MILITARES DA FORÇA  
AÉREA NO MALI (A PROTEÇÃO DA FORÇA)**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e  
de Aconselhamento

Autor: Joana Margarida Nunes Gonçalves

Orientador: Professor Doutor João Evangelista de Jesus Hipólito

Número do Candidato: 20150162

**Março de 2018**  
**Lisboa**

## AGRADECIMENTOS

Quero aqui deixar o meu agradecimento às pessoas que me acompanharam neste percurso, sem elas não teria sido a mesma coisa. Primeiramente, quero agradecer ao meu Orientador, Professor Doutor João Hipólito, por toda a ajuda prestada, pelas suas sugestões e correções, pelas sábias indicações e por toda a disponibilidade que teve em me direcionar durante toda a dissertação.

Agradeço também, ao meu “Co-orientador” Professor Doutor António Correia, por toda a colaboração essencial que deu a este trabalho, pela sua experiência e por toda a facilitação a nível militar.

Deixo o meu agradecimento à Professora Doutora Rute Brites, sem as suas orientações ainda estaria perdida.

Agradeço aqueles que fizeram parte deste percurso, aos professores e aqueles que dividiram a secretária comigo.

Não poderia deixar de agradecer a minha família, em especial aos meus pais, por sempre acreditarem em mim, por me fazerem ver que tudo iria correr bem e por nunca desistirem de nós, filhos.

Por último, quero agradecer ao meu namorado, André, por toda a ajuda e apoio, por toda a leitura e revisão, por me fazer acreditar que seria capaz de alcançar tudo.

O meu muito obrigada!

## RESUMO

Este estudo investigou se os militares Portugueses participantes na Operação de Paz da MINUSMA, apresentavam sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático, a sintomatologia associada e a autoestima antes (pré) e depois (pós) da missão. Este estudo longitudinal foi realizado com um total de 44 participantes militares da Força Aérea (Proteção da Força). Os resultados obtidos não identificaram diferenças estatisticamente significativas na pós-missão comparativamente à pré-missão.

**Palavras-chave:** Missões de Paz; Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT); Sintomatologia associada; Autoestima.

## **ABSTRACT**

This study investigated whether the Portuguese military participants in the MINUSMA Peacekeeping Operation presented symptoms of Post-traumatic stress disorder, associated Symptomatology and self-esteem before (pre) and after (post) the mission. This longitudinal study was performed with a total of 44 Air Force military personnel (Force Protection). The results did not identify statistically significant differences in post-mission compared to pre-mission.

**Keywords:** Peace Mission; Post-traumatic stress disorder (PTSD); associated symptomatology; Self-esteem.

## ÍNDICE

Agradecimentos .....	II
Resumo .....	III
Abstract .....	IV
Índice .....	V
Lista de Tabelas .....	VII
Lista de Figuras .....	VIII
Lista de Siglas .....	IX
Lista de Anexos .....	XI
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>Parte I: Enquadramento Teórico</b> .....	15
1. Contextualização das Operações de Paz .....	16
a) As missões de Paz das Nações Unidas (ONU) .....	16
b) As missões de Paz da Organização do Tratado do Atlântico Norte (NATO) .....	21
c) A Missão Integrada Multidimensional de Estabilização das Nações Unidas no Mali (MINUSMA) .....	24
d) Outros Conceitos Associados .....	29
2. Noções Conceptuais .....	33
a) A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) .....	33
b) Sintomatologia associada à PSPT .....	37
c) O conceito de Estima de Si .....	40
<b>Parte II: Metodologia</b> .....	44
Problema .....	45
Delineamento do estudo .....	45
Objetivos do estudo .....	46
Hipóteses .....	47
Variáveis .....	48
População/Amostra .....	51
Instrumentos .....	51

Questionário Sociodemográfico .....	52
Post traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-M) .....	52
Brief Symptoms Checklist (BSI) .....	55
Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito & UAL (SERTHUAL) .....	58
Procedimentos .....	62
<b>Parte III: Resultados</b> .....	<b>64</b>
1) Caracterização da amostra .....	65
2) Perturbação de Stress Pós-Traumático .....	67
3) Sintomas Psicopatológicos .....	68
4) Estima de Si .....	71
<b>Parte IV: Discussão dos Resultados</b> .....	<b>73</b>
Discussão de Resultados .....	74
<b>Parte V: Conclusão</b> .....	<b>78</b>
Conclusão .....	79
Limitações .....	80
Estudos Futuros .....	81
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>82</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>96</b>

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis, definição e operacionalização das mesmas e medição .....	48
Tabela 2. Variáveis dependentes, definição e operacionalização das mesmas e medição .....	49
Tabela 3. Variáveis independentes, definição e operacionalização das mesmas e medição.....	50
Tabela 4. Pontos de corte da PCL-M.....	53
Tabela 5. Dimensões, itens e <i>alfa de Cronbach</i> da PCL-M .....	54
Tabela 6. Dimensões, itens e <i>alfa de Cronbach</i> do BSI .....	56
Tabela 7. Dimensões e especificações do BSI .....	58
Tabela 8. Dimensões positivas, itens positivos e <i>alfa de Cronbach</i> da SERTHUAL .....	58
Tabela 9. Dimensões negativas, itens negativos e <i>alfa de Cronbach</i> da SERTHUAL .....	60
Tabela 10. Caracterização Sociodemográfica (N=44).....	65
Tabela 11. Razões que motivaram a aceitar a missão .....	65
Tabela 12. Consistência interna da PCL-M .....	67
Tabela 13. <i>Clusters</i> da PCL-M .....	67
Tabela 14. PCL-M valores totais .....	68
Tabela 15. Consistência interna do BSI.....	69
Tabela 16. Dimensões do BSI.....	69
Tabela 17. BSI – Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP) .....	71
Tabela 18. Consistência interna da SERTHUAL .....	71
Tabela 19. Dimensões positivas da SERTHUAL.....	72
Tabela 20. Dimensões negativas da SERTHUAL .....	72

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. O que sentiu ao servir o país .....	66
Figura 2. Relativamente à sua última missão .....	66
Figura 3. PCL-M T0 comparativamente à PCL-M T1 .....	68
Figura 4. BSI T0 comparativamente ao BSI T1 .....	70



## LISTA DE SIGLAS

AM – Antes da Missão  
CPAE – Centro de Psicologia Aplicada do Exército  
CPSIFA – Centro de Psicologia da Força Aérea  
CS – Conselho de Segurança  
CSDN – Conselho Superior de Defesa Nacional  
CSNU – Conselho de Segurança das Nações Unidas  
DFA – Deficientes das Forças Armadas  
DM – Depois da Missão  
EMFA- Estado-Maior da Força Aérea  
EMGFA – Estado-Maior General das Forças Armadas  
EPR – Entidade Primeiramente Responsável  
ESS – Estratégia Europeia de Segurança  
FAP – Força Aérea Portuguesa  
FND – Força Nacional Destacada  
IESD – Identidade Europeia de Segurança e Defesa  
IGS – Índice Geral de Sintomas  
ISAF – International Security Assistance Force  
ISP – Índice de Sintomas Positivos  
MIAP – Modelo de Intervenção e Acompanhamento Psicológico  
MINUSMA – Missão Integrada Multidimensional de Estabilização das Nações Unidas no Mali  
NATO – Organização do Tratado do Atlântico Norte  
NU – Nações Unidas  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OP – Operações de Paz  
PESD – Política Europeia de Segurança e Defesa  
PF – Proteção da Força  
PSPT – Perturbação de Stress Pós-Traumático  
SGNU – Secretário-Geral das Nações Unidas  
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences  
TO – Teatro de Operações  
TSP – Total de Sintomas Positivos

TTIP – Tratado de Comércio e Investimento Transatlântico

UE – União Europeia

VD – Variável Dependente

VI – Variável Independente

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Protocolo de Recolha de dados .....	97
Anexo B – Questionário de dados Sociodemográficos .....	99
Anexo C – PTSD Checklist (PCL-M – Versão Militar) .....	101
Anexo D – Brief Symptoms Checklist (BSI) .....	102
Anexo E – Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito & UAL (SERTHUAL) .....	104
Anexo F – Protocolo de Entrevista (EPR) .....	107
Anexo G – Protocolo de Entrevista (Chefe de Grupo) .....	111

## INTRODUÇÃO

Portugal, iniciou a sua frequente participação em Operações de Paz (OP) com o começar dos anos 90, contando assim com mais de vinte tipologias de Missões de Paz em quatro Continentes, registando um envolvimento de mais de 60 mil militares das Forças Armadas e das Forças de Segurança (Governo de Portugal, 2015), em prol da Paz e da estabilidade Internacional (Pinto, 2016).

Operações de Paz ou “Peacekeeping Operations” são expressões utilizadas para determinar um novo tipo de envolvimento militar caracterizado pelo uso da força mínima e em que o objetivo consiste no controlo e na prevenção da violência com o consentimento do Estado-anfitrião e dos seus militares (Berdal, 1999; Faganello, 2013).

Em 2013 foi criada a Missão Integrada Multidimensional de Estabilização das Nações Unidas no Mali (MINUSMA) no sentido de ajudar as autoridades do Mali na estabilização do país (Branco, 2015). A 1 de Julho de 2016 iniciou-se uma missão de paz internacional levada a cabo por 12 600 militares de vários países (Força Multinacional) no Mali, com o objetivo de alcançar a segurança e a estabilização do país, assim como assegurar a proteção dos artefactos culturais, dos civis, da ajuda humanitária e da Organização das Nações Unidas (ONU) (Centro de Notícias da ONU, 2016).

Com esta investigação pretendemos estudar o impacto das Operações de Paz nos militares da Força Aérea Portuguesa (FAP) destacados no Mali ao nível da Proteção da Força (PF), sendo que vários estudos com militares participantes nas OP corroboram a existência de alterações na saúde mental dos militares, concretamente ao nível da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), devido à exposição a fatores de risco e acontecimentos potencialmente traumáticos (Caldeira, 2011; Correia, 2014; Ferrajão, 2011; Magalhães, et al., 2013).

O DSM-IV define perturbação de stress pós-traumático como uma “experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva a morte, ferimento ou ameaça à integridade física de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo” (APA, 2002, p. 463). Utiliza-se a definição de DSM-IV devido ao facto de se utilizar o teste PCL-M que

serve de base para o estudo, tendo em conta que não existe ainda em Portugal outro instrumento mais atualizado para esta população de acordo com os critérios do DSM-V.

Segundo vários estudos (Fernandes & Maia, 2000; Maia, 2007; Oliveira, 2008; Pedras & Pereira, 2010; Pereira & Pedras, 2011; Pereira, Pedras, Lopes, Pereira & Machado, 2010; Pinto, Gonçalves & Lima, 2012) indivíduos com PSPT demonstram uma sintomatologia associada que se caracteriza por ansiedade, fobias, perturbação de pânico, depressão, problemas maritais e de relacionamento e queixas somáticas.

Segundo Vaz Serra (2003, citado por Correia, 2014) o acontecimento traumático muda a forma como o indivíduo vê o Mundo, torna-o mais vulnerável e instável, fragilizando-lhe assim a autoestima.

A autoestima ou estima de si é caracterizada por uma percepção do indivíduo em relação a si próprio, podendo ser avaliada pela Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito & UAL (S.E.R.T.H.UAL.). Brites, Pires, Nunes e Hipólito (2014, p.5) referem a “autoestima como o resultado subjetivo (afetivo, cognitivo, emocional e comportamental) do olhar valorativo da pessoa sobre si própria, que poderá estar relacionada com uma noção idealizada de si.”

Quando a autoestima do indivíduo é alta, este tende a sentir-se menos frustrado e nervoso perante um acontecimento suscetível de gerar stress, levando a que enfrente melhor estas situações e episódios potencialmente traumáticos. Por outro lado, quando um sujeito tem uma autoestima baixa tem tendência para reagir inadaptadamente a situações adversas, mostrando dificuldade em se valorizar a si próprio e apresenta menos confiança nas suas capacidades (Correia, 2014).

Neste sentido torna-se de grande importância avaliar os conceitos de PSPT, sintomatologia associada e autoestima nos militares em OP, abordando as missões humanitárias de Paz pelas organizações, assim sendo o seguinte trabalho está organizado da seguinte forma:

O enquadramento teórico da investigação está dividido na contextualização das Operações de Paz e posteriormente nas noções conceptuais do estudo.

Inicialmente, a contextualização das OP aborda a caracterização das missões de Paz das Nações Unidas (ONU) e da NATO, havendo posteriormente um desenvolvimento mais acentuado sobre a missão especificada deste estudo (MINUSMA). Abordando-se seguidamente outros conceitos associados às missões de Paz. Nas noções conceptuais, distingue-se e classifica-se a perturbação de stress pós-

traumático (PSPT), analisando-se estudos sobre esta perturbação e interligando-se com as OP, realizando-se o mesmo tipo de classificação e análise na sintomatologia associada à PSPT e no conceito de estima de si. No final de cada capítulo, é feita uma exposição sintetizada.

A segunda parte da investigação, engloba o problema, o delineamento, os objetivos, hipóteses e variáveis do estudo, existindo uma caracterização da população, bem como dos instrumentos presentes na investigação. Por último, é feita uma explicação dos procedimentos e normas de como o estudo foi realizado.

O terceiro capítulo é caracterizado pelos resultados obtidos através do tratamento de dados e o quarto capítulo reúne a discussão dos resultados e a conclusão da investigação.

## **PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## CONTEXTUALIZAÇÃO DAS OPERAÇÕES DE PAZ

*“(…) importa sublinhar a importância das missões humanitárias e de paz em que Portugal não pode deixar de se empenhar, na medida das suas reais possibilidades e interesses. A participação de militares portugueses, integrados ou não em forças constituídas, em operações de paz, seja na Europa, seja em África, testemunha o empenho de Portugal em acompanhar os seus aliados e parceiros nos processos hoje disponíveis para a prevenção e a resolução de conflitos; testemunha igualmente a capacidade demonstrada pelos militares portugueses para desempenharem as novas missões que hoje se deparam à generalidade das Forças Armadas.”*

(Decreto-Lei nº 233/96 de 7 de Dezembro do Ministério da Defesa Nacional, 1996, p.4398).

### **a) As missões de Paz das Nações Unidas (ONU)**

Em 1945 foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU) (Unric, n.d.), e nesta data a Carta da ONU foi validada pelos 51 Estados Membros fundadores da Organização. Em Dezembro de 1955 Portugal é votado na Assembleia Geral das Nações Unidas para integrar a ONU (Castaño, 2015; Liga dos Combatentes [LC], 2017; Martins, 2015; Ventura, 2016). Atualmente, a ONU é composta por 193 Estados Membros (Unric, n.d.).

A ONU tem como principal objetivo a união das Nações do Mundo em defesa da paz e do desenvolvimento, procurando defender a dignidade Humana, o bem-estar dos cidadãos, eliminando a doença, a pobreza e o analfabetismo, tem como prossecução afirmada a defesa dos direitos fundamentais e os princípios básicos da justiça e ajuda no restabelecimento da normalidade quando o conflito é extinto, incentivando as populações nativas à melhoria do meio ambiente e a proteção do mesmo (Januário & Gameiro, 2016; LC, 2017).

Inicialmente, a ONU caracterizava-se pela componente estritamente militarizada das Operações de Paz (OP) e foi com o final da Guerra Fria que a ONU depreendeu a fulcral importância do acordo entre o Estado anfitrião e a própria. Assim o foco passou a estar nos países subdesenvolvidos, onde o Estado tinha pouca força e o poder político e económico suscitavam a indignação por parte dos rebeldes (Faganello, 2013).



A ONU criou novas classificações de Missões de Manutenção da Paz, e o Conselho de Segurança das Nações Unidas (CSNU) promoveu estas missões com a intenção de controlar os sucessivos confrontos, tentando estabelecer a ordem Governamental dos Estados em conflito, alertando para o apreço pelos Direitos Humanos Fundamentais (Filho, 2004; Vales, 2011).

O termo “Manutenção da Paz” ou “Peacekeeping” consiste na envolvimento de pessoal militarizado em que as atuações e as atividades são reduzidas e pouco reativas, seguindo um plano de acordos para cessar fogo, conflitos e atos de violência (Berdal, 1999; Filho, 2004; Vales, 2011) contribuindo para a implementação de novos acordos entre Estados (LC, 2017), com o intuito de alcançar a estabilidade do país (Januário & Gameiro, 2016).

Seguidamente foi criado o termo “multidimensional peacekeeping” que tem como objetivo assegurar a paz e a segurança da população, ajudando no desenvolvimento político, proporcionando o ato eleitoral, elaborando e protegendo instituições que incentivem os direitos Humanos, bem como a criação de leis, facilitando o desarmamento, desmobilização e integração dos militares do Estado anfitrião, assim como na formação das forças policiais e militares do país em conflito e na ajuda aos refugiados e às pessoas deslocadas (Januário & Gameiro, 2016; LC, 2017).

Existem três critérios fundamentais nas Operações de Paz, consentimento, imparcialidade e uso mínimo da força (Uziel, 2010, *cit. in* Faganello, 2013).

No entanto, a ONU não tem a sua própria Força Militar, convidando os Estados Membros a participarem, voluntariamente, em Operações de Manutenção da Paz contribuindo com soldados e equipamento militar. Em recompensa a ONU dá aos Estados Membros um orçamento especial para compensar a disponibilidade, os custos, o tempo, a exposição e outros fatores puramente políticos (Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal, 1999; Entidade Primeiramente Responsável [EPR], 2017; LC, 2017; Vales, 2011;).

Em 1995, a ONU teve uma crise de problemas caracterizados pela vontade que o Conselho de Segurança (CS) da ONU tinha em aumentar o número de OP assumindo responsabilidades com os países em conflitos sem ter meios como atuar. Esta crise, fez com que a ONU criasse um novo plano de estratégias, serviços e obrigações de acordo com as capacidades dos membros da ONU (Saint-Pierre & Bigatão, 2013).

Este novo plano é caracterizado por uma avaliação e verificação prévia do CSNU das seguintes condições do país em guerra, (1) o conflito constitui um perigo à paz e

segurança Mundial, (2) as instituições do país conseguem solucionar o conflito, (3) ambas as partes estão comprometidas a um acordo pacífico, (4) verifica-se no território tudo o que foi transmitido, (5) existe segurança para os militares da ONU e dos Estados Membros, (6) é necessário manter a paz, (7) todos os Membros do Conselho concordam e (8) as regras de empenhamento são objetivas, explicativas e eficazes. Nesta primeira etapa de iniciação da missão o Secretariado das Nações Unidas tem uma opinião notória e fundamental na tomada de decisões e veredictos face às OP (Faganello, 2013).

É criado um acordo para que os Estados em conflito autorizem às Nações Unidas o envio de militares para estabelecer uma Missão de Paz no seu país (Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal, 1999; Saint-Pierre & Bigatão, 2013).

Neste acordo técnico entre o país e a ONU são desenvolvidas regras de empenhamento, ou seja, aquilo que fica acordado com a Nação, onde é especificado o tipo e objetivo da missão, os serviços prestados pela ONU, qual a duração da mesma e a partilha de funções entre a Região em conflito e a ONU, assim como os termos em que esta aceita a presença das Forças Armadas e com a tentativa de evitar que as Forças Militares sejam envolvidas em situações de ilegalidade (EPR, 2017), direcionando o militar ao longo da missão naquela que será a melhor decisão tática e prática (Júnior, 2002).

Estas regras de empenhamento são publicadas pelas Nações Unidas (NU) e, são estabelecidas de Missão a Missão, com a intenção de que os capacetes azuis as cumpram ao pormenor para que haja uma boa realização da missão, diminuindo a probabilidade de lesões e abusos praticados. Para isso tem que haver uma formação específica para os militares que vão para as Missões de Manutenção da Paz da ONU, a nível de treino e de informação detalhada, sem nunca esquecer a Lei Nacional e as regras de empenhamento da PF (EPR, 2017), existindo da parte do Governo dos militares que foram enviados numa OP a responsabilidade de punir jurisdicionalmente aqueles que cometerem crimes (Faganello, 2013).

Com esta colaboração com os Estados em conflito, a ONU pretende dividir tarefas com o objetivo de combater o aumento das missões de Paz, dos meios financeiros, materiais e humanos disponíveis, insurgindo-se contra a redução dos Estados membros na participação de OP no decorrer dos anos 90 e início do século XXI (Saint-Pierre & Bigatão, 2013).

Na colaboração entre a ONU e o país em conflito, existem tanto pontos positivos como negativos:

(1) as funções, em que o Estado tem condições para estabelecer respostas de prontidão a todos os serviços das missões de Paz, no entanto existem Estados que não têm meios e recursos militares disponíveis para respostas,

(2) Intervenção em crise, a situação do país bem como a sua localização melhora a resposta humanitária e política por parte da ONU e dos seus membros, por outro lado, a intervenção da ONU é bloqueada pelo conflito e receio das regiões em conflito,

(3) Uso da força, existem Estados que permitem o uso da força quando é utilizada em autodefesa ou com a devida autorização do CS que inclui a defesa de civis em perigo iminente, outros Estados não permitem o uso da força e quando usada é reportada ao CS,

(4) Mobilização das capacidades militares, o Governo em conflito tem uma preocupação com a prontidão e equipamento da sua força militar na ajuda à ONU e do ponto de vista negativo existem outros Governos que não equipam os seus militares, sendo a instrução destes por vezes inexistente,

(5) Conhecimento das crises, as regiões avisam antecipadamente o Secretário-Geral das Nações Unidas (SGNU) sobre as ameaças, os conflitos, os perigos de fenómenos naturais e nucleares e escassez de alimentos, mostrando interesse em resolver as situações de ameaça, em contra partida outras regiões desenvolvem mitos locais que prejudicam a atuação da ONU e dos seus Estados membros (Faganello, 2013; Foley, 2013; Lewis & Marks, 1998, *cit. in* Saint-Pierre & Bigatão, 2013).

São os Governos dos próprios países em conflito a gerarem alguns desses conceitos de mitos locais, por medo que os seus países sejam colonizados pela ONU e que haja uma apropriação dos seus recursos materiais e sustentáveis, ou ainda a falta de apoio da oposição política e dos cidadãos perante a entrada da ONU no país, sendo que por vezes o facto do governante permitir a entrada das NU, constitui um risco para este de perder a presidência para a oposição (Prunier, 2011).

A ONU trabalha com os países em guerra para assegurar o desenvolvimento e a conservação destes, bem como a sua segurança e manutenção da Paz antes do conflito interno despontar (Branco, 2015).

Quando Portugal aceita fazer parte de uma Missão de Paz quem dá o primeiro aval é o Ministério dos Negócios Estrangeiros, depois de aceite, a aprovação a nível Nacional passa pelo Conselho Superior de Defesa Nacional (CSDN), transitando

seguidamente para o Estado-Maior General das Forças Armadas (EMGFA) que aí desenvolve uma diretiva operacional que consiste na elaboração da sequência de como a missão se irá desenvolver no Teatro de Operações (TO) (EPR, 2017).

As Forças Armadas e a Força Aérea Portuguesa (FAP) trabalham juntamente com as informações e experiência que têm em OP e a partilha de condutas e práticas que os outros países fazem nas suas Missões para desenvolverem uma avaliação de risco das ameaças no TO (EPR, 2017). Sendo que a FAP desde que Portugal participa em OP envolveu sempre os seus recursos operacionais (LC, 2017).

As missões da ONU foram evoluindo ao longo dos anos, no entanto ainda existem algumas controvérsias pouco claras em relação ao seu modo de atuação, o que aumenta o risco para as Missões de Paz da ONU (Correia, 2014; EPR, 2017).

A ONU é uma Instituição mediadora da Paz, construindo ligações de confiança e fidelidade ao longo das diversas OP (Saint-Pierre & Bigatão, 2013), esta desempenha uma tarefa fundamental na procura da Paz e Segurança Internacional, promoção da Educação, desenvolvimento socioeconómico, direitos humanos, igualdade de género, participação democrática, compreensão, solidariedade, tolerância e incentivo ao conhecimento e à partilha (Januário & Gameiro, 2016). No entanto, ainda há um longo caminho a percorrer para que toda a sua preocupação e promoção de Operações de Manutenção de Paz seja totalmente infalível (Filho, 2004; Vales, 2012).

Portugal, participa em missões da ONU, como Timor-Leste, Mali, República Centro-Africana, Líbano, entre outros (Correia, 2014; Observador, 2017).

Em 1999, Portugal enviou uma unidade naval para a missão de Timor-Leste, com o objetivo de ajudar as forças militares presentes na missão (Machado, 2011c). Em 2006, estiveram presentes 130 militares da GNR com o objetivo de restabelecer a normalidade (Correia, 2014). No final de 2012, a missão de Timor-Leste termina (Estado-Maior-General das Forças Armadas [EMGFA], 2012).

Em 2010, a ONU veio expressar o seu contentamento com os países que se empenham nas missões de Paz, contribuindo com meios e recursos para estabelecer a ordem (Saint-Pierre & Bigatão, 2013).

Em 2015, Portugal ocupava o 111º lugar na tabela de contribuições de Forças militarizadas para OP da ONU, existindo uma preferência política por missões da NATO e da UE (Branco, 2015). Atualmente, ocupa a 66ª posição no ranking com um contingente militar de 243 Homens, em Janeiro de 2017 (United Nations

Peacekeeping, 2017). A ONU tem dado às Forças Nacionais Destacadas (FND) um especial relevo Internacional pela sua execução, atitude e conduta (LC, 2017).

O atual Ministro da Defesa Nacional, Azeredo Lopes revela que na recente reunião na sede da ONU, o trabalho das FND no Mali e na República Centro-Africana foi alvo de grandes elogios por parte das Nações Unidas (Diário de Notícias, 2017).

Homens e Mulheres fazem parte das FND em Missões de Paz da ONU e dão todos os dias o seu melhor para executarem as orientações do Conselho de Segurança das Nações Unidas, tentando manter e restabelecer a Paz, num país que não é o seu, mas, que servem como servem a sua Pátria (LC, 2017).

Após a breve exposição das Missões de Manutenção da Paz da ONU, deve ser igualmente exposto a participação das Forças Armadas Nacionais em Missões da NATO (Branco, 2015).

#### **b) As missões de Paz da Organização do Tratado do Atlântico Norte (NATO)**

Os temas políticos, diplomáticos e estratégico-militar são os assuntos mais abordados quando se fala em Portugal e na Organização do Tratado do Atlântico Norte (NATO) (Teixeira, 1995; Teixeira, 1999).

A Aliança Atlântica passa a ter Portugal como membro fundador, em Abril de 1949. Atualmente, fazem parte da NATO 28 países (Machado, 2011b; Visão, 2010).

Portugal foi convidado para a Aliança Atlântica principalmente por questões geopolíticas, geoestratégicas e de segurança Mundial, visto os Açores serem uma região de excelente localização estratégica para a construção do novo procedimento de segurança (Pinto, 2016; Rodrigues, 2016; Sampaio, 2016).

Vários historiadores ao longo dos anos tentaram compreender a aceitação de Portugal na NATO, não havendo consenso entre as ideias avançadas, Teixeira (1995; 1999) faz referência a diversas ideologias apontadas como, a perspetiva geopolítica e geoestratégica, a política externa de Portugal não esquecendo a moral, a personalidade e a ideologia de Salazar. Existindo assim em grande maioria a preferência da ideia política, diplomática e ideológica do Chefe do Governo (1932-1968) em favor da política externa e interna Portuguesa para explicar a aceitação do convite de Portugal.

Segundo o autor, para além das oposições políticas que se fez sentir após Portugal assinar o Tratado de Washington, houve também alguma controvérsia face à política de defesa de Portugal, no entanto a instituição militar esteve maioritariamente de acordo com a entrada da NATO.

Com base no mesmo autor, as Forças Armadas Portuguesas desejavam que a entrada na Organização do Tratado do Atlântico Norte facilitasse a colaboração dos Estados Unidos da América na formação e especialização profissional, e na atualização de equipamentos técnicos para os militares Portugueses, o que de facto aconteceu.

O autor refere que em 1950, foi criado o cargo de ministro da Defesa Nacional e com esta criação e com a cooperação entre as Forças Armadas, a NATO tencionava obter a proximidade institucional entre membros da Aliança Atlântica, bem como a execução dos objetivos propostos no acordo.

Nos anos 60, a colaboração já existente entre Portugal e os Estados Unidos deixa praticamente de existir e com o início da Guerra Colonial os compromissos com a NATO deixam de ser de possível execução (Brito, 2010).

Em 1971, Portugal e os EUA assinam um acordo de facilitação entre ambos, onde Portugal disponibiliza a utilização aos Estados Unidos da Base Aérea dos Açores e em contrapartida estes garantiam assistência económica a Portugal para um plano de progresso económico e educacional (Teixeira, 1995; Teixeira, 1999).

Em 1986 Portugal passa a fazer parte da União Europeia, contribuindo assim para um melhor funcionamento entre o país e os membros da Aliança Atlântica, refere o mesmo autor.

No mesmo ano, Portugal juntou-se à NATO integrando-se no programa Política Europeia de Segurança e Defesa (PESD), onde tem vindo a participar nas mais variadas missões e operações da UE, com o intuito de contribuir na gestão de crises que envolvem a abordagem política, diplomática, económica e financeira, ajuda ao desenvolvimento e ajuda humanitária, contando com a auxílio militar, policial, judiciário e de Estados-Membros (Ribeiro, 2016).

Após a Guerra Fria terminar e com a queda da União Soviética, razões pelas quais a NATO foi criada, a Organização do Tratado do Atlântico Norte alterou a sua forma e desenvolveu novas estratégias e missões, evoluindo num contexto político e militar, externo e interno (Machado, 2011b; Robles, 2010).

Em 1995, Portugal e os Estados Unidos assinam um acordo de Cooperação e defesa, um Acordo Técnico e um Acordo Laboral (Teixeira, 1999).

O vínculo diplomático com a NATO, com os EUA e a geoestratégia, contribuiu para uma nova facilitação na ligação Atlântica determinante para a situação de Portugal e do novo procedimento de segurança. Este vínculo transatlântico, hoje em dia, continua a ser de grande importância para a segurança Europeia (Santo, 2010; Saraiva, 2010).

Com um novo objetivo em mente, devido ao fim da Guerra Fria, a NATO criou e desenvolveu uma estrutura de três fases: o Conselho de Cooperação do Atlântico Norte, a Parceria para a Paz e a Expansão para a entrada de novos Estados-Membros. Portugal participou ativamente nesta evolução da NATO (Robles, 2010).

O conceito estratégico da NATO tem como propósito aumentar a segurança a nível global e complementar, criando assim o novo tipo de missões humanitárias e operações de manutenção da Paz (Machado, 2011b).

Na reunião de Berlim de 1996, os Ministros da Defesa dos Negócios Estrangeiros dos Estados-Membros da União Europeia (UE) e da NATO chegaram a acordo no que toca à formação da Identidade Europeia de Segurança e Defesa (IESD), apesar de não estar completamente desenvolvida e organizada, a IESD tinha como objetivo a união da Europa, a força militarizada responsável e uma política de reflexão (Cruz, 2016; Ribeiro, 2016).

Segundo os mesmos autores, a UE ganha a NATO como aliado disponibilizando-se esta a ajudar com recursos para as suas operações, fundamentando uma política externa, de defesa e segurança dos países.

A UE desenvolve-se a nível Internacional de forma autónoma, com meios para tomar as suas decisões tanto políticas como de aplicação das Forças Militares que tinha a seu lado (Ribeiro, 2016).

Esta cooperação entre a UE e a NATO durou décadas, no entanto a falta de conceção e regras relativamente à segurança da União levou a algumas inibições entre ambos. Para dar continuidade ao acordo a NATO e a UE desenvolveram, em 2003 a Estratégia Europeia de Segurança (EES) com objetivos, estratégias e políticas bem claras, realizando missões de desarmamento, humanitárias e de resgate, assistência militar, manutenção da paz, prevenção de conflitos e gestão de crises, sendo este o campo de ação da PESD (Cruz, 2016; Ribeiro, 2016).

Cruz (2016) refere que a NATO é o elemento essencial da defesa.

Portugal, sobre a alçada da NATO participou em várias OP, como Bósnia, Kosovo, Afeganistão, Iraque, entre outras. As FND têm tido uma excelente participação no que toca a estas missões, cumprindo sempre com todas as exigências da NATO (Correia, 2014; Pinto, 2009).

As FND estão no Kosovo desde 1999 com o objetivo de manter a segurança e a estabilidade no país numa situação de grande instabilidade, em que a área de atuação das Forças Armadas é toda a região do Kosovo (Correia, 2014). Após 18 anos presentes na missão do Kosovo, os militares Portugueses deixam o território já em condições favoráveis ao seu desenvolvimento (Expresso, 2016).

Segundo o General Pina Monteiro (Sábado, 2018) a missão do Afeganistão, em 2018, irá passar a contar com 193 militares Portugueses, com o objetivo de proteger o Aeroporto de Cabul e de dar formação aos militares Afegãos.

Em 2008, Portugal já tinha participado com um total de 30,000 militares nas missões de Paz da NATO (Pinto, 2009). Sobre 2017, o General refere que estiveram presentes 2,600 militares em missões internacionais (Sábado, 2018).

Para Portugal, a NATO ao longo destes anos tem tido uma função fundamental na instrução militar, organizacional e no modo de atuar, tendo Portugal, através das Forças Armadas, decidido ser parte essencial de decisão e participação da Aliança Atlântica (Pinto, 2009).

Portugal, beneficia com a Aliança Atlântica, assim como com o futuro da NATO e da UE, principalmente pela sua centralidade geográfica que potencia a independência de Portugal no desenvolvimento da estratégia Europeia perante o novo modelo do Tratado de Comércio e Investimento Transatlântico (TTIP) (Sousa & Gaspar, 2015).

### **c) A Missão Integrada Multidimensional de Estabilização das Nações Unidas no Mali (MINUSMA)**

França desenvolveu em 2013 a Missão Integrada Multidimensional de Estabilização das Nações Unidas no Mali (MINUSMA) com o intuito de ajudar o governo do Mali no combate contra os rebeldes, evitando a queda de Bamako e ajudando as autoridades na estabilização do país (Branco, 2015; Machado, 2017).

Posteriormente, a ONU iniciou a Operação de Paz (OP) em que o objetivo é a segurança, proteção dos artefactos culturais e dos civis, ajuda humanitária e



estabilização (Centro de Notícias da ONU, 2016; Machado, 2016; Portaria nº 31/2017 de 31 de Janeiro do Ministro da Defesa Nacional, 2017).

A Força Aérea Portuguesa (FAP) retomou à MINUSMA nos finais de Novembro de 2016, numa missão de seis meses (Machado, 2017). Os militares da Protecção da Força (PF) foram divididos em dois grupos, sendo que cada grupo fica na Missão do Mali durante três meses (Chefe de Grupo, 2017).

A Protecção da Força, caracteriza-se por um grupo militar especializado em Operações Táticas de Projecção com o objetivo de protegerem os materiais e aeronaves da FAP, assim como assegurar a segurança das Forças Nacionais Destacadas (FND) em missões das organizações Internacionais, sendo que em território Nacional a PF tem competências ao nível do reforço e da segurança, na sua área de atuação (Força Aérea Portuguesa, n.d.; Machado, 2009).

A FND tem no Mali um contingente de 60 militares da Força Aérea, sendo em maior número os militares da PF (44 militares) especializados nas aeronaves, no transporte de cargas ou resgates e na concretização de escoltas. Tem também no terreno duas aeronaves de transporte: C-130 e C-295M (Força Aérea Portuguesa, 2016; Machado, 2017).

A estes militares as Forças Armadas emprega o estatuto de “militares das Forças Armadas envolvidos em missões humanitárias e de paz fora do território nacional, no quadro dos compromissos Internacionais assumidos por Portugal” (Portaria nº 31/2017 de 31 de Janeiro do Ministro da Defesa Nacional, 2017, p.2183).

A MINUSMA é considerada pelos Ministros da Defesa Nacional e dos Negócios Estrangeiros uma OP de território de classe C, a de maior risco, engloba então “Países ou territórios em situação de guerra, conflito armado interno ou insegurança generalizada e ainda aqueles em que se verifiquem graves condições de salubridade” (Portaria nº 87/99 de 28 de Janeiro dos Ministérios dos Negócios Estrangeiros e da Defesa Nacional, 1999, p.1112), sendo que por graves condições de salubridade se entende as fracas propriedades da água, os vários tipos de doenças e contágios existentes, a falta de alimentos e a diversidade de espécies animais e também a privação de assistência médica ou farmacológica que pode pôr em risco a vida humana (Decreto-Lei nº 233/96 de 7 de Dezembro do Ministério da Defesa Nacional, 1996; EPR, 2017; Portaria nº 31/2017 de 31 de Janeiro do Ministro da Defesa Nacional, 2017; Portaria nº 87/99 de 28 de Janeiro dos Ministérios dos Negócios Estrangeiros e da Defesa Nacional, 1999).

Portugal, nesta missão, está inserido numa Força Multinacional em conjunto com a Bélgica, a Dinamarca, Suécia e Noruega. Os Noruegueses construíram o Campo *Bifrost* no entanto houve um acordo técnico entre Portugal e os Noruegueses, sendo que a Portugal competiu gerir o Campo nos seis meses que participou na OP principalmente porque colocou uma grande capacidade de militares e armamento na missão (Despacho (extrato) nº 14708/2016 de 6 de Dezembro do Ministro da Defesa Nacional, 2016; EPR, 2017; Força Aérea Portuguesa, 2016; Machado, 2017).

É necessário e essencial a existência destes Campos militarizados em zonas de conflito, em que o intuito é o de controlar, comunicar e comandar as operações táticas (Osório & Maia, 2010). Nesta missão, Portugal tinha a vantagem de o principal órgão de fusão de informação do TO estar localizado dentro do Campo (EPR, 2017).

É através dos pilotos que a Força Aérea consegue desdobrar-se em transporte da população e transporte médico, busca e salvamentos de emergência, proteção e segurança de civis e militares, garantindo assim o auxílio ao Estado em conflito, como também aos militares (Dinis & Pereira, 2014).

Para a OP no Mali, a PF teve um programa de treino especial, este treino é indispensável à missão não só a nível das capacidades físicas, competências e desempenho com também das capacidades e características psicológicas (Oliveira, 2011; Pinto, 2013), é também necessário que os militares conheçam e compreendam as regras de empenhamento propostas, visto que estas podem criar um stress acrescido nos militares, pois por nesta situação ser uma missão da ONU os militares não podem responder de forma agressiva e hostil às ameaças sentidas (Osório & Maia, 2010).

O aprontamento da PF foi diferente dos restantes militares, estes foram isolados da unidade com o intuito de criarem laços de grupo, laços de equipa e que se identificassem entre eles (Chefe de Grupo, 2017; EPR, 2017; Protocolo de Entrevista, 2017).

Os militares passam maior parte do tempo na unidade a realizar atividades intensas baseadas no treino físico, treino com armamento e operação do equipamento necessário em missão, nesta preparação a Força Aérea também tem em consideração as diferenças climáticas do país (EPR, 2017; Pinto, 2013; Ribeiro, 2014).

A FAP pretendeu recriar o TO que os militares iriam encontrar, permitindo assim a criação e o desenvolvimento de competências que cá não são necessárias, mas que

numa missão de Paz são essenciais, com formações na área da saúde, principalmente, formação em suporte básico de vida, trauma e primeiros socorros, combate a incêndios, tiro, tática, engenhos explosivos improvisados, escoltas a tripulações, controlo de acessos e resposta a incidentes (Chefe de Grupo, 2017; EPR, 2017; Protocolo de Entrevista, 2017).

Com base nos mesmos autores, existe uma grande preparação não só ao nível do treino, mas também na obtenção do máximo de informação acerca do local da missão onde a PF irá operar, das ameaças, dos locais por onde os militares terão que se deslocar, da cidade de Bamako e do Mali.

Esta informação tem de ser o mais detalhada e realista possível, para que quando existam dificuldades os militares reconheçam que algumas funções seriam difíceis de realizar e assim diminuir a tensão caso exista algum insucesso no exercício (Chambel & Oliveira-Cruz, 2012).

Especificamente, a PF vai desempenhar as funções de proteção do Campo *Bifrost*, proteção da área do aeródromo onde estão localizadas as aeronaves e os militares responsáveis pela manutenção da mesma, proteção da aeronave quando esta tem que fazer deslocamentos fora de Bamako, escoltas para onde os militares da Força Aérea (FA) se deslocam, treino com forças aliadas, comando, controlo na área de segurança e assessoria ao Comandante de Destacamento (Chefe de Grupo, 2017; Protocolo de Entrevista, 2017).

Pincus e colaboradores (2001, *cit in*. Barbudo, Francisco & Santos, 2014; Martins, Santos & Francisco, 2014) caracterizam a evolução das Missões de Paz dos militares em cinco etapas, assinalando cada fase de desenvolvimento pessoal e emocional:

(1) pré-deslocamento, quando o militar é informado que vai para uma missão e varia conforme o tempo que demora o mesmo a embarcar para a operação,

(2) deslocamento, fase seguinte à partida e dura aproximadamente um mês, distingue-se pela etapa em que o militar está longe de casa e pela mistura de sentimentos face a essa distância,

(3) manutenção, inicia-se com a habituação à nova realidade,

(4) pré-reencontro, no mês em que o militar regressa a casa subsiste uma ansiedade, antecipação, agitação e preocupação por parte deste pela forma como os familiares e amigos reagem às transformações que o militar sofreu durante a OP,

(5) pós-deslocamento, esta fase pode durar entre três a seis meses e dá-se quando o militar e a sua família se reúnem, caracterizando-se inicialmente por um período de

lua-de-mel, esta fase pode ser rapidamente ultrapassada quando a alegria e o descanso dão lugar a ansiedade, insegurança, rejeição e medo do militar por não se conseguir distanciar do TO (Barbudo, 2013; Ribeiro, 2014).

Embora haja um contentamento pelo regresso a casa do militar, e pelo reencontro com a família, já existia uma interação familiar em que o militar esteve ausente durante um determinado período de tempo e que pode pôr em risco a dinâmica familiar. Esta dinâmica implica novas obrigações, hábitos e renegociação de papéis, o militar sente a necessidade de recompensar a família pelo tempo que esteve ausente (Barbudo, 2013).

Ribeiro (2014) relata que a maior preocupação dos militares em retomarem as rotinas familiares, tem haver com o tempo da OP e com a possibilidade de terem vivenciado experiências potencialmente traumáticas.

Por outro lado, a APA (2007, *cit in* Barbudo, 2013; Marques, 2014; Ribeiro, 2014) identifica quatro fases da deslocação do militar: (1) pré-deslocamento, intervalo de tempo em que o militar é avisado da sua partida para a missão (2) deslocamento, período em que o militar está na missão de Paz (3) reencontro, idealização do momento em que o militar vai regressar a casa e (4) pós-deslocamento, regresso do militar a casa.

Quando o militar aceita participar em Missões de Paz sabe que irá ter que se reger por um conjunto de regras e comportamentos que as OP e as Forças Armadas exigem, mas em compensação é recompensado financeiramente e pode vir a ter um desenvolvimento na carreira militar (Chambel & Oliveira-Cruz, 2012).

No entanto, Siegrist (2000, *cit in* Chambel & Oliveira-Cruz, 2012) afirma que a exigência das missões de Paz e o valor das recompensas adquiridas pelo militar, salário, apreço, carreira, pode para este não ser a conquista do reconhecimento do seu esforço e dedicação, levando o militar a viver numa situação de stress o que pode resultar num maior esforço para obter o merecido reconhecimento ou numa diminuição das suas capacidades e desistência de lutar em missão (Rosinha & Duarte, 2010).

Cada OP que os militares executem envolve riscos, por isso é necessário estarem em estado de alerta, exigindo que consigam distinguir os inimigos dos civis, e que haja o menor número possível de baixas (Osório & Maia, 2010).

#### **d) Outros Conceitos Associados**

Para cada missão, os países que disponibilizam a força militar têm que seguir as regras da ONU ou da NATO, no entanto existem características individuais de cada país, nomeadamente na formação dos seus militares ou na falta de acesso a educação, tornando-se assim difícil de explicar a esses militares que não podem fazer determinadas ações ou reagir de certa maneira (EPR, 2017).

Após algum tempo de trabalho por parte das mais variadas Associações de apoio a Combatentes da Guerra do Ultramar, a Lei Portuguesa reconhece a Perturbação de Stress Pós-Traumático como uma incapacidade onde existe uma redução das competências do trabalho por parte das pessoas que sofrem com esta perturbação (Correia, 2014).

A Rede Nacional de Apoio é criada com o intuito de orientar, identificar, encaminhar e acompanhar os militares e ex-militares nos serviços médicos, psicológicos e sociais que necessitarem. Esta rede de apoio, trabalha em conjunto com as organizações que pertencem ao Serviço Nacional de Saúde e ao Sistema de Saúde Militar, organizações públicas e não governamentais (Decreto-Lei nº50/2000 de 7 de Abril do Ministério da Defesa Nacional e da Saúde, 2000).

A Rede Nacional de Apoio afirma a necessidade do apoio psicológico aos militares regressados de missões de Paz (Pereira, et al., 2010).

O Diretor do Centro de Psicologia Aplicada do Exército (CPAE) mostrou uma grande preocupação em relação aos militares enviados para as OP, mais especificamente os militares da missão da Bósnia, em 1996 e assim foi desenvolvido e criado o primeiro modelo de estratégias de prevenção, dividido em três fases:

(1) antes da missão, consiste em avaliações clínicas, conferências, formações e leitura de panfletos informativos;

(2) durante a missão, vigilância e aconselhamento por parte dos militares quando detetados alguns sinais de stress, com o intuito de uma avaliação psicológica para que esse militar retome à missão;

(3) regresso da missão, avaliar o militar psicologicamente e o grupo de militares, caso necessário e este queira continuar, avançando com o apoio psicológico (Correia, 2014; Machado, 2011a).

Este Modelo de Intervenção e Acompanhamento Psicológico (MIAP) foi continuamente aperfeiçoado e atualmente está previsto a existência de um psicólogo disponível em missão para apoio aos militares (Correia, 2014).

Na missão International Security Assistance Force (ISAF) da NATO, o Centro de Psicologia da Força Aérea (CPSIFA) desenvolveu um modelo de acompanhamento psicológico para as Forças Nacionais Destacadas, a pedido do Comandante da missão no Afeganistão, o modelo é semelhante ao MIAP e é relativamente utilizado (Correia, 2014; Exército Português, 2014; NATO, 2015).

Como anteriormente foi descrito a MINUSMA é uma missão classificada como território de classe C, para além dessas condições a MINUSMA, como todos os outros TO, apresenta ameaças de risco.

Estes fatores de risco englobam, o crime organizado, as máfias e o fácil acesso destes grupos a armamento e material nuclear, que põem em risco as FND, a população e a ajuda humanitária (Correia, 2014).

O antigo Secretário-Geral da ONU, Ban Ki-moon (United Nations Secretary-General, 2016), quando ainda estava no ativo, afirmou a importância do facto de que os militares “disposent des équipements adéquats pour opérer dans un environnement dangereux et imprévisible tel que le Mali.”. Este comentário veio na sequência de dois ataques contra a Operação da ONU. Primeiramente, um veículo com um dispositivo improvisado explodiu no campo da MINUSMA, onde morreu um capacete azul e doze pessoas da ONU ficaram feridas. O segundo ataque foi concretizado por um grupo de assaltantes não identificados que fizeram três mortos no campo das NU (UN News Centre, 2016a).

Meses antes tinha ocorrido uma manifestação em que alguns manifestantes vinham munidos com cocktails molotov e invadiram as instalações do aeroporto da MINUSMA, onde assaltaram e incendiaram as zonas protegidas do campo. Neste ataque, dois manifestantes morreram e quatro ficaram feridos (UN News Centre, 2016b).

No decorrer da missão em que os militares Portugueses estiveram presentes, existiu um tiroteio no campo da MINUSMA que fez um morto e dois feridos graves (UN News Centre, 2017b). A 3 de Maio de 2017, o campo foi atingido por 6 ‘rockets’ que causaram um morto, nove feridos e destruiu equipamento militar (UN News Centre, 2017a). Poucos dias depois, dois militares foram mortos e um ficou

ferido numa emboscada enquanto patrulhavam a área da operação MINUSMA (UN News Centre, 2017c).

A 18 de Junho de 2017 morreu um militar Português no Mali e outro ficou ferido, quando o Hotel onde descansavam foi invadido por um grupo de rebeldes armados (Cordeiro, Pena & Louro, 2017; Diário de Notícias, 2017).

O General Pina Monteiro, afirma que cada OP tem riscos associados, no entanto refere que as missões em territórios como a República Centro-Africana, o Afeganistão, o Mali e a Somália constituem um maior perigo para os militares (Sábado, 2018).

A MINUSMA é uma das poucas missões de três meses realizada, o Chefe de Grupo (2017) refere que os três meses de missão são passados a correr, em que o primeiro mês é caracterizado pelo conhecimento do novo país e pela excitação da missão, o segundo mês o militar já está mais acostumado a OP e por fim no três meses já está presente o pensamento de voltar a casa e regressar para junto da família.

Sendo considerado o período crítico da missão o quarto e quinto mês, numa missão que tenha a duração de seis meses (Chefe de Grupo, 2017; EPR, 2017).

Em síntese, as missões humanitárias da ONU e da NATO têm como objetivo a defesa da população, dos bens e da Paz Mundial, assim como a ajuda ao desenvolvimento e a ajuda humanitária (Januário & Gameiro, 2016; Branco, 2015; Ribeiro, 2016).

Os militares em missões de Paz representam Portugal em acordos Internacionais, por esse motivo são classificados com um estatuto diferente (Portaria nº 31/2017 de 31 de Janeiro do Ministro da Defesa Nacional, 2017).

A ONU tem como base para as Operações de Paz o consentimento de ambos os países envolvidos, a imparcialidade e o uso de força mínima por parte dos militares (Uziel, 2010, *cit. in* Faganello, 2013).

A ONU estabelece as regras de empenhamento com o país anfitrião, para que todos os acordos sejam cumpridos. Estas regras de empenhamento englobam o objetivo, tipo e duração da missão e o trabalho que a ONU pretende realizar (EPR, 2017).

Para estas situações, os militares têm de ser treinados para o tipo de território que vão encontrar e necessitam de estar preparados física e psicologicamente (Oliveira, 2011; Pinto, 2013).

Os militares que participam em Missões Internacionais de Paz podem-se deparar em situações de perigo iminente para a vida humana, a sua ou de idênticos causando impactos no funcionamento psicológico (Ferrajão, 2011).

Por estas razões, é de fundamental importância o reconhecimento por parte da Lei Portuguesa sobre a PSPT e o desenvolvimento de modelos institucionais por parte das Forças Armadas que permitam a ajuda aos militares destacados em Missões de Paz, antes, durante e depois das Operações. Este tipo de acompanhamento é essencial não só para os militares como também para as suas famílias (Correia, 2014; Machado, 2011b; Pereira, et al., 2010).



## NOÇÕES CONCEPTUAIS

*“Studies have show that adequate preparation for a stressful event, when such preparation is possible, protects individuals from the effect of stress. It reduces uncertainty, increases one’s sense of control, and teaches automatic responses that are less readily eroded under stress.*

*The psychological effect of preparation may even exceed the content of the training”*

(Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996, p.87)

### **a) A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT)**

A Perturbação de Stress Pós-Traumático é uma perturbação psiquiátrica que se desenvolve na sua origem numa pessoa que vivenciou uma experiência traumática na qual a sua vida ou de idênticos foi ameaçada e incrementa uma reação de medo, abandono e horror (Anunciação, Pinto & Lima, 2011; Durand & Barlow, 2010; Gates, et al., 2012; Maia & Fernandes, 2003; Nunes, Esteves, Pereira & Knoch, 2010; Santos, 2014; Valentine, 2003). É considerado um grande risco para a evolução da perturbação o facto do militar assistir a morte de idênticos (Pereira, et al., 2010).

Segundo o DSM-IV-TR, a PSPT é dividida em três *clusters*: 1) re-experienciação, caracterizado por pesadelos, flashbacks e recordações psicologicamente perturbadoras e intrusivas, 2) evitamento que tem como características evitar recordar o trauma, dificuldade em recordar assuntos importantes e desligar-se dos outros e 3) a hiperreatividade, que inclui irritabilidade, dificuldades em adormecer e em concentrar-se assim como atitudes de alarme exagerada perante determinadas situações, sendo que se estes *clusters* se mantiverem mais do que três meses, é considerado uma perturbação crónica (Agostinho, 2010; Caldeira, 2011; Dougall & Baum, 2011; Ferrajão, 2011; Gates, et al., 2012; King, D., King, L., Foy & Gudanowski, 1996; Monteiro-Ferreira, 2003; Osório & Maia, 2010; The Management, 2010).

No entanto, a PSPT pode vir a manifestar-se mais tardiamente numa pequena percentagem dos casos (Santos, 2014).

A violência do acontecimento traumático manifesta-se nos militares no teor da ameaça à sua vida ou à vida de semelhantes, ferimentos graves ou danos físicos, provocar a morte ou ferimentos a alguém, intensidade das missões (Pereira, et al., 2010) e tempo de missão, tortura, fome e sede, devastação de comunidades, na perigosidade de violência sexual, danos psicológicos e má relação familiar

contribuem para a evolução da PSPT (Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996; Osório & Maia, 2010; Santos, 2014).

Apesar de cada OP ser diferente, os militares podem experienciar vivências traumáticas de elevada intensidade onde está presente a possibilidade de ferimentos graves e de morte (Maia & Fernandes, 2003; Osório & Maia, 2010).

Durand e Barlow (2010) classificaram a guerra como o evento mais traumático, seguidamente do World Trade Center e do Pentágono a Setembro de 2001. Esta conclusão deveu-se a diversas discussões sobre os fatores de stress da guerra, bem como a dificuldade e o perigo nela existentes (Stress, n.d.). Estando os militares presentes em missões de paz identificados como um grupo de elevado risco de desenvolver PSPT (Caldeira, 2011; Gates, et al., 2012; Maia & Fernandes, 2003).

Albuquerque e colaboradores (2003, *cit. in* Caldeiras, 2011) demonstraram que a percentagem de PSPT na população Portuguesa é de 7,87%, sendo que 10,9% corresponde a PSPT em situações de Combate/Guerra.

Correia (2014) no seu estudo com militares Portugueses presentes em OP apresenta uma taxa de 22,5% de PSPT após a missão, e antes da missão uma percentagem de 8% de PSPT. Observando a prevalência de PSPT antes da missão, o autor concluiu que essa percentagem estava relacionada com missões anteriormente realizadas pelos militares, depreendendo que 14,5% dos militares desenvolveram sintomas relacionados com a PSPT na missão em que o estudo decorreu.

Ouimette e colaboradores (2008) estudaram militares presentes na Guerra do Iraque, onde 45% foram diagnosticados com PSPT e 68% expuseram sofrer de re-experienciação e 93% de hiper-reatividade, sintomas de PSPT. O mesmo estudo corrobora que existe uma maior probabilidade de consumo de substâncias, uma frágil saúde mental e um maior risco de desenvolvimento de sintomas de PSPT nos militares presentes em missões de combate. Outros estudos incluem o risco de depressão, ansiedade e outras emoções negativas (Caldeira, 2011; Gates, et al., 2012).

Um estudo com militares presentes na Guerra do Vietnam mostra que 18,7% desenvolveram PSPT (Durand & Barlow, 2010). O National Vietnam Veterans Readjustment Study (1990, *cit in* Pereira, et al., 2010) apresentou a correspondência de 15% de PSPT quando o estudo foi realizado, e 30% de PSPT ao longo de toda a vida. A experiência traumática em militares presentes no Vietnam sugere que 70% tem PSPT quando o acontecimento é deveras ameaçador e em 49% dos casos

desenvolve para uma perturbação crónica (Carvalho & Regadas, 2010; Maia & Fernandes, 2003).

Hoge e colaboradores (2004, cit in. Osório & Maia, 2010) apontam que os militares que tiraram a vida a inimigos ou civis, assim como terem que transportar camaradas já falecidos ou pedaços de corpos, aumenta significativamente a probabilidade de virem a desenvolver PSPT. Este estudo revela também que dos militares recrutados para a missão do Iraque 9,3% apresentavam PSPT antes de embarcarem e 17,1% desenvolveram PSPT, sendo que foram avaliados três a quatro meses após regressarem.

Alguns estudos revelam que os acontecimentos presenciados em zonas de combate estão diretamente relacionados com problemas mentais nos militares que manifestam determinados sintomas perante vários fatores de stress (Caldeira, 2011; Stress, n.d.).

Gates e colaboradores (2012) expõe a percentagem de militares dos Estados Unidos com PSPT entre os 14-16%, sendo que esta percentagem é mais alta que qualquer outro diagnóstico de doença mental nesta população (The Management, 2010). No entanto, estudos divulgam que esta pode não ser a verdadeira percentagem de militares com PSPT sobretudo devido ao estigma associado com esta perturbação (Gates, et al., 2012).

Quanto aos Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa, Pereira e colaboradores (2010) encontram uma percentagem de 39,5% de PSPT e 81% apresentam um quadro de psicopatologia. Já Carvalho e Regadas (2010) revelam que 27,2% dos combatentes da Guerra Colonial Portuguesa sofrem de PSPT.

Num estudo de 2863 militares regressados do Iraque e avaliados após um ano de missão, 16,6% é a percentagem de PSPT apresentada pelos militares e associada a uma debilitada saúde e a recorrentes visitas ao médico, o que se prevê num maior número de faltas no trabalho, queixas de sintomatologia física e gravidade somática de sintomas (Hoge et al., 2007, cit in., Osório & Maia, 2010).

Outro estudo com militares do Iraque e Afeganistão mencionam que o stress relativo à deslocação, a gravidade do Teatro de Operações, as habilitações literárias e o estado civil estavam relacionados com os 17,1% de desenvolvimento de PSPT (Osório & Maia, 2010).

King e colaboradores (1996) revelam que os militares mais novos e com menos educação têm tendência a ser expostos a acontecimentos de stress de alto nível,

contribuindo para problemas futuros, assim como o baixo nível socioeconómico e a propensão para a ansiedade e depressão.

Com base no que foi anteriormente descrito, verifica-se que a consequência de presenciar um acontecimento traumático não explica a relação imediata ao desenvolvimento da perturbação, mostrando assim que o facto de a pessoa sofrer de PSPT deve-se também a fatores sociais, psicológicos e biológicos (Agostinho, 2010; Maia, 2006; Nunes, Esteves, Pereira & Knoch, 2010; Valentine, 2003). Os fatores sociais e culturais são considerados muito importantes na evolução da PSPT, sendo que é mais provável as pessoas não desenvolverem PSPT se tiverem um grande suporte das pessoas ao seu redor, afectando positivamente a resposta biológica e psicológica da pessoa ao trauma (Caldeira, 2011; Dougall & Baum, 2011; Durand & Barlow, 2010; Maia & Fernandes, 2003; Ouimette, et al., 2008). Para além destes fatores, o comportamento antissocial e a depressão prévia aumentam o risco de PSPT (Ferrajão, 2010; Ferrajão, 2011; King, D., et al., 1996; Maia, 2007).

Classificando o nível de stress, este está relacionado com a extensa diversidade de fatores de stress. Esta variedade inclui a exposição direta na frente de combate, como o vivenciar situações atroz, sendo que estes são classificados como eventos de elevado stress e independentemente da sua personalidade os militares são mais predispostos a acontecimentos negativos; os militares expostos a eventos de baixo nível de stress sofrem com a separação da família, ausência de privacidade, longas horas de trabalho, condições de salubridade, risco de contaminação, doenças e diferentes condições climáticas. No entanto correm mais risco de stress os militares com maior vulnerabilidade, ambas as classificações combinadas com acontecimentos desmotivadores, desconfortáveis, desmoralizadores e fatores relacionados com o stress como a ansiedade, a ameaça e o desajustamento aumentam o nível de stress (Barbudo, 2013; Barbudo, Francisco & Santos, 2014; Dougall & Baum, 2011; Ferrajão, 2010; Ferrajão, 2011; Fink, 2010; King, D., et al. 1996; Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996; Stress, n.d.).

“The greater vulnerability, the more likely people are to develop PTSD” (Durand & Barlow, 2010, p. 151).

Além da PSPT e dos seus *clusters* existem outros fatores como a comorbilidade e diversos problemas psicológicos que resultam numa mudança negativa no indivíduo e no seu suporte familiar e social (Pereira, et al., 2010), levando a uma maior taxa de mortalidade, neste sentido é importante e necessário que os militares tenham

estratégias de prevenção, avaliação psicológica, sinalização e intervenção clínica (Carvalho & Regadas, 2010).

Os fatores de risco revelam ser uma das principais causas de PSPT nos militares, sendo uma das razões que aumentam o índice de perturbações psicológicas e psicopatologias no decorrer da missão (Ferrajão, 2011), gerando mudanças neurobiológicas, tanto do sistema nervoso, como do sistema imunológico e hormonal (Osório & Maia, 2010).

### **b) Sintomatologia associada à PSPT**

Militares com PSPT tendem a evitar recordações ou circunstâncias que os possam fazer reviver ou lembrar o acontecimento traumático (Maia & Fernandes, 2003), devido a este comportamento os militares tem maior probabilidade de terem problemas conjugais ou familiares (Valentine, 2003), ao nível da intimidade e de se alienarem das suas obrigações parentais, evitamento, isolamento social e dificuldade em se expressar emocionalmente (Pereira, et al., 2010), insegurança em relação ao trabalho, problemas com a lei, doenças mentais e as ideias suicidas são o risco mais elevado (Barbudo, 2013; Caldeira, 2011; Gates, et al., 2012; Magalhães, Silva & Santos, 2013; Santos, 2014).

Quando o evento é recordado, as pessoas têm tendência a reagir com respostas emocionalmente negativas, reações de impulsividade, raiva e agressividade (Agostinho, 2010; Pereira, et al., 2010), que geram alterações cardiovasculares e respiratórias (Dougall & Baum, 2011).

As doenças mentais que os militares que desenvolveram PSPT tendem a apresentar são ansiedade, depressão, comportamento impulsivo e autodestrutivo, hostilidade, perturbação de angústia, perturbação bipolar, perturbação de pânico, perturbações do sono, perturbações da alimentação, perturbações de humor, fobia social e específica (Anunciação, Pinto & Lima, 2011; Caldeiras, 2011; Dougall & Baum, 2011; Nunes, Esteves, Pereira & Knoch, 2010; Oliveira, 2008; Pinto, Gonçalves & Lima, 2012).

Em relação às perturbações de personalidade os militares apresentam sintomas relacionados com a perturbação obsessivo-compulsiva, paranoide, evitante, borderline e antissocial (Pereira, et al., 2010).

Relativamente ao *burnout* este pode ser detetado antes da missão ser realizada, podendo ser utilizado com critério de exclusão para evitar futuras perturbações (Chambel & Oliveira-Cruz, 2012).

As perturbações mentais crónicas e o difícil ajustamento psicológico do militar advém da longa exposição ao trauma e medo que sentem pela sua vida e da de semelhantes, levando à incapacidade de tomar decisões de forma eficiente no decorrer da missão (Osório & Maia, 2010).

Waites (1993, cit in., Valentine, 2003) considera o choque do trauma um importante fator de risco a considerar, pelo facto de o militar quando não suporta mais a dor do evento traumático auto-agride-se para ultrapassar a dor que não controla, por uma dor que controla e a que pode fugir.

Estando estes fatores de risco interligados com a história psiquiátrica familiar, genética, personalidade, trauma, baixo nível de educação e pouca assistência familiar, bem como a gravidade do trauma, preparação para o evento, respostas ao mesmo, suporte familiar e social (Ferrajão, 2010; Valentine, 2003).

Pesquisas feitas com veteranos de guerra mostram que estes têm maior dificuldade em usar os serviços hospitalares, a sua saúde é mais debilitada, sofrem de mais sintomas físicos e sistémicos, bem como de sintomas somáticos e apresentam uma taxa de 45% a 80% de dor crónica, experienciam uma maior morbidade e mortalidade (Caldeira, 2011; Maia, 2006; Osório & Maia, 2010; Stress, n.d.). Em comparação, Sareen e colaboradores (2010) afirmaram que os militares solteiros e com mais experiência em OP mostram um aumento de tratamento médico e psicológico associado ao desenvolvimento de PSPT, depressão e dor crónica.

Um estudo com militares da II Guerra Mundial expõe que 30% sofrem de PSPT, indicando que sofrem de mais problemas de saúde, limitações funcionais, têm uma taxa mais elevada de doenças crónicas e procuram mais vezes os serviços de saúde (Maia, 2006).

Segundo o autor, as dores físicas são um dos sintomas que os militares da Guerra do Líbano, que sofrem de PSPT, mais apresentam, comparativamente aos seus idênticos que não desenvolveram PSPT. Confirmando-se assim que existe uma ligação direta entre o grau de eventos traumáticos e a seriedade dos sintomas apresentados pelos militares (Ferrajão, 2010; Santos, 2014).

Maia (2006) refere um estudo com 1007 indivíduos diagnosticados com PSPT os resultados que apresenta revelam que estes demonstram mais sintomas somáticos durante os 5 anos decorrentes da investigação.

Schnurr, Spiro e Paris (2000, *cit. in* Maia, 2006) comprovaram que o número de doenças cardíacas, dermatológicas, músculo-esqueléticas e gastrointestinais estão diretamente relacionadas com a perturbação de stress pós-traumático.

Dias (2015) no seu estudo com 259 militares Portugueses em missões de Paz no Afeganistão e no Kosovo revela que os militares solteiros apresentam uma taxa mais elevada de depressão e ansiedade comparados com os militares casados.

Bresleau e colaboradores (2000) e O'Donnell, Creamer & Pattison (2004, *cit in* Pereira, et al., 2010) apresentaram resultados que apontam para uma interligação entre PSPT e depressão major, ou seja, que o facto de o militar desenvolver PSPT representa um risco de vir a ter depressão ou por outro lado se apresentar um quadro depressivo, existe uma maior probabilidade de vir a desenvolver PSPT.

Agostinho (2010) com base noutros estudos, menciona que os militares com diagnóstico de PSPT, apresentam em 53% dos casos simultaneamente distúrbio de humor, 20% a 60% correspondem aos critérios de depressão, perturbação de pânico e abuso de substâncias.

Pereira e Pedras (2007, *cit in* Pereira, et al., 2010) estudaram 505 veteranos portugueses, em que 51% apresentavam queixas referentes a impulsividade, 49% apresentam um quadro de comorbilidade psicológica, 58% expõem queixas de ataques de pânico, perturbação obsessiva-compulsiva, fobia, somatização e sintomatologia psicótica e 81% da população em estudo exibem alguma perturbação psicológica.

Os militares Portugueses em missões no Kosovo, Líbano, Timor e Afeganistão apresentaram elevados valores de sintomatologia associada no pós-missão, sendo as dimensões mais distintas a depressão e a somatização (Correia, 2014).

Paiva e colaboradores (1987, *cit. in* Ferrajão, 2010) encontraram nos militares Portugueses presentes na Missão de Paz da Bósnia, uma percentagem superior de sintomas aquando o regresso da Missão comparativamente a partida da mesma, mostrando que as sintomatologias onde os valores eram os mais elevados correspondiam a ideação paranoide, hostilidade e obsessão-compulsão e ainda depressão, segundo os valores de um estudo com militares da GNR participantes numa missão de Paz.

Ferrajão (2011) estudou militares participantes em missões de Paz Internacionais e obteve uma percentagem superior a 65% de indivíduos com sintomatologia obsessivo-compulsiva e paranoide, comparativamente aos mesmos indivíduos antes de realizarem a missão. Conforme o estudo de Ferrajão (2010), as missões de Paz aparentam aumentar fatores relacionados com o comportamento, ideias e emoções hostis, interligados com a ideação paranoide, projeção e suspeita, sendo estes fatores importantes para o bom relacionamento entre pares.

Militares do Vietname com PSPT apresentam uma maior percentagem de casamentos, assim como de divórcios, expressão dificuldades no reajustamento com altos índices de complicações maritais, mau funcionamento familiar com violência e risco para a família, onde os filhos apresentam dificuldades comportamentais clinicamente reveladoras, comparativamente a militares do Vietname sem PSPT (Pereira, et al., 2010).

Relativamente à mortalidade, estudos apontam para uma percentagem de morte de 17% em militares nos 5 anos seguintes a estarem presentes em situações de guerra comparativamente a civis, sendo as causas de morte encontradas com mais frequência acidentes, homicídios, suicídios e consumo excessivo de substâncias (Maia, 2006).

Sareen e colaboradores (2010) corroboram estes resultados com a ligação de PSPT e a mortalidade em militares regressados de OP, onde 36% dos 66 militares se suicidaram, sendo o método mais frequente o recurso a armas de fogo e a intoxicação por monóxido de carbono, comparativamente a população geral.

Segundo os autores, as atitudes de risco por parte de indivíduos que sofrem de PSPT está relacionado com a ausência de sentimentos de auto valorização pessoal ou autoestima e contrariedade das emoções negativas.

### **c) O conceito de Estima de Si**

Rockeach (1973, *cit. in* Libói & Cruz, 2014) mencionou os valores como as motivações que o indivíduo segue para explicar o comportamento e o comportamento dos semelhantes. O autoconceito advém da perspectiva que a própria pessoa tem de si, para se compreender e perceber melhor enquanto ser Humano, caracterizando a sua identidade e autoestima (Faria, 1993). No entanto, não é só consigo que o sujeito



desenvolve conceitos, mas também com os outros. (Magalhães, Silva & Santos, 2013).

Os mesmos autores referem, que quando a autoestima da pessoa é afetada, esta pode ter efeitos graves em termos afetivos, fisiológicos, cognitivos e motivacionais. Assim como o facto de a pessoa vivenciar o evento traumático como vítima ou se culpabilizar pelo que aconteceu, afeta psicologicamente e negativamente o militar (Valentine, 2003).

Existe uma despersonalização, um cansaço emocional, várias atitudes de insolência e diminuição da atividade laboral causadas pelo stress dos militares (Magalhães, Silva & Santos, 2013).

Ao longo da carreira militar, os valores complementam as motivações, as necessidades, o comportamento, as preferências e os objetivos pessoais, sendo a evolução da carreira, o participar numa Operação de Paz, o crescimento pessoal, objetivos de vida concretizados e a cooperação de equipa os fatores classificados como positivos e de influência favorável para os militares, os fatores negativos são a distância da zona de habitação (Barbudo, Francisco & Santos, 2014; Libói & Cruz, 2014; Silva & Nascimento, 2014).

É no local de trabalho que a pessoa passa mais tempo, e estando em Missões de Paz o militar passa todos os seus dias durante 3, 6 ou 9 meses com os seus superiores e idênticos, sendo ali que o seu conceito de autoestima e a identidade tanto de si como dos outros mais vem ao de cima, influenciado não só o seu comportamento em relação aos outros militares como também a informação que lhe é transmitida e que retém desses (Magalhães, Silva & Santos, 2013).

A organização laboral transmite valores que modificam a atitude do indivíduo, estimulando ou desmoralizando os seus valores pessoais, influenciando a maneira como a pessoa se sente no seu local de trabalho (Libói & Cruz, 2014).

Os autores referem que a instituição e a pessoa podem chegar a uma harmonia de valores através da partilha e do respeito entre os mesmos, proporcionando um aumento de satisfação laboral, organizacional, fidelidade e menores níveis de stress.

As mudanças pessoais que os militares sofrem no decorrer de uma missão de paz Internacional podem ser positivas ou negativas (Barbudo, Francisco & Santos, 2014). Se a sua autoestima for baixa o indivíduo tem dificuldade em interagir levando a um relacionamento superficial e de circunstância com os outros por medo de ser rejeitado, magoado e exposto pelos mesmos (Magalhães, Silva & Santos, 2013). Por outro lado,

alguns militares elevam a sua autoestima no decorrer da missão devido a realização pessoal que sentem no cumprimento das suas funções (Barbudo, Francisco & Santos, 2014).

O bem-estar subjetivo do militar depende da satisfação que este tem com a vida e da sensação de felicidade que sente, sendo que um bom prognóstico do bem-estar subjetivo é a confiança que o militar tem na sua instituição, na interação social, na consciencialização do orçamento familiar e no número de horas de trabalho (Gonçalves & Neves, 2010).

Estando dispostos a pôr em risco a sua identidade pessoal, os militares sacrificam-se pela unidade militar, mostrando altos níveis de camaradagem e ligação de fraternidade, facilitando assim, o grupo quando situações inesperadas e traumáticas acontecem em cenários de OP, colocando em primeiro lugar a cooperação da equipa e as missões da organização (Libói & Cruz, 2014).

Apesar da lealdade que o militar apresenta perante a instituição militar, o facto de ser destacado para uma Missão Internacional de Paz envolve muitas vezes alguma consternação devido, principalmente, ao afastamento da família, tendo este sentimento consequências menos positivas (Ribeiro, 2014).

O mesmo autor, menciona que o bem-estar da família afecta positivamente o militar, sendo possível este se concentrar essencialmente na operação de Paz e obtendo assim uma valorização pessoal.

Silva e Nascimento (2014) estudaram a identidade pessoal nos militares, obtendo um decréscimo da autoestima negativa do indivíduo e do mundo ao seu redor, assim como um aumento da autoestima positiva de si, das suas habilidades pessoais e da Humanidade.

Gonçalves e Neves (2010) indicam que os militares portugueses têm níveis baixos de bem-estar subjetivo quando comparados com os militares austríacos. A nível Europeu, os militares Portugueses estão classificados como os profissionais com mais baixo nível de bem-estar subjetivo.

Em síntese, a perturbação de stress pós-traumático pode afetar os militares, presentes em situações de risco, das mais variadas formas por essa razão é importante que os militares adquiram estratégias de prevenção, capacidades de intervenção clínica, sinalização e que sejam avaliados psicologicamente (Carvalho & Regadas, 2010).

O facto de desenvolverem PSPT faz com que os militares apresentem outros sintomas psicopatológicos (Anunciação, Pinto & Lima, 2011; Caldeiras, 2011; Pinto, Gonçalves & Lima, 2012), perpetuando a autoestima que é afetada e que culmina em consequências afetivas, fisiológicas, cognitivas e motivacionais graves (Magalhães, Silva & Santos, 2013).

## **PARTE II: METODOLOGIA**

## **Problema**

O stress reúne características que pressupõe que a pessoa consiga lidar com acontecimentos sem desenvolver sintomas adversos, no entanto existem situações traumáticas com as quais o indivíduo não consegue lidar de forma adaptativa. A Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) está assim ligada a um conjunto de acontecimentos traumáticos e situações perturbadoras com as quais a pessoa tem dificuldade em lidar (Lazarro, 1999, citado por Pinto, Gonçalves & Lima, 2012).

Vários estudos apontam para o desenvolvimento de sintomas de PSPT em militares portugueses regressados de missões de paz internacionais (Correia, 2014; Osório & Maia, 2010; Pereira, Pedras et al., 2010). Outros estudos demonstram que sujeitos com PSPT têm desenvolvido outras sintomatologias associadas (Agostinho, 2010; Carvalho & Regadas, 2010; Maia, 2007) tais como depressão, fobias, ansiedade, ideação paranoica, entre outros sintomas. Correia (2014) encontra uma forte associação da sintomatologia da PSPT com uma baixa autoestima nos militares, sugerindo que esta influência negativa no comportamento dos militares verifica-se ao nível das tensões emocionais, da dificuldade de relacionamento, agressividade e da desvalorização de si próprio.

Perante a revisão de literatura sobre os militares participantes em operações de paz, consideramos a nossa problemática através da seguinte questão: Qual é o impacto da Missão Integrada Multidimensional de Estabilização das Nações Unidas no Mali (MINUSMA) nos militares da Força Aérea, nomeadamente ao nível da PSPT, sintomatologia associada e da sua autoestima?

## **Delineamento do Estudo**

A presente investigação é um estudo longitudinal na medida em que os mesmos militares são avaliados em dois momentos diferentes, antes da missão e depois da missão, sendo assim possível determinar se a missão causa perturbações psicológicas nos militares em estudo (Coutinho, 2014; Hoppen, Lapointe & Moreau, 1996).

O estudo utiliza uma metodologia quantitativa onde é necessário considerar vários critérios de cientificidade baseados no positivismo, sendo este assente na objetividade, definições teóricas com validade e confiabilidade, análise de dados estatísticos com os devidos resultados e discussão destes (Carmo & Ferreira, 2008;

Craveiro, 2007; Furtado, 2001; Guba & Lincoln, 1994; Romanelli & Biasoli-Alves, 1998, citado por Silva, 1998; Silva, 2010).

O estudo apresentado, reúne uma metodologia quantitativa ligada a estudos quase-experimentais de pré-teste e pós-teste, onde o grupo de sujeitos participantes na investigação não são aleatórios e a variável independente (VI) não é controlada, neste caso é a participação na missão, e a existência de variáveis parasitas podem convergir com a VI o que poderá influenciar a discussão de resultados (Almeida & Freire, 2007).

O objetivo do estudo quase-experimental é respeitar o método explicativo, ou seja, é explicar os fenómenos que decorrem numa missão de Paz num país com determinadas características diferentes daquelas que os militares estão habituados (Carmo & Ferreira, 2008; Coutinho, 2014).

Com esta investigação, pretende-se aprofundar os conceitos de PSPT, de sintomatologia associada e de autoestima, para uma melhor compreensão das consequências que as Operações de Paz têm nos militares que participam em Missões de Paz Internacionais.

As Forças Nacionais Destacadas são um população pouco estudada em Portugal, assim, este trabalho tem como propósito transmitir um maior conhecimento sobre a problemática das missões, identificar as situações potencialmente traumáticas e as adversidades que os militares vivenciam, longe dos familiares, num país estrangeiro e num cenário de guerra/conflito.

### **Objetivo Geral**

O objetivo geral do estudo é avaliar a PSPT, e sintomatologia associada e a autoestima nos militares da missão MINUSMA, em duas fases da missão, antes da missão (AM) e depois da missão (DM).

### **Objetivos Específicos**

Objetivo 1: Comparar a PSPT nos militares antes e depois da missão de Paz;

Objetivo 2: Comparar a sintomatologia dos militares antes e depois da missão de Paz;

Objetivo 3: Comparar a autoestima dos militares antes e depois da missão de Paz;

## Hipóteses

Hipótese 1: Segundo Hoge e colaboradores (2004, cit in. Osório & Maia, 2010), Maia e Fernandes (2003), Osório e Maia (2010) e Correia (2014) os militares regressados de missões de Paz apresentam uma taxa superior de PSPT após a missão. Nestes estudos, a percentagem calculada de PSPT antes da missão comparativamente ao retorno da missão varia entre os 7,8% e os 14,5%, valores superiores ao que foi encontrado no pré-missão.

Com base nestes estudos, a hipótese colocada é: os militares apresentam níveis de PSPT superiores depois da missão, quando comparados com a pré-missão.

Hipótese 2: Maia (2006), Pereira e colaboradores (2010) e Ferrajão (2011) estudaram os efeitos da sintomatologia psicopatológica nos militares antes e depois das missões de Paz. Segundo estes estudos, a percentagem de militares que apresentam sintomatologia associada às OP é mais elevada depois da realização da missão, comparativamente aos mesmos militares antes da missão, nomeadamente ao nível da depressão, ansiedade e somatização.

Concluindo assim com a hipótese de: no pós-missão os níveis de sintomatologia psicopatológica são mais elevados do que na pré-missão.

Hipótese 3: Vários estudos (Gonçalves & Neves, 2010; Ribeiro, 2014; Silva & Nascimento, 2014) referem para o decréscimo de autoestima entre os militares Portugueses participantes em Teatro de Operações. As missões de Paz afetam a autoestima, tanto a nível afetivo, fisiológico, cognitivo e motivacional do militar, principalmente pelo afastamento familiar e residencial, a culpabilização por um evento traumático que aconteceu na OP, e pelo difícil relacionamento, ou, um relacionamento inexistente com os seus superiores ou camaradas (Barbudo, Francisco & Santos, 2014; Libói & Cruz, 2014; Magalhães, Silva & Santos, 2013; Silva & Nascimento, 2014; Valentine, 2003).

De acordo com estes estudos a hipótese proposta é: a autoestima dos militares apresenta uma taxa mais baixa aquando o regresso dos mesmos da missão.

## Variáveis

**Tabela 1**

Variáveis, definição e operacionalização das mesmas e medição

<b>Variáveis de Caracterização da população</b>	<b>Definição</b>	<b>Operacionalização</b>	<b>Nível de medição</b>
Gênero	Diferença física que distingue o gênero masculino do feminino	Caracterizado por Masculino ou Feminino	Qualitativa
Idade	Tempo que passou desde que nascemos	Medida em anos	Quantitativa
Estado Civil	Condições em que o sujeito vive perante a lei civil	Caracterizado por solteiro, vive com companheira (o), casado, divorciado ou viúvo	Qualitativa
Filhos	Conjunto de descendência	Medida em números	Quantitativa
Habilitações Literárias	Conhecimentos precisos e adquiridos	Medido em primário, 5 e 6º ano, 7 e 9º anos, 10 e 12º ano, curso profissional, licenciatura, mestrado ou doutoramento	Qualitativa
Situação Militar	Ligação contratual do militar dentro da instituição	Classificado como Quadro de Permanência, Contratado ou Disponibilidade/Reserva	Qualitativa
Posto	Graduação militar	Classificado por Oficial, Sargento ou Praça	Qualitativa
Há quantos anos está na Instituição Militar	Tempo que passou desde que entrou na instituição	Medida em anos	Quantitativa
Outras Missões de Paz em que já participou	Número de missões que já participou	Medida em números	Quantitativa
Há quanto tempo regressou da última Missão	Tempo que passou desde que regressou da última missão	Medida em meses	Quantitativa
Cumpriu a Missão até ao fim	Realização de missões até ao final	Caracterizado por sim ou não	Qualitativa



**Tabela 2**

Variáveis dependentes, definição e operacionalização das mesmas e medição

<b>Variáveis Dependentes</b>	<b>Definição</b>	<b>Operacionalização</b>	<b>Nível de medição</b>
Perturbação de Stress Pós-Traumático	A PCL-M é um teste que relaciona os sintomas associados a PSPT com as vivências dos militares presentes em missões de Paz (Carvalho et al., 2015; Correia, 2014; Regadas, 2009).	Este teste está dividido em 3 categorias são elas os sintomas re-experienciação, o evitamento e a hiper-reatividade (APA, 2002). Podendo ser avaliada no seu total e por categorias (Correia, 2014).	Escala de Likert
Sintomatologia Psicopatológica	O BSI é um teste que consiste numa avaliação dos sintomas psicopatológicos (Pereira, et al., 2010).	Estão presentes no teste 9 dimensões sendo elas a somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, ansiedade fóbica, hostilidade, ideação paranóide e psicoticismo (Dimas, Pereira & Canavarro, 2013; Ferrajão, 2011) e 3 índices: índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos (Correia, 2011).	Escala de Likert

<b>Variáveis Dependentes</b>	<b>Definição</b>	<b>Operacionalização</b>	<b>Nível de medição</b>
Estima de si	A SERTHUAL é um teste que permite avaliar o conceito de autoestima do indivíduo (Brites, Pires, Nunes & Hipólito, 2014; Tap, Hipólito & Nunes, 2009).	Este teste está dividido em 5 dimensões positivas que são a autossatisfação geral, a expansão sócio-normativa, a maturidade sócio-pessoal, a valorização psíquica e intelectual e a valorização social, académica e profissional, e em 5 dimensões negativas que são elas a negação e depreciação de si, tensões relacionais, perturbação anómicas, tensões emocionais e hostilidade consigo próprio (Brites, Pires, Nunes & Hipólito, 2014; Tap, Hipólito & Nunes, 2009).	Escala de Likert

**Tabela 3**

Variáveis independentes, definição e operacionalização das mesmas e medição

<b>Variáveis Independentes</b>	<b>Definição</b>	<b>Operacionalização</b>	<b>Nível de medição</b>
Participação na Missão MINUSMA	Operação de Paz no Mali levada a cabo por um grupo de militares Portugueses durante seis meses com o objetivo da proteção dos civis, dos membros da ONU, dos militares e dos meios, com o intuito da segurança e da estabilização.	Antes e depois da missão.	Qualitativa

## **População/Amostra**

Sessenta militares portugueses da Força Aérea participaram na Missão Integrada Multidimensional de Estabilização das Nações Unidas no Mali (MINUSMA) por um período de três meses, cada grupo. Através de uma amostragem intencional, ou seja, esta amostra é caracterizada por um grupo pequeno de participantes com o intuito de especificar uma grande população (Teoria da Amostragem, 2013) obtivemos 44 militares da Proteção da Força participantes na OP do Mali, no entanto 2 dos militares foram evacuados da missão e por restrições militares não tivemos acesso aos seus protocolos, o que poderia ter sido uma mais valia para o estudo.

A maioria do grupo é do género masculino (90,9%) e solteiros (70,5%). A média de idades é de 26,4 anos (DP=5,258), variando entre o mínimo de 20 anos e o máximo de 41 anos, têm habilitações escolares entre o 10º e o 12º ano (68,2%) e são Praças (81,8%). Para a maioria (72,7%) esta é a sua primeira missão. Apenas 20 militares são do quadro permanente das Forças Armadas enquanto 81,8% são contratados. A média de tempo que estão ao serviço militar é de 5 anos e 9 meses e antes da missão do Mali o tempo médio de regresso da última missão era de 21 meses.

As principais razões que os militares apontam para participarem na missão de Paz da MINUSMA são primeiramente a vontade de ter novas experiências (n=40; 34%), seguidamente a valorização pessoal ou técnico-profissional (n=33; 28%) igualmente com o mesmo número de respostas vem a opção de conseguir ter um melhor salário (n=33; 28%), posteriormente vem os motivos humanitários ou altruístas (n=7; 5,9%) e por último mudar de funções ou de serviço (n=5; 4,2%), sendo esta uma questão que é possível assinalar mais de que uma opção.

Os militares expõem os seus sentimentos ao servir o país como orgulho (n=49; 71%), satisfação (n=19; 28%) e culpa (n=1; 1,4%), esta pergunta segue a mesma lógica que a questão acima, ou seja, pode-se seleccionar mais do que uma resposta.

## **Instrumentos**

O questionário do estudo é constituído pela folha de rosto e por uma declaração de consentimento informado seguidos dos seguintes instrumentos de avaliação:

## **Questionário de Dados Sociodemográficos**

Foi apresentado aos militares um questionário sociodemográfico que pretende recolher informações sobre o género, idade, estado civil e habilitações literárias, e sendo que é um questionário para militares existe uma especificação relativamente à carreira militar, é também questionado o acompanhamento médico, psiquiátrico e psicológico que o sujeito teve e se este toma medicamentos para o seu bem-estar psicológico, se sofreu de alguma doença ou internamento em consequência das missões ou relacionadas com o serviço militar. Por último são colocadas duas questões abertas sobre os acontecimentos mais marcantes durante a vida militar e que dificuldades foram sentidas ao regressar das missões.

## **Post traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-M – Versão Militar)**

O *PTSD Checklist* (PCL) é um instrumento de resposta rápida para avaliar a Perturbação de Stress Pós-Traumático, e foi desenvolvido por Weathers, Litz, Herman, Huska e Keane (1993) e é constituído por três versões PCL-M (Versão Militar), PCL-C (Versão Civil) e PCL-S (Versão Específica) (PTSD: National Center for PTSD, n.d.).

A PCL-M foi adaptada e validada para a população militar portuguesa por Carvalho, Pinto-Gouveia, Cunha, e Duarte (2015) é um teste de escala de Likert constituído por 17 itens, sendo 1 referente a “nada” e 5 a “extremamente”, onde se relaciona os sintomas de PTSD com as vivências militares (Regadas, 2009; Correia, 2014; Carvalho et al., 2015). Segundo o DSM-IV-TR (2002) a PCL-M está organizada em três categorias de sintomas re-experienciação, evitamento e hiper-reatividade.

A cotação do PCL-M pode ser feita através do somatório de cada um dos 17 itens divididos no Grupo B (itens 1 a 5), Grupo C (itens 6 a 12) e Grupo D (itens 13 a 17), que segundo os critérios da DSM-IV o sujeito deve incluir pelo menos um sintoma na re-experiência intrusiva, pelo menos três sintomas no evitamento/embotamento e pelo menos dois sintomas na hiper-reatividade, respetivamente aos grupos indicados (Blanchard, Alexander, Buckley, & Forneris, 1996; Correia, 2014; National Center for PTSD, 1993; Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane, 1993).

E através da contagem dos itens com score igual ou superior a 3, estando este classificado como “moderado”. Estes dois métodos combinados permitem avaliar a presença de sintomas de PSPT, segundo o DSM. Com base no estudo de Correia

(2014), a tabela 4, traduzida e adaptada pelo autor representa o ponto de corte da PCL-M, sendo a pontuação mais baixa representativa de triagem/rastreio de PSPT e a pontuação mais alta quando se tem como objetivo o diagnóstico e a minimização de falsos positivos, o que é o caso do nosso estudo.

**Tabela 4**

Pontos de corte da PCL-M

<b>Contexto</b>	<b>Rastreio</b>	<b>Diagnóstico</b>
Serviços especializados em saúde mental	48	56
Cuidados de saúde primários	25	33
Militares em missão no Iraque/Afganistão	25	28
Abuso de substâncias	36	44
Acidentes de viação	44	50

A pontuação total do teste varia entre 17 a 85, sendo a pontuação de 50 um possível indicador do diagnóstico de PSPT (Carvalho, Pinto-Gouveia, Cunha & Duarte, 2015; National Center for PTSD, 1993; Regadas, 2009;).

Weathers e colaboradores (1993) no seu estudo de validação da PCL-M apresentaram valores de *alfa de Cronbach* de .96 para os 17 itens, para o grupo B um *alfa* de .90, para o grupo C um *alfa* de .89 e para o grupo D um *alfa* de .91.

Para a população militar Portuguesa a cotação total de 17 itens apresenta valores de .96, sendo apresentada os restantes resultados na seguinte Tabela (5) com o *alfa de Cronbach*, dimensões e itens (Carvalho et al., unpublished data, 2013, citado por Carvalho, Pinto-Gouveia, Cunha & Duarte, 2015).

**Tabela 5**Dimensões, itens e *alfa de Cronbach* da PCL-M

Dimensões	Itens
<p><b>Grupo B</b> (<math>\alpha=.95</math>)</p>	<p>1- Recordações, pensamentos ou imagens perturbadoras e repetitivas do acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão</p> <p>2- Sonhos Perturbadores e repetitivos com o(s) acontecimentos(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão</p> <p>3- Agir ou sentir como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão estivesse(m) a acontecer de novo (como se o estivesse a reviver)</p> <p>4- Sentir-se muito perturbado quando algo o relembra o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão</p> <p>5- Ter reações físicas (ex.: coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando qualquer coisa se assemelha a aspetos do(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão</p>
<p><b>Grupo C</b> (<math>\alpha=.91</math>)</p>	<p>6- Evitar pensar ou falar sobre o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão ou evitar ter sentimentos relacionados com esse(s) acontecimento(s)</p> <p>7- Evitar atividades ou situações porque elas lhe relembram o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão</p> <p>8- Ter dificuldade em lembrar aspetos importantes do(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão</p> <p>9- Perda de interesse por atividades de que antes costumava gostar</p> <p>10- Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas</p> <p>11- Sentir-se emocionalmente adormecido ou incapaz de sentir afeto pelas pessoas que lhe são próximas</p> <p>12- Sentir que a sua vida futura vai acabar cedo</p>

Dimensões	Itens
<b>Grupo D</b> ( $\alpha=.92$ )	13- Ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir
	14- Sentir-se irritável ou ter ataques de fúria
	15- Ter dificuldade em se concentrar
	16- Estar “super-alerta” ou hipervigilante ou em guarda
	17- Sentir-se sobressaltado ou facilmente alarmado

No estudo de Correia (2014) com uma população de 501 militares Portugueses presentes em operações de Paz Internacionais a cotação total do *alfa de Cronbach* foi de .86, para o grupo B o *alfa* foi de .81, .80 corresponde ao *alfa* do grupo C e o Grupo D obteve um *alfa* de .72.

O presente estudo obteve um *alfa de Cronbach* total de .85.

Este teste segue as definições do DSM IV-TR que está na sua génese, e não o DSM-V que esta atualmente em curso, permitindo assim uma maior comparação com estudos já realizados por outros autores.

### **Brief Symptoms Checklist (BSI)**

O BSI foi desenvolvido por Derogatis (1982) traduzido, adaptado e validado para a população Portuguesa por Canavarro (1999) (Patião, Maroco & Leal, 2006), é um instrumento de escala Likert com 53 itens, que avalia os sintomas psicopatológicos (Pereira, et al., 2010), dividido em várias dimensões: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo (Dimas, Pereira & Canavarro, 2013; Ferrajão, 2011), estando também este inventário de sintomas psicopatológicos a avaliar a perturbação emocional recorrendo ao índice geral de sintomas, índice de sintomas positivos e total de sintomas positivos (Correia, 2011).

Derogatis (2009) num estudo com adolescentes e adultos classificou a consistência interna do BSI entre os .71 para o psicoticismo e .85 na depressão.

Através da seguinte Tabela (6) é apresentado as dimensões, os itens e o *alfa de Cronbach* correspondente ao estudo de Canavarro (2007) para a população Portuguesa.

**Tabela 6**Dimensões, itens e *alfa de Cronbach* do BSI

<b>Dimensões</b>	<b>Itens</b>
<b>Somatização</b> ( $\alpha = .80$ )	2- Sensações de tonturas ou desmaios
	7- Dores no coração ou no peito
	23- Náuseas ou indisposição de estômago
	29- Dificuldade em respirar
	30- Arrepios frios e quentes
	33- Entorpecimento ou formigueliro em partes do corpo
<b>Obsessões-Compulsões</b> ( $\alpha = .77$ )	37- Sentir fraqueza em várias partes do corpo
	5- Dificuldade em lembrar-se das coisas
	15- Sentir-se bloqueado/a ao tentar fazer as coisas
	26- Ter de verificar e tornar a verificar o que faz
	27- Dificuldade em tomar decisões
<b>Sensibilidade Interpessoal</b> ( $\alpha = .76$ )	32- Fazer-se um vazio no seu espírito
	36- Dificuldades de concentração
	20- Sentir-se facilmente ferido/a nos seus sentimentos
	21- Sentir que as pessoas não são amigáveis ou que não gostam de si
	22- Sentir-se inferior aos outros
<b>Depressão</b> ( $\alpha = .73$ )	42- Sentir-se muito consciente de si próprio/a na presença de outros
	9- Pensamentos de acabar com a vida
	16- Sentir-se só
	17- Sentir-se triste/melancólico
	18- Não sentir interesse nas coisas
<b>Ansiedade</b> ( $\alpha = .77$ )	35- Sentir-se sem esperança acerca do futuro
	50- Sentir-se sem valor
	1- Nervosismo ou agitação interior
	12- Assustar-se subitamente sem razão
	19- Sentir-se amedrontado/a
	38- Sentir-se tenso/a ou excitado/a
45- Acessos de terror e pânico	
	49- Sentir-se tão inquieto/a que não consegue ficar parado/a



<b>Dimensões</b>	<b>Itens</b>
<b>Hostilidade</b> ( $\alpha = .76$ )	6- Sentir-se facilmente aborrecido/a ou irritado/a
	13- Acesso de cólera/irritação que não consegue controlar
	40- Sentir impulsos de bater/magoar ou provocar danos a alguém
	41- Ter impulsos/vontade de partir ou esmagar coisas
<b>Ansiedade Fóbica</b> ( $\alpha = .62$ )	46- Envolver-se em discussões frequentes
	8- Sentir medo em espaços abertos
	28- Sentir medo de viajar de autocarro, metro ou comboio
	31- Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividade porque elas o/a assustam
<b>Ideação Paranóide</b> ( $\alpha = .72$ )	43- Sentir-se pouco à vontade no meio de multidões ou muita gente
	47- Sentir-se nervoso/a quando o/a deixam sozinho/a
	4- Sentir que os outros são culpados da maior parte dos seus problemas
	10- Sentir que não pode confiar na maior parte das pessoas
	24- Sentir que está a ser observado/a ou sentir que os outros falam de si
<b>Psicoticismo</b> ( $\alpha = .62$ )	48- Os outros não darem o apreço devido àquilo que faz
	51- Sentir que as pessoas podem aproveitar-se de si se você permitir
	3- Ideia de que alguém pode controlar os seus pensamentos
	14- Sentir-se sozinho/a mesmo quando está com pessoas
	34- A ideia de que deveria ser castigado/a pelos seus pecados
	44- Nunca se sentir próximo de outra pessoa
	53- Ideia de que algo está mal no seu espírito

Relativamente aos itens 11, 25, 39 e 52 estes não se incluem em uma dimensão específica, mas tendo em conta a sua importância clínica são introduzidos no índice

geral de sintomas, índice de sintomas positivos e no total de sintomas positivos (Canavarro, 2007; Correia, 2014; Derogatis, 2009).

Na nossa amostra, o *alfa de Cronbach* apresentou valores totais de .90 e .88, antes da missão e depois da missão, respetivamente.

**Tabela 7**

Dimensões e especificações do BSI

<b>Dimensões</b>	<b>Especificação</b>
<b>Índice Geral de Sintomas (IGS)</b>	Resultado associado a ligação do número de sintomas apresentados com a intensidade do mal-estar vivenciado (Canavarro, 2007)
<b>Índice de Sintomas Positivos (ISP)</b>	Média de todos os sintomas (Canavarro, 2007)
<b>Total de Sintomas Positivos (TSP)</b>	Apresenta os valores de queixas sintomáticas do indivíduo. (Canavarro, 2007)

### **Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito & UAL (SERTHUAL)**

A Escala de Estima de si (SERTHUAL), foi adaptada por Tap e Vasconcelos (2004) e validada por Tap, Hipólito, Nunes e Brites (2008) para a população Portuguesa, tendo como base Roger's Self-Esteem Scale (Correia, 2014).

O instrumento baseia-se na Abordagem Centrada na Pessoa de Rogers e avalia o conceito de autoestima ou estima de si, sendo o teste numa escala de Likert em que 1 significa “discordo totalmente” e 5 “concordo totalmente”, dividido por 30 itens de dimensões positivas (Tabela 8) e 30 itens de dimensões negativas (Tabela 9), num total de 60 itens:

**Tabela 8**

Dimensões positivas, itens positivos e *alfa de Cronbach* da SERTHUAL

<b>Dimensões Positivas</b>	<b>Itens Positivos</b>
<b>Autossatisfação geral</b> ( $\alpha=.84$ )	7- Eu sou otimista
	20- Eu tenho uma atitude positiva para comigo
	21- Eu sou assertivo (afirmativo)
	38- Sinto-me bem comigo mesmo
	45- Tenho confiança em mim mesmo
	49- Tenho uma boa opinião de mim mesmo

<b>Dimensões Positivas</b>	<b>Itens Positivos</b>
<b>Expansão sócio-normativa</b> ( $\alpha=.62$ )	40- Ficarei contente comigo mesmo se conseguir fazer grandes coisas na minha vida
	43- Sou fiel às minhas amizades
	47- Gosto de atividades em grupo
	51- Penso que todas as pessoas deveriam assumir um papel na sociedade
	52- Gostaria de participar em movimentos de solidariedade
<b>Maturidade sócio-pessoal</b> ( $\alpha=.77$ )	54- No trabalho/universidade os outros procuram a minha companhia
	2- Eu sou uma pessoa responsável
	10- Eu normalmente consigo tomar as minhas decisões e manter-me fiel a elas
	14- Sou uma pessoa racional
	16- Sou tolerante
<b>Valorização psíquica e intelectual</b> ( $\alpha=.76$ )	28- Eu sinto-me emocionalmente maduro
	41- Os meus patrões/professores estão satisfeitos comigo
	8- Eu sou sexualmente atraente
	17- Sou ambicioso
	31- Eu sou inteligente
<b>Valorização social, académica e profissional</b> ( $\alpha=.60$ )	37- Tenho um aspeto físico agradável
	44- Sinto orgulho do meu corpo
	58- Estou contente com a forma como o meu corpo se desenvolve
	5- Geralmente gosto das pessoas
	24- Eu sou amável
	27- Eu sou um bom trabalhador
	34- Eu sou bastante sociável
	53- Tenho confiança no meu futuro
	60- Estou contente com os meus resultados profissionais/escolares

**Tabela 9**Dimensões negativas, itens negativos e *alfa de Cronbach* da SERTHUAL

<b>Dimensões Negativas</b>	<b>Itens Negativos</b>
<b>Negação e depreciação de si</b> ( $\alpha=.82$ )	9- Sinto que não há ajuda possível para mim
	12- Eu sinto-me apático
	15- Tenho a sensação que não estou a enfrentar as coisas
	19- Eu não me respeito a mim próprio
	23- Sou um falhado
	32- Sinto-me sem esperança
<b>Tensões relacionais</b> ( $\alpha=.73$ )	39- Os outros desconfiam de mim
	50- As pessoas aborrecem-se quando estão na minha companhia
	55- Tenho a impressão de que faço as coisas pior do que os outros
	56- Tenho um aspeto físico pouco atraente
	57- Num grupo, gosto de tomar poucas iniciativas
59- Nos grupos tenho a sensação de isolamento	
<b>Perturbações anómicas</b> ( $\alpha=.65$ )	3- Eu tenho poucos valores e padrões próprios
	11- As minhas decisões não são tomadas por mim próprio
	25- Tenho medo de sexo
	29- Estou realmente perturbado
	33- Eu sou uma pessoa na qual não se pode confiar
35- Eu não tenho valor	
<b>Tensões emocionais</b> ( $\alpha=.67$ )	4- Tenho dificuldade em controlar a minha agressividade
	13- Eu sou impulsivo
	36- Zango-me com facilidade
	42- Acho que sou nervoso e tenso
	46- Para me sentir melhor utilizo estimulantes tais como o café, tabaco, álcool, etc.
48- Os maus resultados profissionais/escolares desencorajam-me facilmente	

<b>Dimensões Negativas</b>	<b>Itens Negativos</b>
Hostilidade consigo próprio ( $\alpha=.66$ )	<p><b>1-</b> Muitas vezes aborreço-me comigo próprio pelas coisas que faço</p> <p><b>6-</b> As minhas batalhas mais árduas são comigo próprio</p> <p><b>18-</b> Eu evito enfrentar crises ou dificuldades</p> <p><b>22-</b> Tenho dificuldades em tomar decisões</p> <p><b>26-</b> Tenho medo de falhar em qualquer coisa que quero muito</p> <p><b>30-</b> Sinto-me inseguro comigo próprio</p>

A consistência interna do teste atinge um *alfa de Cronbach* de .86, sendo que o *alfa de Cronbach* apresenta para as dimensões positivas um valor de .91 e para as dimensões negativas um resultado de .86 (Brites, Pires, Nunes & Hipólito, 2014; Tap, Hipólito & Nunes, 2009).

A Escala S.E.R.T.H.UAL utilizada no estudo de Correia (2014) obteve um *alfa de Cronbach* de .92, em que o mínimo foi de .64 para a dimensão negativa da perturbação anómicar e um máximo de .86 na dimensão positiva da autossatisfação geral. Na nossa população, o *alfa de Cronbach* apresentou valores de .87 para as dimensões positivas e de .80 para as dimensões negativas.

Para um conhecimento mais aprofundado foi utilizado um guião de entrevista para obter dados referentes a ocorrência ou prevalência de preocupações, expectativas e critérios de seleção em militares portugueses que participam na missão de Paz do Mali. Esta entrevista foi realizada a dois Praças, dois Sargentos e um Capitão.

## **Procedimentos**

Procedeu-se à elaboração do projeto de dissertação que foi devidamente aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa.

A autorização para passar os protocolos foi obtida junto da Força Aérea especificamente no Gabinete Coordenador do Comando Aéreo em Monsanto e diretamente ligado a seleção e aprontamento dos militares para a missão.

Foi pedido a autorização em Outubro de 2016 e após a devida autorização foi-nos indicado um oficial superior de ligação entre a Força Nacional Destacada pela Força Aérea para a missão do Mali e os investigadores responsáveis pelo estudo em curso. Uma semana antes da partida para a missão, deslocamo-nos à Unidade Militar de Alcochete onde os militares estavam na última fase de aprontamento para a missão. Foi-nos destinada uma sala onde foi dada uma breve explicação sobre o objetivo do estudo, sendo de seguida entregue aos militares o questionário com o devido consentimento informado, assinado pelo próprio participante. O protocolo demorou cerca de 45 a 50.

Inicialmente, foi passado o protocolo de recolha de dados ao primeiro grupo de militares de partida para a missão do Mali, pré-missão (AM). E posteriormente, foi entregue o protocolo (AM) ao segundo grupo de militares, em Janeiro. A recolha de dados, pós-missão (DM), realizada ao primeiro grupo de militares foi efectuada em Fevereiro, e por constrangimentos ligados a instituição militar os questionários do primeiro grupo (DM) não estavam todos, sendo que os militares que faltaram, do primeiro grupo, foram passados três meses depois da missão ter terminado para estes militares, em conjunto com o segundo grupo de militares (DM), tendo sido neste momento, recolhidos todos os questionários que faltavam do pós-missão. No entanto, os questionários passados ao segundo grupo e restantes do primeiro grupo, pós-missão, a recolha foi efectuada sem a presença dos investigadores, no dia da Cerimónia de Encerramento da Missão do Mali.

Ocorreu em Janeiro e em Junho a concretização de entrevistas para fins já descritos anteriormente, e consequentemente duas comunicações pessoais com a Entidade Primeiramente Responsável pela missão MINUSMA e com o Chefe de um dos grupos da PF.

Toda a informação recolhida foi tratada de forma confidencial, ao abrigo do Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011) e do Tratado de Helsínquia (2013).

Posteriormente, procedeu-se ao estudo e análise dos dados recolhidos, foi desenvolvida uma base de dados para inserir os dados, e a análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 24.0 para macOS.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $\alpha \leq .05$ . Utilizou-se o coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach* e o teste T-Student para amostras emparelhadas. Os pressupostos do teste T-Student, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição foram analisados com os testes de Shapiro-Wilk. Aceitou-se a normalidade de distribuição, de acordo com o teorema do limite central, nas amostras com dimensão superior a 30. Quando a normalidade de distribuição não estava satisfeita utilizou-se o teste de Wilcoxon.

### **PARTE III: RESULTADOS**



## 1) Caracterização da amostra

**Tabela 10**

Caracterização sociodemográfica (N= 44)

Características		N	%
<i>Género</i>	Masculino	40	90.9
	Feminino	4	9.1
<i>Estado civil</i>	Solteiro	31	70.5
	Casado	5	11.4
	Vive com companheiro(a)	8	18.2
<i>Habilitações literárias</i>	10º a 12º Ano	30	68.2
	Curso profissional	9	20.5
	Licenciatura	5	11.4
<i>Situação militar</i>	Quadro Permanente (Activo)	8	18.2
	Contratado	36	81.8
<i>Posto</i>	Oficial	1	2.3
	Sargento	7	15.9
	Praça	36	81.8
<i>1ª missão</i>	Não	12	27.3
	Sim	32	72.7
<i>Anos na Instituição Militar</i>		5.9	5.6
<i>Regresso da missão (em meses)</i>		20.9	20.3

Na Tabela 11 são apresentadas as principais razões que motivaram os militares a aceitar participar na missão de paz da MINUSMA.

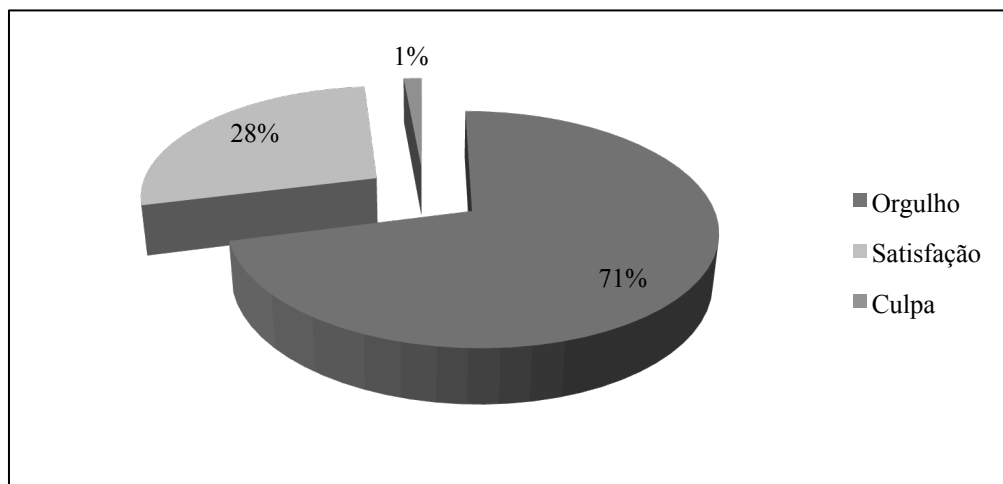
**Tabela 11**

Razões que motivaram a aceitar a missão

	Freq.	%
Vontade de ter novas experiências	40	34
Valorização pessoal ou técnico-profissional	33	28
Conseguir ter um melhor salário	33	28
Motivos humanitários ou altruístas	7	5,9
Mudar de funções ou de serviço	5	4,2
Total	118	100

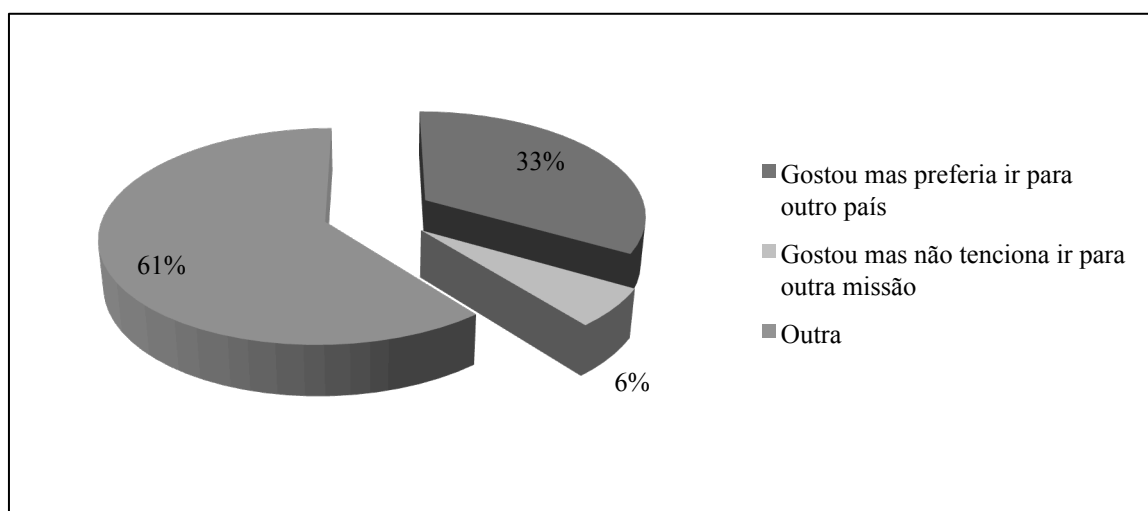
Relativamente, ao que sentiram ao servir o país nas missões de Paz, os militares classificam da seguinte forma (Figura 1):

**Figura 1** – O que sentiu ao servir o país



Sobre a MINUSMA os militares referem maioritariamente a opção ‘Outra’ (61%) onde mencionam que gostariam de repetir a missão (Figura 2).

**Figura 2** – Relativamente à sua última missão diria que...



## 2) Perturbação de Stress Pós-Traumático

Iniciou-se a análise de dados, com o cálculo da consistência interna da PCL-M, devido ao facto do mesmo apresentar valores de consistência interna inferiores a .60 no cluster de reexperienciação, optamos por o *score* total do teste que apresenta, quer no momento T0 quer no momento T1, uma boa consistência interna.

**Tabela 12**

Consistência interna da PCL-M

	T0	T1	Nº de itens
Reexperienciação	.100	.743	5
Evitamento	.764	.749	7
Hiper-reatividade	.893	.753	5
Total	<b>.847</b>	<b>.851</b>	17

**Tabela 13**

Clusters da PCL-M

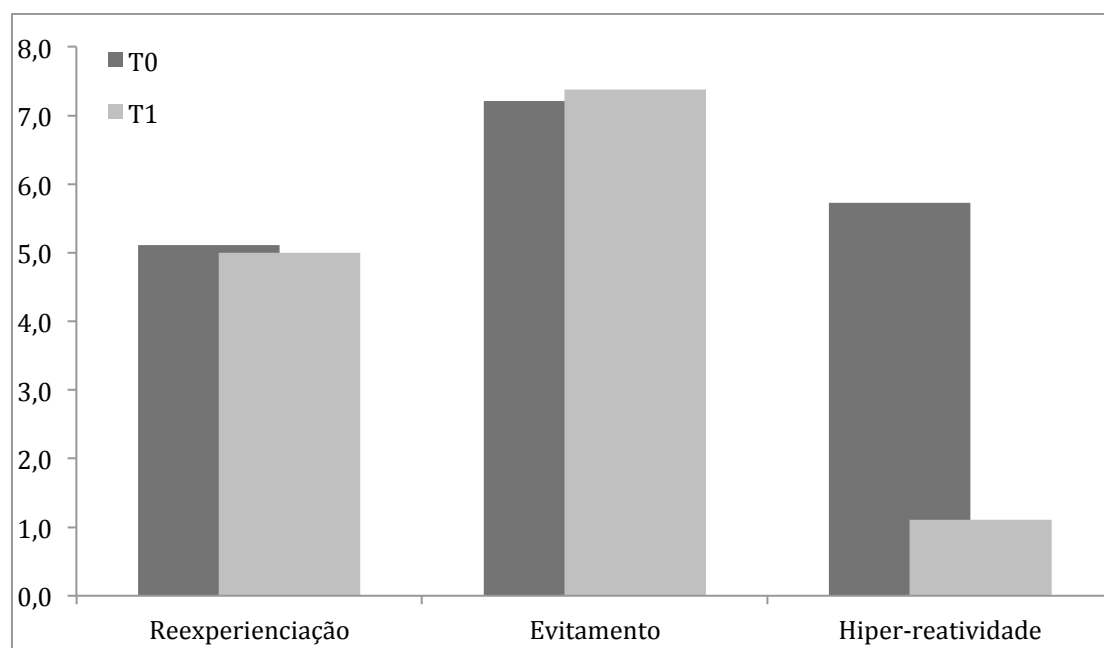
	T0		T1		Z
	M	DP	M	DP	
Reexperienciação	5.11	0.32	5.00	0.00	-1.732
Evitamento	<b>7.21</b>	<b>0.77</b>	<b>7.38</b>	<b>1.26</b>	<b>-0.412</b>
Hiper-reatividade	<b>5.73</b>	<b>2.25</b>	<b>1.11</b>	<b>0.34</b>	<b>-5.103***</b>

•  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Os valores do PCL-M hiper-reatividade são mais baixos no pós-missão (M=1,11; DP=0,34) no que na pré-missão (M=5,73; DP=2,25) sendo a diferença estatisticamente significativa,  $Z = -5.103$ ,  $p = .001$  (Tabela 13).

Apesar, das diferenças não serem estatisticamente significativas, o *cluster* de evitamento apresentou valores superiores no pós-missão (M=7,38; DP=1,26) no que na pré-missão (M=7,21; DP=0,77) ( $Z=-0,412$ ;  $p=.680$ ) (Tabela 13).

**Figura 3 – PCL-M T0 comparativamente à PCL-M T1**



Obteve-se os seguintes resultados para com o instrumento PCL-M, os valores totais são mais baixos na pós-missão (M=17,63; DP=2,18) no que na pré-missão (M=17,96; DP=2,98) embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas  $Z=1,549$ ;  $p=0,121$  (Tabela 14).

**Tabela 14**

PCL-M valores totais

	T0		T1		Z
	M	DP	M	DP	
PCL-M	17.96	2.98	17.63	2.18	1.549

### 3) Sintomas Psicopatológicos

Seguidamente, calculou-se a consistência interna das escalas do BSI com recurso ao *Alfa de Cronbach*. Alguns valores da BSI podem ser considerados como muito fracos, por esse motivo utilizamos o *score* total do teste que apresenta uma consistência interna muito boa em T0 e boa em T1 (Tabela 15).

**Tabela 15**

Consistência interna do BSI

	T0	T1	Nº de itens
Somatização	.433	--	7
Obsessões e compulsões	.558	.616	6
Sensibilidade interpessoal	.318	.009	4
Depressão	.766	.466	6
Ansiedade	.402	.692	5
Hostilidade	.702	.537	5
Ansiedade fóbica	-.030	-.023	5
Ideação paranoide	.320	.797	5
Psicoticismo	.808	-.043	5
Total	<b>.903</b>	<b>.875</b>	53

Observamos as seguintes diferenças estatisticamente significativas, o *cluster* obsessões-compulsões apresenta valores inferiores na pós-missão (M=0,24; DP=0,932) comparativamente à pré-missão (M=0,50; DP=1,254) ( $t(41)=2,127$ ,  $p=0,040$ ). Igualmente, no *cluster* ansiedade, os valores são significativamente mais baixos na pós-missão (M=0,26; DP=1,106) no que na pré-missão (M=0,74; DP=1,251) ( $t(41)=2,055$ ,  $p=0,046$ ) (Tabela 16).

**Tabela 16**

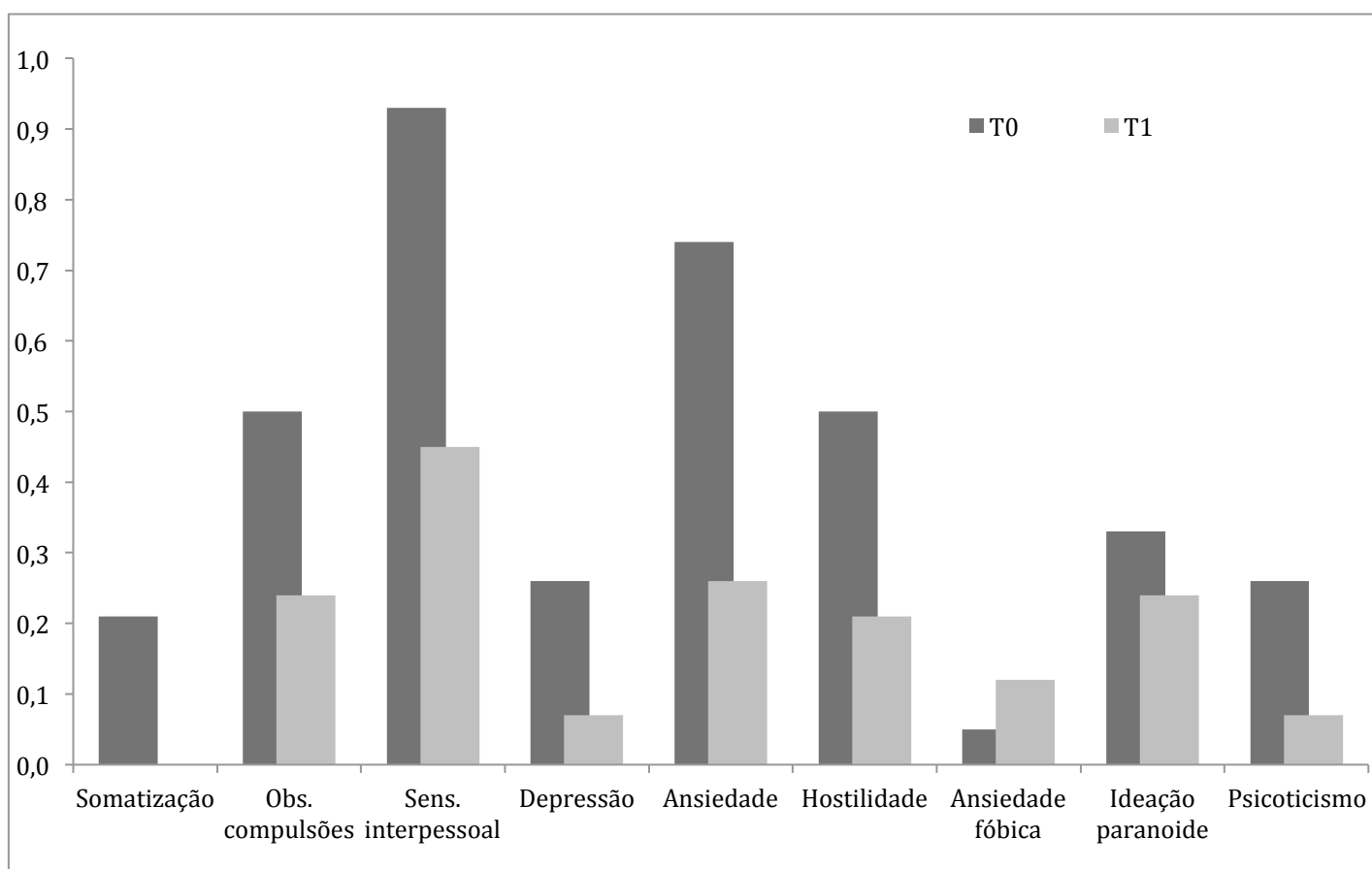
Dimensões do BSI

	T0		T1		t
	M	DP	M	DP	
Somatização	0,21	0,750	0,00	0,000	1,851
Obsessões e compulsões	<b>0,50</b>	<b>1,254</b>	<b>0,24</b>	<b>0,932</b>	<b>2,127*</b>
Sensibilidade interpessoal	0,93	1,644	0,45	1,109	1,933
Depressão	<b>0,26</b>	<b>0,912</b>	<b>0,07</b>	<b>0,342</b>	<b>1,346</b>
Ansiedade	<b>0,74</b>	<b>1,251</b>	<b>0,26</b>	<b>1,106</b>	<b>2,055*</b>
Hostilidade	<b>0,50</b>	<b>1,293</b>	<b>0,21</b>	<b>0,717</b>	<b>1,355</b>
Ansiedade fóbica	0,05	0,216	0,12	0,504	-0,903
Ideação paranoide	0,33	0,816	0,24	0,790	0,813
Psicoticismo	0,26	1,037	0,07	0,261	1,185

•  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Sobre as diferenças estatisticamente não significativas, os resultados demonstram que no *cluster* de depressão os valores são inferiores no pós-missão (M=0,07; DP=0,342) no que na pré-missão (M=0,26; DP=0,912) ( $t(41)=1,346$ ,  $p=.186$ ). Sendo os resultados semelhantes no *cluster* de hostilidade, o pós-missão (M=0,21; DP=0,717) os valores são inferiores a pré-missão (M=0,50; DP=1,293) ( $t(41)=1,355$ ,  $p=.183$ ) (Tabela 16).

**Figura 4 – BSI T0 comparativamente ao BSI T1**



Para avaliar se a sintomatologia associada tem níveis mais elevados na pós-missão, os investigadores utilizaram o Índice Geral de Sintomas (IGS), o Índice de Sintomas Positivos (ISP) e o Total de Sintomas Positivos (TSP), e encontraram as seguintes diferenças estatisticamente significativas: no Índice Geral de Sintomas (IGS) os valores são significativamente mais baixos na pós-missão (M=0,036; SEM=0,014) do que na pré-missão (M=0,078; SEM= 0,022) ( $t(41)=3,189$ ,  $p=0,003$ ). No Total de Sintomas Positivos (TSP) os resultados mostram-se mais elevados na pré-

missão (M=2,81; SEM=0,77) do que no pós-missão (M=1,33; SEM=0,61) ( $t(41)=3,272, p=0,002$ ) (Tabela 17).

**Tabela 17**

BSI – Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP)

	T0		T1		t
	M	DP	M	DP	
IGS	,078	,144	,036	,091	3,189**
ISP	,698	,985	,47	,941	1,376
TSP	2,81	4,99	1,33	3,98	3,272**

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

#### 4) Estima de Si

Posteriormente, avaliámos a consistência interna do teste SERTHUAL e obtivemos valores muito fracos para alguns dos *clusters* do teste, optamos por o *score* total das dimensões positivas, onde a consistência interna pode ser considerada como boa e a nas dimensões negativas como razoáveis no T0 e boa no T1.

**Tabela 18**

Consistência interna da SERTHUAL

	T0	T1	Nº de itens
<b><i>Dimensões Positivas</i></b>	<b>.838</b>	<b>.869</b>	<b>30</b>
Autossatisfação Geral	.753	,862	6
Expansão socio normativa	.537	.679	6
Maturidade socio-pessoal	.652	.655	6
Valorização psíquica-intelectual	.785	.702	6
Valorização social-académica e profissional	.657	.732	6
<b><i>Dimensões Negativas</i></b>	<b>.760</b>	<b>.800</b>	<b>30</b>
Negação e depreciação si	.665	.391	6
Tensões relacionais	.754	.651	6
Perturbações anómicas	.281	.357	6
Tensões emocionais	.694	.701	6
Hostilidade consigo próprio	.531	.702	6

Observou-se uma melhoria estatisticamente significativa nas dimensões positivas da autoestima na pós-missão (M=25,59; SEM=0,35) para a pré-missão (M=24,92; SEM=0,28) ( $t(41)=2,077$ ,  $p=0,044$ ) (Tabela 19).

**Tabela 19**

Dimensões Positivas da SERTHUAL

	T0		T1		t
	M	DP	M	DP	
Dimensões positivas	24.92	1.79	25.59	2.26	2.077*

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

Relativamente as dimensões negativas, verificou-se que os resultados são estatisticamente significativos, tendo-se observado valores mais baixos na pós-missão (M=8,53; SEM=0,327) do que na pré-missão (M=9,08; SEM=0,302) ( $t(41)=1,78$ ,  $p=0,83$ ) (Tabela 20).

**Tabela 20**

Dimensões Negativas da SERTHUAL

	T0		T1		t
	M	DP	M	DP	
Dimensões negativas	9.08	1.95	8.53	2.12	1.777



## **PARTE IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

## Discussão de Resultados

Após o tratamento e a análise estatística, a apresentação dos resultados obtidos foi feita no capítulo anterior. Concluindo que nenhuma das hipóteses propostas foi validada, através da literatura chegámos às seguintes conclusões.

A consistência interna da nossa amostra, nos testes PCL-M, BSI e SERTHUAL não obtém os valores e parâmetros recomendados em diversos estudos. Segundo Pestana e Gageiro (2014) se o *alfa de Cronbach* for inferior a .60, o teste não apresenta consistência interna, o que sucedeu em algumas das dimensões dos instrumentos utilizados.

Por estes motivos, utilizámos os *scores* totais dos testes PCL-M, BSI e SERTHUAL para proceder à análise estatística, sendo a consistência interna global do teste PCL-M considerada como boa, o BSI apresenta uma consistência interna considerada muito boa, em T0 e boa em T1 e a SERTHUAL apresenta valores de consistência interna bons em T0 e razoáveis em T1.

Existe uma diferença significativa em diversos estudos de militares regressados de operações de Paz, a maioria dos estudos apontam para uma prevalência de PSPT, no máximo de 45%, no entanto outras investigações mostram um mínimo de 1,3% (Osório & Maia, 2010). No nosso estudo, não existe dados que comprovem o desenvolvimento de PSPT após a missão, mostrando aliás que os níveis de PSPT estavam mais elevados na pré-missão (M=17,96; DP=2,98), comparativamente à pós-missão (M=17,63; DP=2,18), embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Relativamente, aos *clusters* da PCL-M, a hiper-reatividade apresenta diferenças estatisticamente significativas, embora sejam igualmente mais baixos no pós-missão (M=1,11; DP=0,34) no que na pré-missão (M=5,73; DP=2,25). E no evitamento, as diferenças não são estatisticamente significativas, os valores apresentados são mais altos no pós-missão (M=7,38; DP=1,26) no que na pré-missão (M=7,21; DP=0,77).

Algumas das principais diferenças apresentadas para a variância de valores referentes à percentagem de PSPT é o número de participantes, os questionários utilizados, o tipo de militares avaliados e quando foram avaliados, o tempo de duração das missões, os teatros de operações e a exposição ao combate que os militares tiveram (Osório & Maia, 2010).

No estudo de Helmer e colaboradores (2007, *cit. in* Osório & Maia, 2010) estes não obtêm resultados conclusivos, sendo a sua amostra de 56 militares, semelhante à nossa amostra de 44 militares. Na perspectiva de Krejcie e Morgan (1970) as amostras das investigações para poderem reproduzir a população que representam teriam que ter um N igual ou superior a 384.

Em relação aos questionários utilizados, o método mais eficaz para avaliar e identificar os militares que demonstram sintomas de PSPT seria as entrevistas, no entanto, a maioria dos estudos desenvolvidos usam questionários de autorrelato (Jablensky, 2002, *cit in*. Osório & Maia, 2010).

Atendendo que este estudo é um estudo longitudinal e com base no estudo de Grieger e colaboradores (2006) os militares que demonstraram não terem indícios de PSPT no primeiro mês, foram diagnosticados com PSPT, no sétimo mês. Corroborando esta análise, está o estudo de Bliese, Wright, Adler, Thomas e Hoge (2007), estes investigadores chegaram à conclusão que os indicadores de PSPT aumentavam à medida que o tempo passava, elucidando para o facto de no regresso os militares apresentarem sintomas de PSPT avaliados em 1,39% e passados 120 dias o número de sintomas era de 4,8%. Fazendo alusão para a ocorrência de PSPT depois de vários meses ou até anos, após o acontecimento traumático.

Segundo Osório e Maia (2010), com base no estudo de Smith e colaboradores (2008), existem diferenças ao nível da preparação dos militares para as missões de Paz, sendo que o mesmo estudo sugere que os militares da Força Aérea têm menos tendência a desenvolverem PSPT comparativamente a outros ramos das Forças Armadas, no entanto o estudo de Smith e colaboradores (2008) não se encontra disponível para uma justificação mais fundamentada.

No nosso caso, existe também o fator tempo que é favorável aos militares, sendo uma das primeiras missões em que o tempo de prevalência em Teatro de Operações é de três meses, e sendo o período considerado crítico numa missão de Paz, o quarto e quinto mês (Chefe de Grupo, 2017; EPR, 2017), os militares participantes no nosso estudo não chegaram ao período crítico da missão, podendo ser justificativo do não desenvolvimento de sintomas de PSPT.

Castro, Adler e Huffman (1999, *cit. in* Osório & Maia, 2010) referem que a percentagem de PSPT aumenta conforme aumenta o tempo da missão, estes resultados foram obtidos num estudo realizado com militares Norte-Americanos, na Bósnia.

Com as fundamentações apresentadas, parece-nos que existem razões suficientes para explicar a divergência de resultados apresentados pelo estudo.

Seguidamente, pretende-se elucidar sobre os valores obtidos com o BSI, como referido anteriormente, este apresenta valores de consistência interna em algumas dimensões considerados como fracos, na análise feita às dimensões, o *cluster*, obsessões-compulsões apresenta diferenças estatisticamente significativas com valores mais elevados na pré-missão (M=0,50; DP=1,254) do que na pós-missão (M=0,24; DP=0,932). Nas diferenças estatisticamente não significativas, o *cluster* hostilidade obtém resultados inferiores na pós-missão (M=0,21; DP= 0,717) comparativamente à pré-missão (M=0,50; DP=1,293).

Estes resultados partem da não existência de sintomatologia associada e são também justificados pelo que foi exposto acima, ou seja, os militares não apresentam sintomas de PSPT, logo demonstra-se o mesmo acontecimento na sintomatologia associada avaliada pelo teste BSI (Ferrajão, 2010).

Relativamente à autoestima da SERTHUAL, os militares apresentam valores mais elevados nas dimensões positivas após a missão (M=25,59) para a pré-missão (M=24,92), e inferiores nas dimensões negativas na pós-missão (M=8,53) do que na pré-missão (M=9,08).

Os militares apresentam uma boa estima de si, ou seja, uma boa relação entre o *self* auto-percepcionado, e, o *self* ideal (Tap, Hipólito & Nunes, 2009). Segundo Rogers (2000) isto pressupõe particularidades específicas de uma favorável adaptação psicológica, caracterizada pela divergência mínima das motivações e dos objetivos que os militares tinham para a missão.

Os militares da MINUSMA apontam com uma percentagem de 34% de vontade de terem novas experiências, seguidamente de 28% com a motivação de uma valorização pessoal ou técnico-profissional e com um melhor benefício salarial, classificam o que sentiram ao servir o país com orgulho (71%) e satisfação (28%), ou seja, existiu da parte dos militares da Proteção da Força um sentimento de dever cumprido com a realização da OP e uma capacidade para reconhecerem a missão e a guerra como uma realidade desfavorecida, sobrepondo assim os aspetos positivos, como a realização de novas experiências e novos conhecimentos profissionais e pessoais, aos aspetos negativos, aumentando assim a sua autoestima, o que significa uma diminuição da incongruência entre o *self* percebido e o *self* desejado, sendo este

processo indicador de uma evolução positiva e terapêutica (Correia, 2014; Hipólito, 2011; Rogers, 2000).

Outro dos fatores que pode ter influenciado a diferença entre a pré-missão e a pós-missão é o facto de os questionários na pré-missão terem sido passados com a presença dos investigadores e na pós-missão os investigadores não estiveram presentes, também devido ao evento que se realizava nesse dia, a Cerimónia de Encerramento da missão do Mali com todos os militares participantes da Protecção da Força. Devido à Cerimónia, à presença dos familiares e ao facto dos investigadores não estarem presentes, as respostas por parte dos inquiridos podem ter levado à automatização das mesmas, passando estas a serem de conveniência (Silva & Nascimento, 2014).

## **PARTE V – CONCLUSÃO**

*“A opinião de um profissional: por mais que se saiba, por mais que se treine, por mais que se antecipe, nas ‘coisas da guerra’ haverá sempre insuficiências e nunca se está totalmente preparado.”*

(Machado, 2011a, p.3)

## **Conclusão**

As missões da ONU têm particularidades que aumentam potencialmente o risco destas serem mal sucedidas, apesar dos procedimentos e das regras de empenhamento serem semelhantes para todos os países, o facto dos militares terem que trabalhar em parceria com outros militares que não têm o mesmo tipo de formação e até mesmo de acesso à educação, pode constituir uma barreira para explicar determinadas ações que não possam cometer durante a missão (EPR, 2017).

A ONU tem algumas limitações na realização das Operações de Paz, devido ao facto de ter que lidar com os Estados-soberanos, pois estes têm capacidade para intervir nas missões, cativados pelos mais variados interesses ou por imposição de um Estado-potência (Filho, 2004).

Os militares participantes em missões de Paz podem vir a desenvolver Perturbação de Stress Pós-Traumático, por essa razão é essencial um maior número de psicólogos e psiquiatras, na especificação, investigação, no apoio e no tratamento aos combatentes que vivenciam o acontecimento traumático em cenário de guerra (Caldeira, 2011).

É também de fundamental importância o apoio psicológico àqueles que demonstram sinais de terem desenvolvido traumas e sintomas de PSPT, e que por isso são sujeitos a um processo de avaliação extensivo e intensivo, existindo a possibilidade de o militar sofrer uma retraumatização (Pereira, et al., 2010).

Segundo a Entidade Primeiramente Responsável (2017), os resultados obtidos foram muito positivos, a formação e isolamento dos militares que iam para missão conquistou resultados favoráveis. Todos os militares estavam preparados para a resposta imediata em território hostil, e todos eles estavam dispostos a retomar novamente à missão. As diferenças presentes na formação e treinamento dos militares da Força Aérea, como a preparação, a disciplina, a união do grupo e a chefia, contribuem para a redução de situações que potenciam o desenvolvimento de PSPT,

assim como de sintomatologia associada à perturbação e a baixos níveis de autoestima (Osório & Maia, 2010).

O facto de a MINUSMA ser das primeiras missões em que os militares estão fora durante três meses, comparativamente a missões em que os militares estão fora durante seis a nove meses, parece ter influenciado positivamente (Chefe de grupo, 2017) os resultados obtidos para o não desenvolvimento de PSPT, sintomatologia associada ao stress e uma baixa autoestima. Parece-nos este um dos fatores de grande importância para a preparação de missões futuras.

“É fundamental o acompanhamento dos militares em missão, antes, durante e depois desta” (EPR, 2017).

### **Limitações**

Uma das maiores limitações deste estudo, é a população estudada, os militares e as suas missões de Paz (Chambel & Oliveira-Cruz, 2012).

Como foi dito anteriormente, os questionários ao segundo grupo foram passados no dia da Cerimónia de Encerramento da missão do Mali, sem a presença dos investigadores, o que significa que se existissem dúvidas perante alguma questão, essa dúvida não iria ser colocada o que pode gerar respostas de conveniência. Por outro lado, sendo um dia importante e de grandes emoções, como é a Cerimónia de Encerramento da Missão, e estando a família desses militares presentes, existe uma certa necessidade de responder o mais rápido possível aos questionários (Silva & Nascimento, 2014).

Segundo Marôco (2014), as amostras emparelhadas apresentam inconvenientes, pelo facto de o sujeito ter que responder ao mesmo questionário duas vezes, o que pode em certo momento da avaliação, aumentar ou diminuir o interesse deste em participar na investigação.

Outra limitação sentida, está relacionada com a inserção de dados e o tratamento dos mesmos, pois o facto do PCL-M se identificar mais com os militares que já tinham realizado missões, na globalidade os militares que iam pela primeira vez numa Operação de Paz não responderam a este questionário (n=14), visto as perguntas serem muito específicas de terem já vivenciado acontecimentos traumáticos em



missões humanitárias, mesmo que os investigadores tenham referido a necessidade/importância de todos responderem aos questionários.

### **Estudos Futuros**

Este estudo recolheu material para uma análise qualitativa que será feita posteriormente e publicada noutra trabalho. Tendo também como objetivo o esclarecimento de algumas das questões que ficaram em aberto com o presente estudo e para uma melhor compreensão dos resultados.

Seria interessante comparar militares em teatro de operações com maior risco (ex.: Afeganistão/República Centro-Africana), com os militares em OP de menor risco (ex.: Timor), de modo a aferir como a motivação para cada missão pode ter implicações no plano psicológico.

Parece-nos relevante a avaliação dos militares antes, durante e depois de uma missão. Como também estudar e analisar os militares meses depois da missão, para entender se os sintomas que apresentavam depois da missão se mantêm, ou melhoraram ou pioraram.

## Referências Bibliográficas

- Agostinho, M. (2010). Minimizando as Limitações do Tratamento Psicológico mais Eficaz (Exposição Prolongada) no Tratamento da Perturbação de Stress Pós-Traumático. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 305-317.
- Almeida, L. & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (4º Ed). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Anunciação, C., Pinto, A. & Lima, M. (2011). Estratégias de *Coping* em Combatentes da Guerra Colonial Portuguesa com Perturbação Pós-Stress Traumático – Estudo Comparativo. *Revista de Psicologia Militar*, 20, 27-41.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA). (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Versão Revista*. (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi.
- Barbudo, M. (2013). *Vivências de Militares em Missões Internacionais: O Impacto nas Relações Conjugais*. Dissertação (Mestrado). Universidade de Lisboa.
- Barbudo, M., Francisco, R. & Santos, R. (2014). Vivências de Militares em Missões Internacionais: O Impacto nas Relações Conjugais. *Revista de Psicologia Militar*, 23, 9-35.
- Berdal, M. (1999). As Operações de Manutenção da Paz das Nações Unidas e o Uso da Força: A Impossibilidade de Evitar Decisões Difíceis. *Nação e Defesa*, 91 (2), 45-64.
- Blanchard, E., Jones-Alexander, J., Buckley, T. & Forneris, C. (1996). Psychometric Properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34 (8), 669-673.
- Bliese, P., Wright, K., Adler, A., Thomas, J. & Hoge, C. (2007). Timing of Postcombat Mental Health Assessments. *Psychological Services*, 4, 3, pp. 141-148.
- Branco, C. (2015). A Participação Portuguesa em Missões de Paz da ONU. *Relações Internacionais*, 47, 101-126.
- Brites, R., Pires, M., Nunes, O. & Hipólito, J. (2014). *Escala de Estima de Si – S.E.R.T.H.UAL – Versão Reduzida: Estudos de Validação*. Recuperado em Dezembro de 2016, de [http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/1901/1/artigo%20valida%C3%A7%C3%A3o%20serthual%20reduzida\\_v1%20submetida.pdf](http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/1901/1/artigo%20valida%C3%A7%C3%A3o%20serthual%20reduzida_v1%20submetida.pdf).

- Brito, L. (2010). NATO e União Europeia – A evolução Conceptual. *Revista Militar*, 2505, 1027-1051.
- BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos. Relações, Desenvolvimento & Saúde. Recuperado em Dezembro de 2016, de <http://www.fpce.uc.pt/saude/bsi.htm>
- Caldeira, C. (2011). *Programa de Intervenção: Perturbação de Stress Pós-Traumático*. Psicologia: O Portal dos Psicólogos.
- Canavarro, M. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). In Simões, M., Machado, C., Gonçalves, M. & Almeida, L. *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a População Portuguesa*. Vol. III. Coimbra: Editora Quarteto. Pp. 305-330.
- Capela, C. (2016). *Intervenção Precoce com Jovens Mães – Implementação de um Programa de Formação Parental*. Dissertação (Mestrado). Universidade Fernando Pessoa.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação – Guia para Auto-Aprendizagem*. (2º Ed). Universidade Aberta. Disponível em, [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39595889/MIC-Carmo\\_e\\_Ferreira.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1510234362&Signature=cuzc%2FhEes3CwylcptgSkQIT3eZY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMetodologia\\_da\\_Investigacao.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/39595889/MIC-Carmo_e_Ferreira.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1510234362&Signature=cuzc%2FhEes3CwylcptgSkQIT3eZY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMetodologia_da_Investigacao.pdf).
- Carvalho, T. & Regadas, D. (2010). Experiências de Guerra/Combate e Sintomatologia Associada à Perturbação Pós-Stress Traumática, em Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 233-257.
- Carvalho, T., Cunha, M. & Pinto-Gouveia, J. (2013). *A Estrutura Latente da Versão Portuguesa da PTSD Checklist-Militar Version (PCL-M)*. Conference: 7th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies: Bringing Cultures Together for a Better Quality of Life. Recuperado em Dezembro de 2016, de [https://www.researchgate.net/publication/257655278\\_A\\_estrutura\\_latente\\_da\\_versao\\_Portuguesa\\_da\\_PTSD\\_Checklist-Military\\_Version\\_PCL-M](https://www.researchgate.net/publication/257655278_A_estrutura_latente_da_versao_Portuguesa_da_PTSD_Checklist-Military_Version_PCL-M)
- Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. & Duarte, J. (2015). Portuguese Version of the PTSD Checklist-Military Version (PCL-M) – II: Diagnostic Utility. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37, 55-62.
- Castaño, D. (2015). Portugal e a ONU: A Primeira Aproximação. *Relações Internacionais*, 47, 9-38.

- Centro de Notícias da ONU (n.d.). *Conselho de Segurança Aprova por Unanimidade a Nova Missão de Manutenção de Paz da ONU no Mali*. Recuperado em Dezembro de 2016, de <http://www.unric.org/pt/actualidade/31110-conselho-de-seguranca-aprova-por-unanimidade-a-nova-missao-de-manutencao-de-paz-da-onu-no-mali>
- Chambel, M. & Oliveira-Cruz, F. (2012). A Ruptura do Contracto Psicológico e o Desenvolvimento do Burnout: Um Estudo Longitudinal com Militares em Missão de Paz. *Revista de Psicologia Militar*, 21, 9-30.
- Chefe de Grupo (2017, Janeiro). Comunicação pessoal. Base Aérea do Montijo.
- Cordeiro, A., Pena, P. & Louro, M. (2017). Morreu um Militar Português em missão no Mali. *Público*. Disponível em, <https://www.publico.pt/2017/06/19/politica/noticia/morreu-um-militar-portugues-em-missao-no-mali-1776143>. Acedido a 8 de Janeiro de 2018.
- Correia, A. (2011). *Stress Parental, Perturbação Emocional e Estratégias de Confronto em Mães de Crianças com Fibrose Quística e com Diabetes*. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Psicologia: Universidade de Lisboa.
- Correia, A. (2014). *Operações de Paz e Stress Pós-Traumático (SPT) em Militares Portugueses*. Tese (Doutoramento). Universidade Autónoma de Lisboa.
- Coutinho, C. (2006). *Aspectos Metodológicos da Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal (1985-2000)*. Universidade do Minho. Disponível em, <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6497/1/Clara%20Coutinho%20AFIRSE%202006.pdf>.
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Edições Almedina.
- Craveiro, M. (2007). *Formação em contexto: um estudo de caso no âmbito da pedagogia da infância*. Tese (Doutoramento). Universidade do Minho.
- Cruz, A. (2016). Portugal na Relação Transatlântica. *Revista Militar*, 2568, 57-62.
- Decreto-Lei n.º 233/96 de 7 de Dezembro do Ministério da Defesa Nacional*. Diário da República: I série, No 283 (1996). Acedido a 17 de Maio de 2017. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Decreto-Lei n.º 50/2000 de 7 de Abril do Ministério da Defesa Nacional e da Saúde*. Diário da República: I série A, No 83 (2000).
- Derogatis, L. (2009). *Brief Symptom Inventory (BSI)*. Disponível em, <http://escola.w3.pt/spss/extra/BriefSymptomInventory.pdf>.

- Despacho (extrato) n°14708/2016 de 6 de Dezembro do Ministro da Defesa Nacional.*  
Diário da República: II série, No 233 (2016). Acedido a 17 de Maio de 2017.  
Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Diário de Notícias (2017). *Militar Morto no Mali é 20.º baixa em missões no Estrangeiro desde 1992.* Disponível em, <https://www.dn.pt/lusa/interior/militar-morto-no-mali-e-20o-baixa-em-missoes-no-estrangeiro-desde-1992-8574213.html>. Acedido a 8 de Janeiro de 2018.
- Diário de Notícias (2017). *Portugal envia 160 homens para o Afeganistão a partir de abril de 2018.* Disponível em, <https://www.dn.pt/portugal/interior/portugal-envia-forca-de-160-homens-para-o-afeganistao-a-partir-de-abril-de-2018---ministro-8773983.html>.
- Dias, C. (2015). *O Militar Português nas Operações de Apoio à Paz: Qual o impacto dos indutores de desconforto associados à missão e à família na sintomatologia Psicológica?* Dissertação (Mestrado). Universidade de Lisboa.
- Dimas, I., Pereira, M. & Canavarro, M. (2013). Ajustamento Psicossocial, Ajustamento Diádico e Resiliência no Contexto de Desemprego. *Análise Psicológica*, 1 (XXXI), 3-16.
- Dinis, R. & Pereira, H. (2014). Os pilotos Top Gun da Força Aérea Portuguesa. *Observador*. Disponível em, <http://observador.pt/2014/10/31/pilotos-top-gun-da-forca-aerea-portuguesa/>.
- Dougall, A. & Baum, A. (2011). Stress, Health, and Illness. In Baum, A., Revenson, T. & Singer, J. *Handbook of Health Psychology*. London: Routledge (pp. 53-78). Retirado de, <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9780203804100.ch3>.
- Durand, V. & Barlow, D. (2010). *Essentials of Abnormal Psychology*. (5º ed). Wadsworth: Cenagage Learning.
- Eiras, C. (2011). *Qualidade de Vida em Doentes com Polineuropatia Amiloidótica Familiar Tipo 1 Após Três Anos do Transplante Hepático e sua Relação com a Psicopatologia*. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica Portuguesa.
- Entidade Primeiramente Responsável [EPR] (2017, Junho). Comunicação pessoal. Lisboa.

- Estado-Maior-General das Forças Armadas [EMGFA] (2012). *ONU – UNMIT (United Nations Integrated Mission in Timor-Leste)*. Disponível em, <http://www.emgfa.pt/operacoes/missoes/timor-unmit>.
- Exército Português (2014). CPAE – 1960/2014 – Mais de Meio Século a Servir o Exército e Portugal. Disponível em, [https://assets.exercito.pt/SiteAssets/CPAE/CPAE\\_JE\\_24OUT14%20\(com%20altera%C3%A7%C3%B5es%20propostas\)\(sem%20visualiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20altera%C3%A7%C3%B5es\).pdf](https://assets.exercito.pt/SiteAssets/CPAE/CPAE_JE_24OUT14%20(com%20altera%C3%A7%C3%B5es%20propostas)(sem%20visualiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20altera%C3%A7%C3%B5es).pdf).
- Expresso (2016). *Portugal termina missão militar no Kosovo ao fim de 18 anos*. Disponível em, <http://expresso.sapo.pt/sociedade/2016-10-08-Portugal-termina-missao-militar-no-Kosovo-ao-fim-de-18-anos>.
- Faganello, P. (2013). *Operações de Manutenção da Paz da ONU*. Brasília: FUNAG.
- Faria, M. (1993). *Comunicação Individual e Comunicação Social (A sua Relação com o Apoio Social, Auto-Conceito, Temperamento e Êxito)*. Dissertação (Mestrado). Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Fernandes, E. & Maia, A. (2000). Quando a Guerra Parece não ter Fim: Uma Intervenção Psicoterapêutica em Perturbação Stress pós-Traumático de Guerra. *RIPCS/IJCHP*, 1 (2), 379-387.
- Ferrajão, P. (2010). A Experiência em Missões Internacionais de Paz: Estudo do Funcionamento Mental e Coesão Grupal nos Militares da GNR. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 181-199.
- Ferrajão, P. (2011). Traços de Personalidade e Exposição ao Trauma como Preditores de Sintomas de Stress Pós-Traumático: Estudo com Militares Participantes numa Missão Internacional de Paz. *Revista de Psicologia Militar*, 20, 9-25.
- Filho, P. (2004). Segurança Seletiva no pós-Guerra Fria: Uma Análise da política e dos Instrumentos de Segurança das Nações Unidas para os Países Periféricos – O Caso Africano. *Revista Brasileira de Política Internacional*, 47 (1), 31-50.
- Fink, G. (2010). Stress: Definition and History. *Stress, Definitions, Mechanisms, and Effects Outlined* (pp. 549-555).
- Foley, C. (2013). The Evolving Legitimacy of Humanitarian Interventions. *SUR – International Journal on Human Rights*, 75-93. Disponível em, [www.surjournal.org](http://www.surjournal.org).

- Força Aérea Portuguesa (2016). *Portugueses comandam o “Campo Bifrost” em Bamako, Mali*. Recuperado em Março de 2017, de <http://www.emfa.pt/www/noticia-1236-portugueses-comandam-o-quot-campo-bifrost-quot-em-bamako-mali>.
- Força Aérea Portuguesa (n.d.). *Núcleo de Operações Táticas de Projeção*. Disponível em, <http://www.emfa.pt/www/unidade-83-nucleo-de-operacoes-taticas-de-projecao>.
- Furtado, J. (2001). A Constructivist method for health evaluation. *Ciências & Saúde Coletiva*, 6 (1), 165-181.
- Gates, M., Holowka, D., Vasterling, J., Keane, T., Marx, B. & Rosen, R. (2012). Posttraumatic Stress Disorder in Veterans and Military Personnel: Epidemiology, Screening, and Case Recognition. *Psychological Services*, 9, (4), 361-382.
- Gomes, M. (2014). *Estima de Si e Relação Conjugal de Pessoas Idosas com Deficiência Auditiva*. Dissertação (Mestrado). Universidade Autónoma de Lisboa.
- Gonçalves, S. & Neves, J. (2010). Bem-Estar Subjectivo nos Profissionais de Polícia e Militares: Comparação entre Grupos Profissionais e Diferentes Países Europeus. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 119-143.
- Governo de Portugal (2015). A Defesa de Portugal. *Ministério da Defesa Nacional*. Recuperado em Janeiro de 2017, de <http://www.defesa.pt/ebook/#/1/>.
- Grieger, T., Cozza, S., Ursano, R., Hoge, C., Martinez, P., Engel, C., Wain, H., et al. (2006). Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Battle-Injured Soldiers. *The American Journal of Psychiatry*. 163, 10, pp. 1777-1783. Disponível em, <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2006.163.10.1777>.
- Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research. In Denzin, N. & Lincoln, Y. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage (pp. 105-117).
- Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e Complexidade: Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. Lisboa: EDIUAL.
- Hoppen, N., Lapointe, L. & Moreau, E. (1996). Um Guia para Avaliação de Artigos de Pesquisas em Sistemas de Informação. *Revista Eletrônica de*

- Administração*. (3º Ed.). Porto Alegre, Vol. 2, n. 2. Disponível em, <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/19397>.
- Januário, R. & Gameiro, A. (2016). *A Globalização e a Geopolítica Internacional*. Lisboa: Escolar Editora.
- Júnior, D. (2002). O Enquadramento das Missões de Paz (PKO) nas Teorias da Guerra e de Polícia. *Revista Brasileira de Política Internacional*, 45 (2), 146-197.
- King, D., King, L., Foy, D. & Gudanowski, D. (1996). Pesar Factors in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Structural Equation Modeling With a National Sample of Female and Male Vietnam Veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, (3), 520-531.
- Kolk, B., McFarlane, A. & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: The Guilford Press.
- Krejcie, R. & Morgan, D. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30, 3, pp.607-610. Disponível em, [https://home.kku.ac.th/sompong/guest\\_speaker/KrejcieandMorgan\\_article.pdf](https://home.kku.ac.th/sompong/guest_speaker/KrejcieandMorgan_article.pdf).
- Libói, H. & Cruz, F. (2014). Valores Organizacionais – Uma Breve Síntese. *Revista de Psicologia Militar*, 23, 49-61.
- Liga dos Combatentes [LC] (2017, Maio). *Dia Internacional dos Capacetes Azuis da ONU*. Poster apresentado na Cerimónia Evocativa do “Dia Internacional dos Capacetes Azuis da ONU” no Forte do Bom Sucesso/Museu do Combatente, Belém.
- Machado, M. (2009). Afeganistão: Unidade de Proteção da Força em Operações. *Operacional: Defesa, Forças Armadas e de Segurança*. Disponível em, <http://www.operacional.pt/afeganistao-unidade-de-proteccao-da-forca-em-operacoes/>.
- Machado, M. (2011a). A Missão na bósnia em 1996 e o Acidente de 24 de Janeiro. *Operacional: Defesa, Forças Armadas e de Segurança*. Disponível em, <http://www.operacional.pt/a-missao-na-bosnia-em-1996-e-o-acidente-de-24-de-janeiro/>.
- Machado, M. (2011b). Portugal e a NATO. *Operacional: Defesa, Forças Armadas e de Segurança*. Disponível em, <http://www.operacional.pt/portugal-e-a-nato/>.



- Machado, M. (2011c). Timor-Leste, o sector Português da UNTAET/PKF. *Operacional: Defesa, Forças Armadas e de Segurança*. Disponível em, <http://www.operacional.pt/timor-leste-o-sector-portugues-da-untaetpkf/>.
- Machado, M. (2016). *Missões Exteriores para as Forças Armadas em 2017*. Recuperado em Março de 2017, de <http://www.operacional.pt/missoes-exteriores-para-as-forcas-armadas-em-2017/print/>.
- Machado, M. (2017). *Força Aérea Portuguesa de Novo no Mali*. Recuperado em Março de 2017, de <http://www.operacional.pt/forca-aerea-portuguesa-de-novo-no-mali/print/>.
- Maciel, Q. (2012). *Sintomatologia Psicopatológica parental e Problemas Emocionais e Comportamentais dos Filhos em Idade Pré-Escolar: O papel Mediador da Mind-Mindedness Materna e Paterna*. Dissertação (Mestrado). Universidade do Minho.
- Magalhães, J., Silva, G. & Santos, Y. (2013). Os Efeitos do Stress e Burnout em Militares: Uma Breve Revisão Bibliográfica para a Identificação da Problemática. *Psique*, 9, 75-97.
- Maia, A. (2006). Trauma, PTSD e Saúde. In Costa, P., Pires, C., Veloso, J. & Pires, C. *Stress Pós-Traumático – Modelos, Abordagens & Práticas*. Lisboa: Editorial Diferença (pp. 19-35).
- Maia, A. (2007). Factores Preditores de PTSD e Critérios de Selecção em Profissionais de Actuação na Crise. *Psiquiatria da Catástrofe*, 263-276.
- Maia, A. & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) e Avaliação da Resposta ao Trauma. In Pereira, M. & Monteiro-Ferreira, J. *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Manual Técnico II: Métodos e Técnicas. (n.d.). *A Avaliação do Desenvolvimento Socioeconómico*.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (6º Ed). Sintra: Report Number.
- Marques, T. (2014). “O Papá foi para a Guerra, e Agora?” *O Impacto das Missões Internacionais na Parentalidade em Famílias Militares: Um Estudo Exploratório*. Dissertação (Mestrado). Universidade de Lisboa.

- Martins, F. (2015). *Portugal e a ONU: um dia de “Euforia Internacional”*. Recuperado em Março de 2017, de <http://observador.pt/especiais/portugal-onu-um-dia-euforia-internacional/>.
- Martins, T., Santos, R. & Francisco, R. (2014). Mudanças Familiares e Rede Social dos Cônjuges de Militares em Missão: Um Estudo Exploratório. *Revista de Psicologia Militar*, 23, 131-155.
- Monteiro-Ferreira, J. (2003). Trauma e Coping: Natureza e Curso de um Processo. In Pereira, M. & Monteiro-Ferreira, J. *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Moore, B. (2017). Understanding and Working within the Military Culture. In Moore, B. & Penk, W. *Treating PTSD in Military Personnel*. New York: The Guilford Press (pp. 9-22). Retirado de, <https://www.guilford.com/excerpts/moore2.pdf>.
- National Center for PTSD (1993). *Posttraumatic Stress Disorder Checklist*. Recuperado em Maio de 2017, de <http://www.istss.org/assessing-trauma/posttraumatic-stress-disorder-checklist.aspx>.
- NATO (2015). ISAF's Mission in Afghanistan (2001-2014). Disponível em, [https://www.nato.int/cps/en/natohq/topics\\_69366.htm](https://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_69366.htm).
- Nunes, T., Esteves, M., Pereira, F. & Knoch, M. (2010). Perturbação Secundária de Stress Traumático: A Armadilha da Empatia. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 203-210.
- Observador (2017). *Missão da ONU na República Centro-Africana pede mais 750 soldados*. Disponível em, <http://observador.pt/2017/09/16/missao-da-onu-na-republica-centro-africana-pede-mais-750-soldados/>.
- Oliveira, S. (2008). *Traumatas da Guerra: Traumatização Secundária das Famílias dos Ex-Combatentes da Guerra Colonial com PTSD*. Dissertação (Mestrado). Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Oliveira, T. (2011). Psychological and Social Contracts and Military Missions. *Revista de Psicologia Militar*, 20, 57-82.
- Osório, C. & Maia, A. (2010). As Consequências ao Nível da Saúde Psicológica da Participação na Guerra do Afeganistão e Iraque. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 279-304.
- Ouimette, P., Coolhart, D., Sugarman, D., Funderburk, J., Zelman, R. & Dornau, C. (2008). A Pilot Study of Posttraumatic Stress and Associated Functioning of

- Army National Guard Following Exposure to Iraq Warzone Trauma. *Traumatology*, 14, (3), 51-56.
- Patião, I., Maroco, J. & Leal, I. (2006). *Validação do BSI numa Amostra Portuguesa de Mulheres com Cancro da Mama*. 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Recuperado em Dezembro de 2016, de [http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/livros\\_actas/Validacao\\_BSI.pdf](http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/livros_actas/Validacao_BSI.pdf)
- Pedras, S. & Pereira, M. (2010). O Papel da Adaptabilidade Familiar na Adopção de Comportamentos de Saúde em Filhos de Veteranos de Guerra com Sintomatologia Traumática. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*.
- Pereira, A. (2012). *Trauma e Perturbação de Stress Pós-Traumático*. Dissertação (Mestrado). Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, ISPA.
- Pereira, M. & Pedras, S. (2011). Vitimização Secundária nos Filhos Adultos de Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (4), 702-709.
- Pereira, M., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M. & Machado, J. (2010). PTSD, Psicopatologia e Tipo de Família em Veteranos de Guerra Colonial Portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 211-232.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementariedade do SPSS*. (6º Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, A., Gonçalves, S. & Lima, M. (2012). Stress e Trauma, Continuidades e Descontinuidades: Para uma Reflexão sobre a PPST. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13, 49-65.
- Pinto, L. (2009). As missões Internacionais da NATO. *Nação e Defesa*, 123, (4), 41-50.
- Pinto, L. (2016). A Centralidade Constrói-se. *Revista Militar*, 1, 105-114.
- Pinto, M. (2013). *Treino Físico no Aprontamento para uma FND (Força Nacional Destacada)*. Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada. Academia Militar.
- Portaria nº 31/2017 de 31 de Janeiro do Ministro da Defesa Nacional*. Diário da República: II série, No 22 (2017). Acedido a 17 de Maio de 2017. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).

- Portaria n.º 87/99 de 28 de Janeiro dos Ministérios dos Negócios Estrangeiros e da Defesa Nacional*. Diário da República: II série, No 23 (1999). Acedido a 17 de Maio de 2017. Disponível em [www.dre.pt](http://www.dre.pt).
- Protocolo de Entrevista (2017). Base Aérea de Alcochete.
- Prunier, G. (2011). Investigação sobre o massacre de Darfur. *Le Monde Diplomatique Brasil*. Disponível em, <http://diplomatique.org.br/investigacao-sobre-o-massacre-de-darfur/>.
- PTSD: National Center for PTSD. (N.D.). PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). *U.S. Department of Veterans Affairs*.
- Purtle, J. (2014). The Legislative Response to PTSD in the United States (1989-2009): A Content Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 501-508.
- Regadas, D. (2009). *Experiências de Combate e a sua relação com a Sintomatologia associada à Perturbação Pós-Traumática em Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa*. Dissertação (Mestrado). Instituto Superior Miguel Torga.
- Ribeiro, C. (2016). Contributos de Portugal para a Segurança e Defesa Europeia. *Revista Militar*, 2568, 73-85.
- Ribeiro, M. (2014). *Forças Nacionais Destacadas: A Reintegração Pós Missão dos Militares*. Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada. Academia Militar.
- Robles, R. (2010). *Portugal e NATO: 60 anos de parceria*. Disponível em, <http://www.esquerda.net/dossier/portugal-e-nato-60-anos-de-parceria>.
- Rodrigues, J. (2016). Comunidades Imaginadas, Alianças Possíveis. *Revista Militar*, 1, 63-70.
- Rogers, C. (2000). *Manual de Counselling*. Fanhões: Encontro – Coleção Psicologia e Existência.
- Rosinha, A. & Duarte, M. (2010). Do Conhecimento Tático aos Estilos de Liderança: Implicações na Eficiência, na Satisfação e no Esforço Adicional. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 61-87.
- Rossi, J-P. (1999). *Os Métodos de Investigação em Psicologia*. Lisboa: Editora Instituto Piaget.
- Sábado (2018). *2.800 militares Portugueses em missões Internacionais em 2018*. Disponível em, <http://www.sabado.pt/portugal/detalhe/2800-militares-portugueses-em-missoes-internacionais-em-2018>.

- Saint-Pierre, H. & Bigatão, J. (2013). As Operações de Paz da ONU e os Actores Regionais: Arranjos Cooperativos e Desafios. *Boletim Meridiano*, 47, (140), 26-33.
- Sampaio, L. (2016). Organização do Tratado Atlântico Norte. *Instituto Diplomático: Ministério dos Negócios Estrangeiros*. Disponível em, <https://idi.mne.pt/pt/relacoes-diplomaticas-de-portugal/386-relacoes-diplomaticas-portugal-junto-da-nato-otan.html>.
- Santo, G. (2010). O Novo Conceito Estratégico da OTAN e os Interesses de Portugal. *Revista Militar*, 2505, 965-977.
- Santos, P. (2008). *Portugal e a NATO: A Política Colonial do Estado Novo e os Aliados (1961-1968)*. Disponível em, <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ri/n21/n21a03.pdf>.
- Santos, S. (2014). Perturbação de Stress Pós-Traumático em Ex-Combatentes. *Revista de Psicologia Militar*, 23, 109-129.
- Saraiva, L. (2010). Portugal no Contexto dos Interesses dos EUA e da Europa, em relação a África. *Revista Militar*, 2505, 979-1005.
- Sareen, J., Stein, M. B., Thoresen, S., Belik, S., Zamorski, M. A., & Gordon, J. G. (2010). Is peacekeeping peaceful? A systematic review. *Canadian journal of psychiatry*, 55, (7), 464-472.
- Silva, B. & nascimento, I. (2014). Desenvolvimento da Identidade Pessoal e de Competências Transversais em Contexto Militar. Um Estudo Longitudinal dos seis meses iniciais do Serviço Militar. *Revista de Psicologia Militar*, 23, 157-184.
- Silva, G. (2010). O Método Científico na Psicologia: Abordagem Qualitativa e Quantitativa. *Psicologia: O Portal dos Psicólogos*.
- Silva, R. (1998). A Falsa Dicotomia Qualitativo-Quantitativo: Paradigmas que informam nossas práticas de pesquisa. In Romanelli, G. & Biasoli-Alves, Z. (1998). *Diálogos Metodológicos sobre prática de Pesquisa*. R. Preto: Editora Legis-Summa.
- Sousa, F. (2011). A Participação de Portugal nas Operações de Paz e a Segurança Nacional. *Revista Militar*, 2509/2510, 271-297.
- Sousa, T. & Gaspar, C. (2015). Portugal, a União Europeia e a Crise. *Relações Internacionais*, 48, pp. 99-114.

- Stress. (n.d.). *Stress and Health: Definitions and Concepts*. (pp. 11-15). Disponível em [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph\\_reports/MR1018z4-1/MR1018.4.chap2.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/MR1018z4-1/MR1018.4.chap2.pdf).
- Tap, P., Hipólito, J. & Nunes, O. (2009). *Escala de Estima de Si S.E.R.T.H.UAL*. Manual (Versão provisória para utilização académica).
- Teixeira, N. (1995). Portugal e a NATO: 1949-1989. *Análise Social*, XXX, (133), 803-818.
- Teixeira, N. (1999). Portugal e a NATO: 1949-1999. *Nação e Defesa*, 89, (2), 15-41.
- Teoria da Amostragem (2013). Disponível em, <https://www.yumpu.com/pt/document/view/15549206/captulo-1-teoria-da-amostragem>.
- The Management of Post-Traumatic Stress Working Group (2010). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Post-Traumatic Stress*. Department of Veterans Affairs and Department of Defense. Retirado de, [https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/cpg\\_PTSD-full-201011612.PDF](https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/cpg_PTSD-full-201011612.PDF).
- UN News Centre (2016a). *Mali: Ban 'outraged' by latest attack on UN mission; urges authorities to investigate*. Disponível em, <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=54108#.WIIND7TQqSM>.  
Acedido a 6 de Janeiro de 2018.
- UN News Centre (2016b). *Mali: UN mission renews call for calm after two demonstrators killed in Kidal*. Disponível em, <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=53725#.WIINOrTQqSM>.  
Acedido a 6 de Janeiro de 2018.
- UN News Centre (2017a). *'Blue helmet' killed in attack on UN Mission camp in Timbuktu, Mali*. Disponível em, <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=56688#.WIINTLTQqSM>.  
Acedido a 6 de Janeiro de 2018.
- UN News Centre (2017b). *Mali: Security Council, UN mission condemn attack on Kidal base that kills one 'blue helmet'*. Disponível em, <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=56032#.WIINQrTQqSM>.  
Acedido a 6 de Janeiro de 2018.

- UN News Centre (2017c). *Two UN 'blue helmets' killed in attack in northern Mali*. Disponível em, <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=56824#.WI0dprTQqSN>. Acedido a 6 de Janeiro de 2018.
- United Nations Peacekeeping (2017). *Ranking of Contributions by Country*. Recuperado em Fevereiro de 2017 de, <https://peacekeeping.un.org/en/troop-and-police-contributors>.
- United Nations Secretary-General (2016). *Statement attributable to the Spokesman for the Secretary-General on the terrorist attacks in Mali (French Version)*. Disponível em, <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=54108#.WIIND7TQqSM>. Acedido a 6 de Janeiro de 2018.
- Unric: Centro Regional de Informação das Nações Unidas (n.d.). Retirado de, [www.unric.org/pt/informacao-sobre-a-onu](http://www.unric.org/pt/informacao-sobre-a-onu).
- Valentine, P. (2003). Trauma: Definição, Diagnóstico, Efeitos e Prevalência. In Pereira, M. & Monteiro-Ferreira, J. *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vales, T. (2011). *Operações de Paz como Incentivo ao Profissionalismo das Forças Armadas: O Caso Uruguaio*. Meridiano 47, 128 (12), 36-41.
- Vales, T. (2012). *A Cultura da Paz e Operações de Apoio à Paz das Nações Unidas*. Boletim Meridiano 47, 132 (13), 3-11.
- Ventura, A. (2016). A Oposição e a Integração de Portugal na ONU e na NATO. *Revista Militar*, 1, 87-97.
- Visão (2010). *Afinal, o que é a NATO?* Disponível em, <http://visao.sapo.pt/visaojunior/noticias/afinal-o-que-e-a-nato=f579770>.
- Wachen, J., Dondanville, K., Pruiksma, K., Molino, A., Carson, C., Blankenship, A., Wilkinson, C., Yarvis, J. & Resick, P. (2016). Implementing Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder with Active Duty U.S. Military Personnel: Special Considerations and Case Examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23, 133-147.
- Wheathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J. & Keane, T. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility. In: Paper presented in *International Society for Traumatic Stress Studies*.

## **ANEXOS**



## ANEXO A – Protocolo de Recolha de Dados



**Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social (CEAMPS) da Liga dos Combatentes em Parceria com o Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa**



### PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS

1	2	3	4	5	6	7	8	9

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Exmo.(a) Senhor(a)**

A presente investigação é realizada no seguimento de uma parceria entre o Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social da Liga dos Combatentes (CEAMPS/LC) e o Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP/UAL) e tem como objetivo principal identificar e avaliar a ocorrência ou prevalência do Stress Pós-traumático (SPT) e patologia associada em militares das Operações de Paz.

Agradecemos que responda a todas as questões, sendo que não existem respostas certas ou erradas, pois as pessoas têm diferentes formas de pensar e de sentir.

Todas as respostas são confidenciais e serão apenas utilizadas no âmbito do estudo a realizar.

A sua colaboração é fundamental.

*Muito obrigado pela sua disponibilidade e colaboração.*

**Exmo.(a) Senhor(a)**

Eu, António Correia, Oficial Superior da Força Aérea e Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde, encontro-me a prestar serviço no Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social da Liga dos Combatentes, e na qualidade de investigador do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP/UAL, pretendo juntamente com a aluna de 2º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da UAL, Joana Margarida Nunes Gonçalves, com o número de aluna 20150162, realizar um estudo com os militares participantes em Operações de Paz Internacionais.

O presente estudo tem por objectivo principal identificar e avaliar a prevalência de Stress Pós-traumático (SPT) e patologia associada em militares que participam em Missões de Paz Internacionais. Os dados recolhidos destinam-se apenas à investigação, serão tratados de forma anónima e confidencial e serão apenas utilizados no âmbito do estudo a realizar, sendo destruídos depois da sua utilização.

Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração nesta investigação, sendo que o seu contributo é fundamental, possibilitando uma melhor compreensão sobre a realidade da participação dos militares portugueses nas Missões de Paz.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar-me para o telefone 213425151, de 2ª a 6ª feira, ou pelo tlm 918938071 ou mail ([acorreia.ceamps.lc@gmail.com](mailto:acorreia.ceamps.lc@gmail.com)) ou a aluna Joana Gonçalves pelo email ([jmng\\_457@hotmail.com](mailto:jmng_457@hotmail.com)).

Para colaborar, subscreva com a sua assinatura o seu consentimento informado.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO E DISPONIBILIDADE

***CONSENTIMENTO INFORMADO***

Concordo em participar na presente investigação, autorizando que os meus dados e o preenchimento dos questionários possam contribuir para o estudo sobre a ocorrência ou prevalência Stress Pós-traumático (SPT) e patologia associada em militares que participam em missões de paz internacionais.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir em qualquer altura.

Lisboa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

***O Participante***

---

## ANEXO B – Questionário de dados Sociodemográficos

---

*(Preenchimento obrigatório)*

Missão: \_\_\_\_\_ É a sua 1ª missão?  Não  Sim

---

*(Preenchimento não obrigatório)*

Nome \_\_\_\_\_ NIM/P \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

- 
1. **Sexo:**  Masculino  Feminino
  2. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos
  3. **Estado civil:**  Solteiro(a)  Casado(a)  Vive com companheiro(a)  
 Divorciado(a)/Separado(a)  Outra situação: \_\_\_\_\_
  4. **Tem filhos?**  Não  Sim. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_
  5. **Habilitações literárias:**  
 Primário  5º e 6º Ano  7º a 9º Ano  10º a 12º Ano  Curso profissional  
 Licenciatura  Mestrado ou Doutoramento  Outro (qual): \_\_\_\_\_
  6. **Ramo:**  Exército  Marinha  Força Aérea  GNR
  7. **Situação:**  QP (Activo)  Contratado  Disponibilidade/Reserva/Reforma
  8. **Posto:**  Oficial  Sargento  Praça
  9. **Especialidade militar:** \_\_\_\_\_
  10. **Há quantos anos está na Instituição Militar:** \_\_\_\_\_
  11. **Para além desta missão que indicou atrás, em que outras Missões de Paz já participou:**  
**1ª Missão:**  Iraque  Afeganistão  Timor  Balcãs  Outra, Qual: \_\_\_\_\_  
**2ª Missão:**  Iraque  Afeganistão  Timor  Balcãs  Outra, Qual: \_\_\_\_\_  
**Última Missão:** \_\_\_\_\_
  12. **Há quanto tempo regressou da última missão?** \_\_\_\_\_
  13. **Cumpriu a(s) missão(ões) até ao fim?**  Não  Sim  
Se não, porque razão regressou mais cedo? \_\_\_\_\_

14. **Qual ou quais as razões que o motivaram a aceitar ir para esta missão.**  
(assinale todas as que considere correctas)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vontade de ter novas experiências           | <input type="checkbox"/> Conseguir ter um melhor salário    |
| <input type="checkbox"/> Mudar de funções ou de serviço              | <input type="checkbox"/> Afastar-se de problemas no serviço |
| <input type="checkbox"/> Afastar-se de problemas na família          | <input type="checkbox"/> Motivos humanitários ou altruístas |
| <input type="checkbox"/> Valorização pessoal ou técnico-profissional | <input type="checkbox"/> Outra razão. Qual? _____           |
15. **Relativamente à sua última missão, diria que:** (escolha apenas uma opção)
- Gostou mas preferia ir para outro país       Não gostou mas não se arrepende de ter ido
- Gostou mas não tenciona ir para outra missão    Não gostou e arrepende-se de ter ido
- Outra: \_\_\_\_\_
16. **O que sentiu ao servir o seu País?** (assinale todas as que considere correctas)
- Orgulho    Satisfação    Culpa    Outra(s): \_\_\_\_\_
17. **Mantém contactos frequentes com outros camaradas?**  Não    Sim. Se sim, como?  
(assinale todas as que considere correctas)
- Convívios Anuais       Telefone/Correspondência/E-mail/Redes Sociais
- Proximidade Geográfica       Outro: \_\_\_\_\_
18. **Já teve ou tem actualmente acompanhamento psicológico?**  Não  Sim  
Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_
19. **Já teve ou tem actualmente acompanhamento psiquiátrico?**  Não       Sim  
Se sim, há quanto tempo? \_\_\_\_\_
20. **Toma actualmente medicamentos para ajudar o seu bem-estar psicológico?**  
 Não    Sim
21. **Acredita sofrer de alguma doença em consequência das missões?**  Não    Sim  
Se sim, qual(ais) \_\_\_\_\_
22. **Já esteve internado por causas relacionadas com o serviço militar?**  Não    Sim  
Se sim, em que Ano? \_\_\_\_\_ Qual o motivo: \_\_\_\_\_
23. **Que acontecimento(s) ou situação(ões) mais o marcaram durante a sua vida militar:**  
\_\_\_\_\_
24. **Que dificuldades de adaptação sentiu ao regressar da(s) missão(ões):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANEXO C – PTSD Checklist (PCL-M – Versão Militar)

### **Instruções:**

O seguinte questionário descreve sintomas ou queixas que os militares por vezes apresentam após terem vivido experiências traumáticas durante a vida militar. Pedimos-lhe que concentre a sua atenção no(s) acontecimento(s) que considera ter(em) sido o(s) mais traumático(s) *durante a sua vida militar/missão*.

Indique o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s): \_\_\_\_\_

Por favor, leia cada frase que se segue cuidadosamente e assinale em que medida apresentou os seguintes sintomas no *último mês*. Para tal assinale com um círculo (O) o valor que melhor corresponde à sua situação utilizando a escala apresentada:

Escala: 1 = **Nada** 2 = **Um pouco** 3 = **Moderadamente** 4 = **Bastante** 5 = **Extremamente**

<b>EM QUE MEDIDA SOFREU DOS SEGUINTE SINTOMAS:</b>		<b>A seguir ao(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão</b>				
1	Recordações, pensamentos ou imagens perturbadoras e repetitivas do acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão	1	2	3	4	5
2	Sonhos perturbadores e repetitivos com o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão	1	2	3	4	5
3	Agir ou sentir como se o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão estivesse(m) a acontecer de novo (como se o estivesse a reviver)	1	2	3	4	5
4	Sentir-se muito perturbado quando algo o lembra o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão	1	2	3	4	5
5	Ter reacções físicas (ex.: coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando qualquer coisa se assemelha a aspectos do(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão	1	2	3	4	5
6	Evitar pensar ou falar sobre o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão ou evitar ter sentimentos relacionados com esse(s) acontecimento(s)	1	2	3	4	5
7	Evitar actividades ou situações porque elas lhe relembram o(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão	1	2	3	4	5
8	Ter dificuldade em lembrar aspectos importantes do(s) acontecimento(s) traumático(s) vivenciado(s) durante a missão	1	2	3	4	5
9	Perda de interesse por actividades de que antes costumava gostar	1	2	3	4	5
10	Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas	1	2	3	4	5
11	Sentir-se emocionalmente adormecido ou incapaz de sentir afecto pelas pessoas que lhe são próximas	1	2	3	4	5
12	Sentir que a sua vida futura vai acabar cedo	1	2	3	4	5
13	Ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir	1	2	3	4	5
14	Sentir-se irritável ou ter ataques de fúria	1	2	3	4	5
15	Ter dificuldade em se concentrar	1	2	3	4	5
16	Estar “super-alerta” ou hipervigilante ou em guarda	1	2	3	4	5
17	Sentir-se sobressaltado ou facilmente alarmado	1	2	3	4	5

## ANEXO D – Brief Symptoms Checklist (BSI)

### **Instruções:**

Em baixo, está uma lista de sintomas que, às vezes, as pessoas apresentam. Por favor leia com atenção cada situação e coloque um círculo à volta do número que melhor descreve EM QUE MEDIDA ESSE PROBLEMA O/A PERTURBOU OU ABORRECEU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE. Se tiver algumas questões, faça o favor de as colocar.

Escala:      1 = Nada      2 = Um pouco      3 = Moderadamente      4 = Bastante      5 = Extremamente

<i><b>EM QUE MEDIDA FICOU PERTURBADO/A POR:</b></i>	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Nervosismo ou agitação interior	0	1	2	3	4
2. Sensações de tonturas ou desmaios	0	1	2	3	4
3. Ideia de que alguém pode controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
4. Sentir que os outros são culpados da maior parte dos seus problemas	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em lembrar-se das coisas	0	1	2	3	4
6. Sentir-se facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3	4
7. Dores no coração ou no peito	0	1	2	3	4
8. Sentir medo em espaços abertos	0	1	2	3	4
9. Pensamentos de acabar com a vida	0	1	2	3	4
10. Sentir que não pode confiar na maior parte das pessoas	0	1	2	3	4
11. Pouco apetite	0	1	2	3	4
12. Assustar-se subitamente sem razão	0	1	2	3	4
13. Acesso de cólera/irritação que não consegue controlar	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sozinho/a mesmo quando está com pessoas	0	1	2	3	4
15. Sentir-se bloqueado/a ao tentar fazer as coisas	0	1	2	3	4
16. Sentir-se só	0	1	2	3	4
17. Sentir-se triste/melancólico	0	1	2	3	4
18. Não sentir interesse nas coisas	0	1	2	3	4
19. Sentir-se amedrontado/a	0	1	2	3	4
20. Sentir-se facilmente ferido/a nos seus sentimentos	0	1	2	3	4
21. Sentir que as pessoas não são amigáveis ou que não gostam de si	0	1	2	3	4
22. Sentir-se inferior aos outros	0	1	2	3	4

23. Náuseas ou indisposição de estômago	0	1	2	3	4
24. Sentir que está a ser observado/a ou sentir que os outros falam de si	0	1	2	3	4
25. Dificuldade ao adormecer	0	1	2	3	4
26. Ter de verificar e tornar a verificar o que faz	0	1	2	3	4
27. Dificuldade em tomar decisões	0	1	2	3	4
28. Sentir medo de viajar de autocarro, metro ou comboio	0	1	2	3	4
29. Dificuldade em respirar	0	1	2	3	4
30. Arrepios frios e quentes	0	1	2	3	4
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades porque elas o/a assustam	0	1	2	3	4
32. Fazer-se um vazio no seu espírito	0	1	2	3	4
33. Entorpecimento ou formigueiro em partes do corpo	0	1	2	3	4
34. A ideia de que deveria ser castigado/a pelos seus pecados	0	1	2	3	4
35. Sentir-se sem esperança acerca do futuro	0	1	2	3	4
36. Dificuldades de concentração	0	1	2	3	4
37. Sentir fraqueza em várias partes do corpo	0	1	2	3	4
38. Sentir-se tenso/a ou excitado/a	0	1	2	3	4
39. Pensamentos de morte ou de morrer	0	1	2	3	4
40. Sentir impulsos de bater/magoar ou provocar danos a alguém	0	1	2	3	4
41. Ter impulsos/vontade de partir ou esmagar coisas	0	1	2	3	4
42. Sentir-se muito consciente de si próprio/a na presença de outros	0	1	2	3	4
43. Sentir-se pouco à vontade no meio de multidões ou muita gente	0	1	2	3	4
44. Nunca se sentir próximo de outra pessoa	0	1	2	3	4
45. Acessos de terror e pânico	0	1	2	3	4
46. Envolver-se em discussões frequentes	0	1	2	3	4
47. Sentir-se nervoso/a quando o/a deixam sozinho/a	0	1	2	3	4
48. Os outros não darem o apreço devido àquilo que faz	0	1	2	3	4
49. Sentir-se tão inquieto/a que não consegue ficar parado/a	0	1	2	3	4
50. Sentir-se sem valor	0	1	2	3	4
51. Sentir que as pessoas podem aproveitar-se de si se você permitir	0	1	2	3	4
52. Sentimentos de culpa	0	1	2	3	4
53. Ideia de que algo está mal no seu espírito	0	1	2	3	4

## ANEXO E – Self Esteem Rogers, Tap, Hipólito & UAL (SERTHUAL)

### **Instruções:**

Em baixo, está uma lista de características que, às vezes, as pessoas apresentam. Por favor leia com atenção cada situação e coloque um círculo à volta do número que melhor descreve a percepção (ideia) que tem de si atualmente.

**1=Discordo totalmente;      2=Discordo;                      3=Não concordo nem discordo;                      4=Concordo;**

**5=Concordo totalmente**

1	Muitas vezes aborreço-me comigo próprio pelas coisas que faço	1	2	3	4	5
2	Eu sou uma pessoa responsável	1	2	3	4	5
3	Eu tenho poucos valores e padrões próprios	1	2	3	4	5
4	Tenho dificuldade em controlar a minha agressividade	1	2	3	4	5
5	Geralmente gosto das pessoas	1	2	3	4	5
6	As minhas batalhas mais árduas são comigo próprio	1	2	3	4	5
7	Eu sou optimista	1	2	3	4	5
8	Eu sou sexualmente atraente	1	2	3	4	5
9	Sinto que não há ajuda possível para mim	1	2	3	4	5
10	Eu normalmente consigo tomar as minhas decisões e manter-me fiel a elas	1	2	3	4	5
11	As minhas decisões não são tomadas por mim próprio	1	2	3	4	5
12	Eu sinto-me apático	1	2	3	4	5
13	Eu sou impulsivo	1	2	3	4	5
14	Sou uma pessoa racional	1	2	3	4	5
15	Tenho a sensação que não estou a enfrentar as coisas	1	2	3	4	5
16	Sou tolerante	1	2	3	4	5
17	Sou ambicioso	1	2	3	4	5
18	Eu evito enfrentar crises ou dificuldades	1	2	3	4	5
19	Eu não me respeito a mim próprio	1	2	3	4	5
20	Eu tenho uma atitude positiva para comigo	1	2	3	4	5
21	Eu sou assertivo (afirmativo)	1	2	3	4	5
22	Tenho dificuldades em tomar decisões	1	2	3	4	5
23	Sou um falhado	1	2	3	4	5
24	Eu sou amável	1	2	3	4	5
25	Tenho medo de sexo	1	2	3	4	5



26	Tenho medo de falhar em qualquer coisa que quero muito	1	2	3	4	5
27	Eu sou um bom trabalhador	1	2	3	4	5
28	Eu sinto-me emocionalmente maduro	1	2	3	4	5
29	Estou realmente perturbado	1	2	3	4	5
30	Sinto-me inseguro comigo próprio	1	2	3	4	5
31	Eu sou inteligente	1	2	3	4	5
32	Sinto-me sem esperança	1	2	3	4	5
33	Eu sou uma pessoa na qual não se pode confiar	1	2	3	4	5
34	Eu sou bastante sociável	1	2	3	4	5
35	Eu não tenho valor	1	2	3	4	5
36	Zango-me com facilidade	1	2	3	4	5
37	Tenho um aspecto fisico agradável	1	2	3	4	5
38	Sinto-me bem comigo mesmo	1	2	3	4	5
39	Os outros desconfiam de mim	1	2	3	4	5
40	Ficarei contente comigo mesmo se conseguir fazer grandes coisas na minha vida	1	2	3	4	5
41	Os meus patrões/professores estão satisfeitos comigo	1	2	3	4	5
42	Acho que sou nervoso e tenso	1	2	3	4	5
43	Sou muito fiel às minhas amizades	1	2	3	4	5
44	Sinto orgulho do meu corpo	1	2	3	4	5
45	Tenho confiança em mim mesmo	1	2	3	4	5
46	Para me sentir melhor utilizo estimulantes tais como o café, tabaco, álcool, etc.	1	2	3	4	5
47	Gosto de actividades em grupo	1	2	3	4	5
48	Os maus resultados profissionais/escolares desencorajam-me facilmente	1	2	3	4	5
49	Tenho uma boa opinião de mim mesmo	1	2	3	4	5
50	As pessoas aborrecem-se quando estão na minha companhia	1	2	3	4	5
51	Penso que todas as pessoas deveriam assumir um papel na sociedade	1	2	3	4	5
52	Gostaria de participar em movimentos de solidariedade	1	2	3	4	5
53	Tenho confiança no meu futuro	1	2	3	4	5
54	No trabalho/universidade os outros procuram a minha companhia	1	2	3	4	5
55	Tenho a impressão de que faço as coisas pior do que os outros	1	2	3	4	5
56	Tenho um aspecto fisico pouco atraente	1	2	3	4	5

57	Num grupo, gosto de tomar poucas iniciativas	1	2	3	4	5
58	Estou contente com a forma como o meu corpo se desenvolve	1	2	3	4	5
59	Nos grupos tenho a sensação de isolamento	1	2	3	4	5
60	Estou contente com os meus resultados profissionais/escolares	1	2	3	4	5

## ANEXO F – Protocolo de Entrevista (EPR)



**Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social  
(CEAMPS) da Liga dos Combatentes em Parceria com o Centro  
de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de  
Lisboa**



### PROTOCOLO DE ENTREVISTA

1	2	3	4	5	6	7	8	9

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Exmo.(a) Senhor(a)**

A presente entrevista é realizada no seguimento de uma parceria entre o Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social da Liga dos Combatentes (CEAMPS/LC) e o Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP/UAL) e tem como objetivo identificar e avaliar as principais preocupações, expectativas e critérios de seleção em militares das Operações de Paz.

Agradecemos que responda a todas as questões, sendo que não existem respostas certas ou erradas, pois as pessoas têm diferentes formas de pensar e de sentir.

Todas as respostas são confidenciais e serão apenas utilizadas no âmbito do estudo a realizar.

*A sua colaboração é fundamental*

***Muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração***

**Exmo.(a) Senhor(a)**

Eu, Joana Gonçalves, aluna nº 20150162 de 2º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Autónoma de Lisboa, encontro-me a estagiar no Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social da Liga dos Combatentes e pretendo juntamente com o meu orientador de dissertação de Mestrado, Professor Doutor João Hipólito, na qualidade de investigador do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP/UAL) e com o Professor Doutor António Correia, Oficial Superior da Força Aérea e Especialista em Psicologia Clínica e de Saúde, e também investigador do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa, realizar esta entrevista para uma melhor compreensão da participação dos militares em missões de paz internacionais.

Os dados recolhidos e gravados destinam-se apenas à investigação, serão tratados de forma anónima e confidencial e serão apenas utilizados no âmbito do estudo a realizar. Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração nesta investigação, sendo que o seu contributo é fundamental, possibilitando uma melhor compreensão sobre a realidade da participação dos militares portugueses na Missão Integrada Multinacional de Estabilização das Nações Unidas no Mali.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar-me por email ([joana.84.goncalves@gmail.com](mailto:joana.84.goncalves@gmail.com)) ou o Professor Doutor António pelo telefone 213425151, de 2ª a 6ª feira, ou pelo telemóvel 918938071 ou email ([acorreia.ceamps.lc@gmail.com](mailto:acorreia.ceamps.lc@gmail.com)).

Para colaborar, subscreva com a sua assinatura o seu consentimento informado.

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Concordo em participar na presente investigação, autorizando que os dados da minha possam contribuir para um melhor conhecimento da participação dos militares da Força Aérea em missões de paz internacionais.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir em qualquer altura.

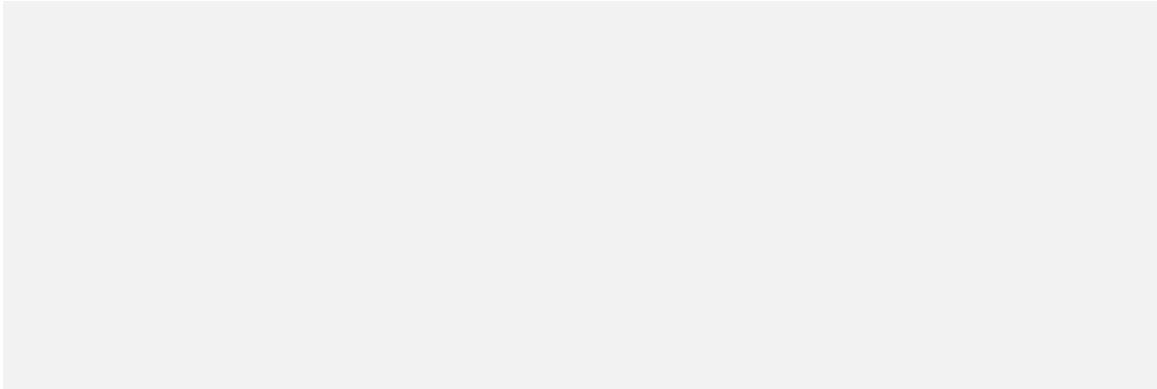
Lisboa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**O Participante**

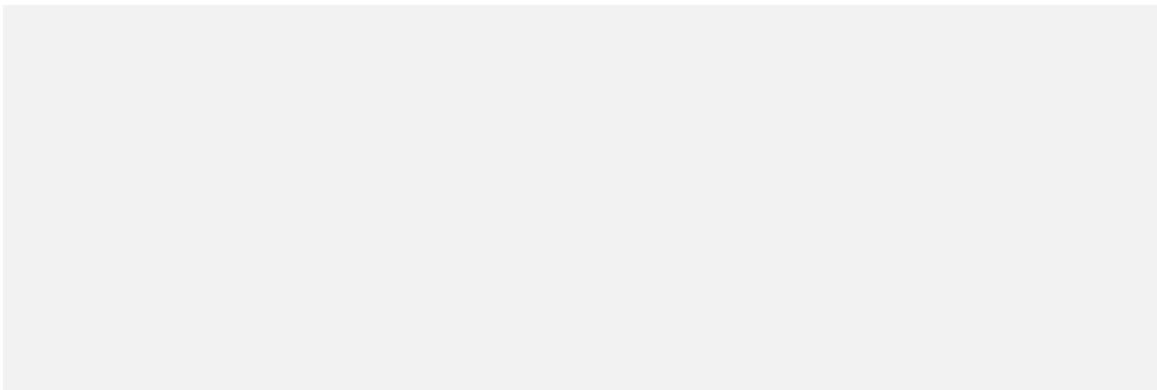
---

## PROTOCOLO/GUIÃO DE ENTREVISTA

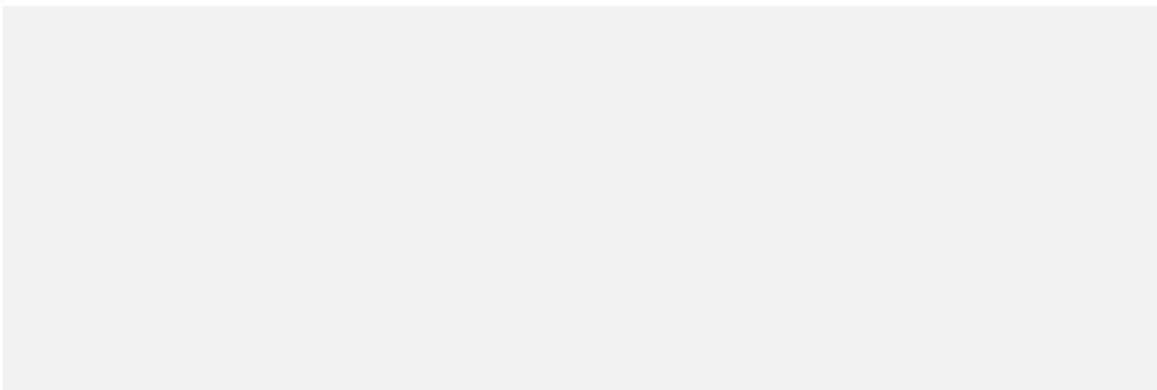
1. Quais foram os critérios para a seleção dos militares para esta Operações de Paz (Mali)?



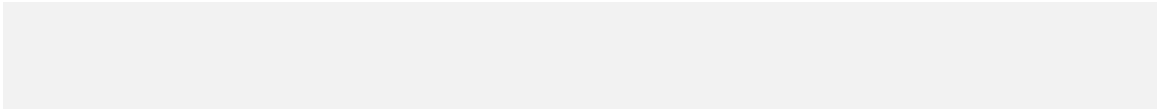
2. Que capacidades e competências específicas são exigidas para este tipo de missão?

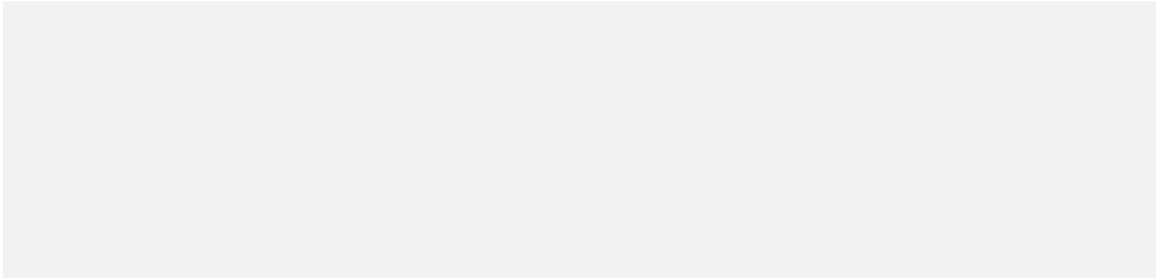


3. Quais as principais preocupações na preparação e aprontamento para a missão?



4. Que funções/missões a Proteção da Força vai desempenhar?





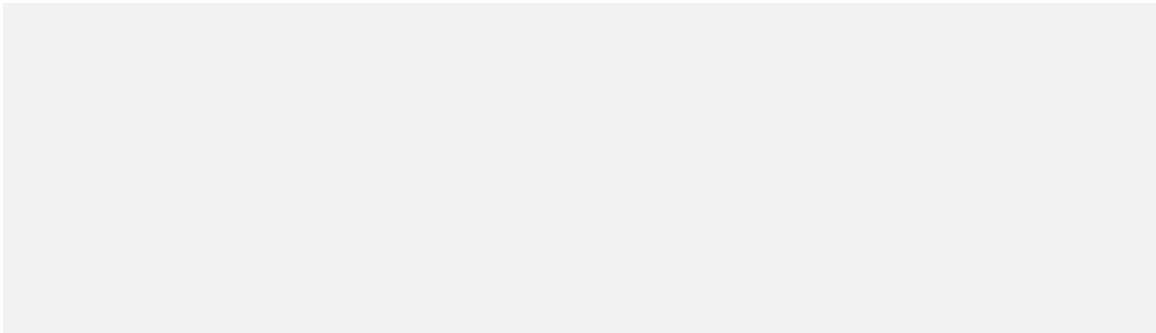
5. Que avaliação de risco foi realizada?



6. Quais são as suas expectativas para a missão?



7. Como EPR, gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre a missão?



## ANEXO G – Protocolo de Entrevista (Chefe de Grupo)



**Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social  
(CEAMPS) da Liga dos Combatentes em Parceria com o Centro de  
Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa**



### PROTOCOLO DE ENTREVISTA

1	2	3	4	5	6	7	8	9

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Exmo.(a) Senhor(a)**

A presente entrevista é realizada no seguimento de uma parceria entre o Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social da Liga dos Combatentes (CEAMPS/LC) e o Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP/UAL) e tem como objetivo identificar e avaliar as principais preocupações, expectativas e critérios de seleção em militares das Operações de Paz.

Agradecemos que responda a todas as questões, sendo que não existem respostas certas ou erradas, pois as pessoas têm diferentes formas de pensar e de sentir.

Todas as respostas são confidenciais e serão apenas utilizadas no âmbito do estudo a realizar.

*A sua colaboração é fundamental*

*Muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração*

**Exmo.(a) Senhor(a)**

Eu, Joana Gonçalves, aluna nº 20150162 de 2º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Autónoma de Lisboa, encontro-me a estagiar no Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social da Liga dos Combatentes e pretendo juntamente com o meu orientador de dissertação de Mestrado, Professor Doutor João Hipólito, na qualidade de investigador do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa (CIP/UAL) e com o Professor Doutor António Correia, Oficial Superior da Força Aérea e Especialista em Psicologia Clínica e de Saúde, e também investigador do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa, realizar esta entrevista para uma melhor compreensão da participação dos militares em missões de paz internacionais.

Os dados recolhidos e gravados destinam-se apenas à investigação, serão tratados de forma anónima e confidencial e serão apenas utilizados no âmbito do estudo a realizar. Neste sentido, venho solicitar a sua colaboração nesta investigação, sendo que o seu contributo é fundamental, possibilitando uma melhor compreensão sobre a realidade da participação dos militares portugueses na Missão Integrada Multinacional de Estabilização das Nações Unidas no Mali.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar-me por email ([joana.84.goncalves@gmail.com](mailto:joana.84.goncalves@gmail.com)) ou o Professor Doutor António pelo telefone 213425151, de 2ª a 6ª feira, ou pelo telemóvel 918938071 ou email ([acorreia.ceamps.lc@gmail.com](mailto:acorreia.ceamps.lc@gmail.com)).

Para colaborar, subscreva com a sua assinatura o seu consentimento informado.

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Concordo em participar na presente investigação, autorizando que os dados da minha possam contribuir para um melhor conhecimento da participação dos militares da Força Aérea em missões de paz internacionais.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir em qualquer altura.

Lisboa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

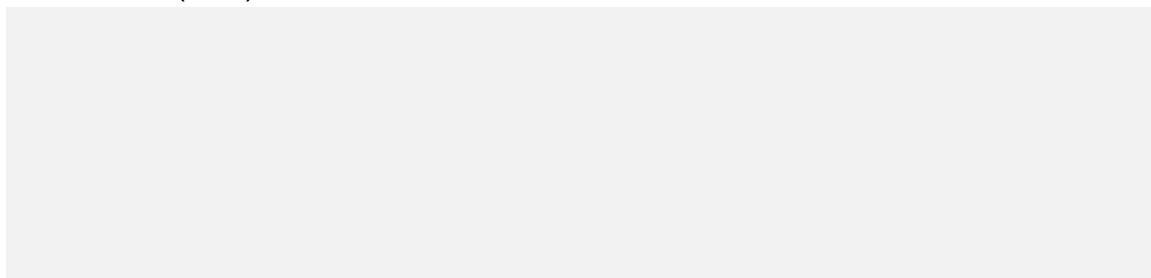
**O Participante**

---

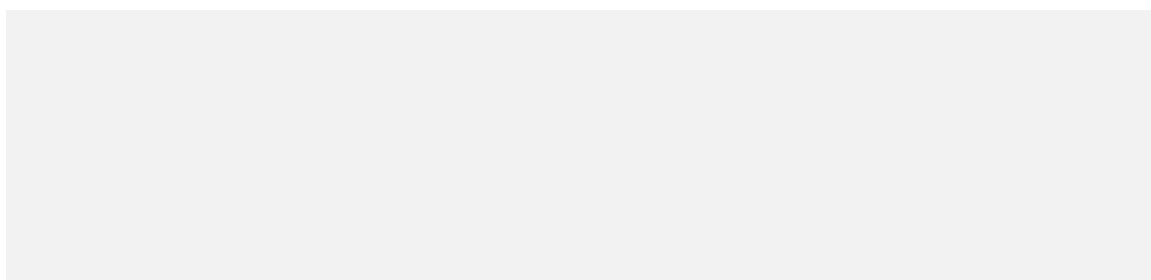


## PROTOCOLO DE ENTREVISTA

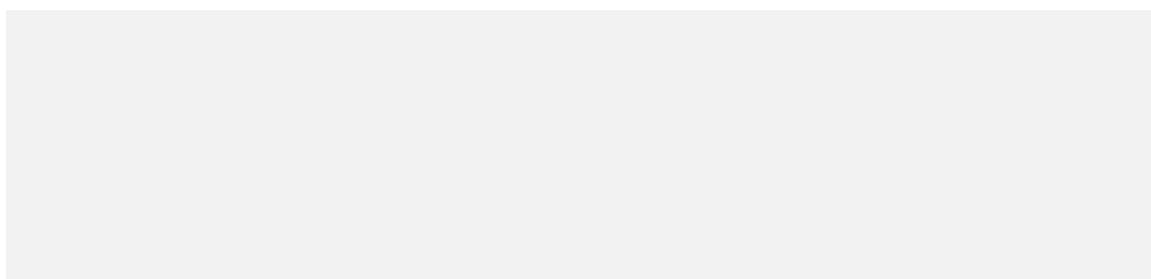
1. Quais foram os critérios para a seleção dos militares para esta Operações de Paz (Mali)?



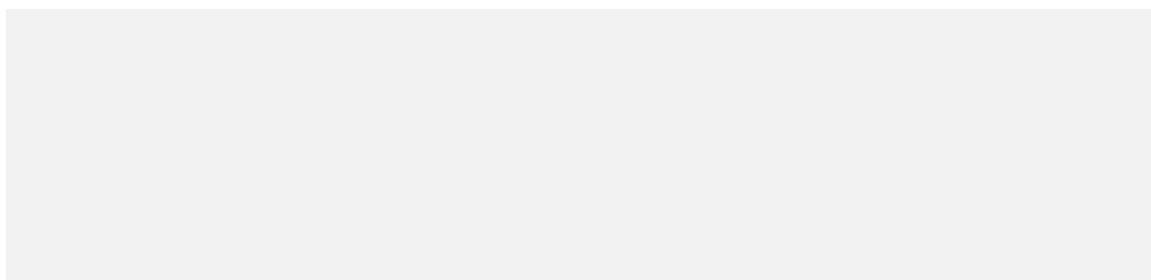
2. Que capacidades e competências específicas são exigidas para este tipo de missão?



3. Quais as principais preocupações na preparação para a missão?



4. Quais são as suas expectativas para a missão?



5. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa sobre a missão?

