



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
FUNDADA EM 1963

## **MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOINTERVENÇÕES**

**AVALIAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-  
TRAUMÁTICO EM MILITARES DA ESCOLA DA POLÍCIA MILITAR DAS FORÇAS**

**ARMADAS**

Nome do estudante: Cristina Amós Crisóstomo Matsimbe Nhamue

Maputo, Fevereiro de 2026



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
FUNDADA EM 1963

## MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOINTERVENÇÕES

AVALIAÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-  
TRAUMÁTICO EM MILITARES DA ESCOLA DA POLÍCIA MILITAR DAS FORÇAS

ARMADAS

Nome do estudante: Cristina Amós Crisóstomo Matsimbe Nhamue

**Supervisor:** Luciana Massinga, MD, M.Sc., PhD.

Maputo, Fevereiro de 2026

### **Declaração de originalidade**

Declaro que esta Dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em saúde mental e Psicointervensões da Universidade Eduardo Mondlane.

---

Cristina Amós Crisóstomo Matsimbe Nhamue

## Agradecimentos

Em primeiro lugar a Deus, pela onipotência, concedeu-me saúde, oportunidade e energia para levar a cabo as actividades curriculares.

Expressas as minhas palavras de imensa gratidão à minha supervisora Dra Luciana Massinga, pela orientação científica, confiança e apoio incansável durante a minha formação.

À minha mãe Verónica Crisóstomo (em memória ) que me deu a visão da vida académica, e me fez a pessoa que corre para ter os objectivos alcançados.

Aos meus filhos por serem a razão das minhas vitórias.

À minha irmã gêmea Josefa Matsimbe pelo apoio moral, incentivo, conselhos e atenção prestada durante a minha formação.

Ao meu primo Adilson Crisóstimo por ser meu fiel companheiro na batalha da academia.

## Resumo

O transtorno de stress pós-traumático (TEPT) constitui uma condição psicopatológica relevante em populações expostas a eventos traumáticos de elevada intensidade, como os militares envolvidos em contextos de conflito armado. Desde 2017, a insurgência armada na região norte de Moçambique, designada Teatro Operacional Norte (TON), tem exposto as Forças de Defesa e Segurança a situações recorrentes de violência, ameaça à vida e perda de colegas, com potenciais repercussões psicológicas significativas. O presente estudo teve como objectivo analisar a sintomatologia do transtorno de stress pós-traumático em militares da Escola da Polícia Militar das Forças Armadas, integrando a avaliação quantitativa dos sintomas com a compreensão qualitativa das experiências subjectivas associadas à participação no TON. Trata-se de um estudo de natureza quali-quantitativa. A componente quantitativa envolveu a aplicação da escala Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) a 132 militares, enquanto a componente qualitativa recorreu a entrevistas semiestruturadas, analisadas segundo a análise temática proposta por Braun e Clarke. Os resultados quantitativos evidenciaram elevada frequência de sintomas compatíveis com rastreio positivo para TEPT, com predominância de reexperiência do trauma e evitamento, bem como associação estatisticamente significativa entre a participação no TON e a pontuação total na PC-PTSD-5. A análise qualitativa revelou narrativas marcadas por medo constante, exposição à morte, sofrimento emocional persistente, sentimento de culpa, entorpecimento emocional e dificuldades de reintegração após o regresso das missões. A discussão integrada dos dados demonstrou convergência entre as duas abordagens metodológicas, confirmando que a exposição operacional no TON constitui um factor de risco relevante para o desenvolvimento de sintomatologia de TEPT, num contexto marcado por fragilidades no suporte psicológico institucional e pela predominância de estratégias individuais de coping. Conclui-se que uma proporção significativa dos militares apresenta sintomas positivos de transtorno de stress pós-traumático associados à participação no Teatro Operacional Norte, evidenciando a necessidade de implementação de estratégias institucionais de prevenção, rastreio precoce e acompanhamento psicológico contínuo.

## Abstract

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a significant mental health condition among populations exposed to high-intensity traumatic events; particularly military personnel engaged in armed conflict. Since 2017, the armed insurgency in northern Mozambique, known as the Northern Operational Theatre (NOT), has exposed the Defence and Security Forces to recurrent situations of violence, life threat, and loss of comrades, with potentially severe psychological consequences. The present study aimed to analyse the symptomatology of post-traumatic stress disorder among military personnel from the Military Police School of the Armed Forces, integrating a quantitative assessment of symptoms with a qualitative exploration of subjective experiences related to participation in the NOT. This is a mixed-methods study with a convergent qualitative design. The quantitative component involved the application of the Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) to 132 military personnel, while the qualitative component consisted of semi-structured interviews analysed using thematic analysis according to Braun and Clarke's approach. Quantitative findings indicated a high prevalence of symptoms consistent with a positive PTSD screening, with re-experiencing and avoidance being the most frequently reported symptom clusters, as well as a statistically significant association between participation in the NOT and total PC-PTSD-5 scores. Qualitative analysis revealed narratives marked by persistent fear, exposure to death, enduring emotional distress, feelings of guilt, emotional numbing, and difficulties with post-mission reintegration. The integrated discussion demonstrated strong convergence between quantitative and qualitative findings, confirming that operational exposure in the NOT constitutes a significant risk factor for the development of PTSD symptomatology, within a context characterised by limited institutional psychological support and reliance on individual coping strategies. It is concluded that a substantial proportion of military personnel present positive symptoms of post-traumatic stress disorder associated with participation in the Northern Operational Theatre, highlighting the need for the implementation of institutional strategies focused on prevention, early screening, and continuous psychological follow-up.

## Lista de abreviaturas

---

<b>APA</b>	American Psychiatric Association
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>DSM</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico
<b>FDS</b>	Força de Defesa e Segurança
<b>HPA</b>	Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
<b>PTSD</b>	Post Traumatic Stress Disorder
<b>PC-PTSD-C</b>	Primary Care Post Traumatic Stress Disorder
<b>SNC</b>	Sistema Nervoso Central
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>TEPT</b>	Transtorno de Estresse Pós- Traumático
<b>TON</b>	Teatro Operacional Norte

---

## ÍNDICE

1.	Problema .....	1
2.	Revisão bibliográfica .....	3
2.1	Transtorno do Estresse Pós-traumático .....	3
2.1.2	O Contexto Específico da Insurgência em Cabo Delgado .....	5
2.2	Critérios de Diagnóstico e Sintomatologia .....	6
2.3	Factores de Risco .....	10
2.4	Enquadramento teórico .....	12
2.5	Fisiopatologia do Transtorno do Estresse Pós-traumático .....	13
2.6	Epidemiologia do Transtorno do Stress Pós- Traumático em Militares .....	14
2.7	Dinâmicas de Guerra Assimétrica e Estresse de Combate .....	16
2.8	Resiliência e Estratégias de Enfrentamento .....	17
3.	Hipóteses .....	20
4.	Objectivos .....	21
5.	Metodologia .....	22
5.1	Tipo de estudo .....	22
5.2	Local do estudo .....	22
5.3	Período do estudo .....	22
5.4	População do estudo, amostra, amostragem ou modo de selecção dos participantes .....	23
5.5	Critérios de Inclusão .....	26
5.6	Critérios de Exclusão .....	26
5.7	Procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha de dados .....	26
5.8	Plano de gestão e análise de dados .....	28
5.9	Variáveis .....	29

6.	Considerações éticas .....	30
6.1	Potenciais riscos e como estes foram minimizados .....	30
6.2	Consentimento informado .....	31
6.3	Confidencialidade .....	33
6.4	Potenciais benefícios .....	35
7.	Limitações do Estudo .....	36
8.	Resultados .....	38
9.	Discussão .....	49
10.	Conclusão .....	54
10.1	Limitações do Estudo .....	56
10.2	Recomendações .....	57
11.	Referências .....	58
12.	Apêndices .....	66
13.	ANEXOS .....	70

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1-Distribuição dos participantes por faixa etaria .....	42
Tabela 2-Distribuição dos participantes por categoria/cargo .....	42
Tabela 3-Distribuição dos participantes por religião .....	43
Tabela 4-Distribuição dos participantes por estado civil .....	44
Tabela 5-Distribuição dos participantes pela renda mensal .....	44
Tabela 6-Distribuição dos participantes por residência .....	44
Tabela 7-Frequência e percentagem dos sintomas de TEPT por dimensão (PC-PTSD-5) .....	45
Tabela 8-Características clínicas e operacionais dos militares participantes .....	46
Tabela 9-Associação entre participação no Teatro Operacional Norte (TON) e pontuação total na PC-PTSD-5. ....	47

## **Motivação**

A realização deste estudo foi motivada pela necessidade de aprofundar o conhecimento científico sobre a saúde mental dos militares moçambicanos, particularmente daqueles envolvidos em contextos operacionais de elevada exigência, como o Teatro Operacional Norte. O interesse por esta temática surgiu da constatação de que, apesar da centralidade do papel desempenhado pelas Forças de Defesa e Segurança na manutenção da estabilidade e segurança nacional, a dimensão psicológica da experiência militar permanece, em grande medida, pouco explorada no contexto académico e institucional.

Do ponto de vista científico, a motivação do estudo reside na oportunidade de contribuir para o corpo de conhecimento sobre o transtorno de stress pós-traumático em populações militares, integrando metodologias quantitativas e qualitativas. Esta abordagem permite não apenas identificar a presença de sintomatologia, mas também compreender os significados, percepções e vivências subjectivas associadas à experiência de combate, respondendo à necessidade de investigações que ultrapassem análises exclusivamente descritivas ou instrumentais.

No plano profissional e institucional, a motivação decorre do reconhecimento de que a compreensão aprofundada das experiências psicológicas dos militares pode subsidiar práticas mais sensíveis e eficazes de acompanhamento, prevenção e intervenção em saúde mental. Ao dar voz aos próprios militares e articular os seus relatos com indicadores psicométricos, o estudo procura contribuir para uma reflexão mais ampla sobre o cuidado psicológico no contexto militar, valorizando a saúde mental como componente essencial da prontidão operacional e do bem-estar global.

Por fim, este trabalho é motivado pela convicção de que a produção de conhecimento contextualizado, ancorado na realidade moçambicana, pode apoiar a construção de políticas e estratégias institucionais mais ajustadas às especificidades culturais, sociais e operacionais do país. Ao explorar a sintomatologia do transtorno de stress pós-traumático em militares expostos ao Teatro Operacional Norte, o estudo pretende contribuir para o fortalecimento de uma cultura institucional que reconheça, legitime e promova o cuidado psicológico como parte integrante da missão militar.

## 1. Problema

O transtorno de stress pós-traumático (TEPT) é caracterizado por sintomas que surgem da exposição directa ou indirecta de um ou mais eventos traumáticos, com apresentação clínica de sintomas persistentes de revivência, evitação, entorpecimento e hipervigilância (American Psychiatric Association, 2014). Segundo o DSM-5 (APA, 2014) indivíduos que foram expostos a traumas que envolvem risco de morte, violação sexual, guerras, profissão como militares e polícias são susceptíveis ao desenvolvimento do transtorno. Quando o indivíduo é afectado pelo transtorno, tem prejuízo social e funcional o que caracteriza o TEPT como um problema de saúde pública (Duran et. al., 2020), com uma prevalência que varia de 1 a 14% na população geral (Soares, Santos & Donadon, 2021).

A 05 de outubro de 2017, um grupo de insurgentes iniciou ataques contra Moçambique em Cabo Delgado, Nampula e Niassa, províncias localizadas na região norte do país que circunscrevem o Teatro Operacional Norte (TON). O grupo atacou postos e unidades das forças de defesa e segurança (FDS), residências, cidadãos civis, e infraestruturas governamentais, comerciais e religiosas (Macalane & Jafar, 2021).

Tais acções, violentas em termos físicos e psicológicos colocaram o país em um conflito armado que exigiu do estado moçambicano tomada de medidas como o envio de força conjunta (militares e polícias) para o reforço e contenção da insurgência no TON. O terrorismo resultou em morte de muitos civís e militares, tornando necessário o envio constante de militares nacionais e reforço de militares estrangeiros (Habibe et. al., 2019).

Embora Moçambique tenha vivenciado outras situações de conflitos armados, essa situação particular era nova, as FDS não possuíam treino, equipamento e capacidade global para deterem e impedirem proactivamente actos de insurgência (Rita, 2020), além disso o modo operandis dos terroristas que perpetravam ataques caracterizados por esquitejo de militares e civís com transmissão nas redes sociais, colocou o país em um estado de alerta que abala a saúde mental dos que vivenciam os ataques de forma directa ou indirectamente, principalmente dos militares que rotativamente são enviados ao TON (Morier-Genoud, 2021).

A constante exposição real a eventos que geram ameaça a sua integridade, e que além de danos físicos podem gerar danos psicológicos a que os militares estão sujeitos, torna a profissão militar de risco para desenvolvimento do TEPT. Portanto, torna-se oportuno problematizar a questão:

***Qual é a sintomatologia do transtorno de estresse pós-traumático apresentada pelos militares da escola da polícia militar das forças armadas?***

## **2. Revisão bibliográfica**

### **2.1 Transtorno do Estresse Pós-traumático**

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) tem uma história rica e complexa que reflecte a evolução da compreensão sobre os efeitos do trauma psicológico ao longo do tempo.

As primeiras discussões sobre os efeitos psicológicos de eventos traumáticos surgiram no século XIX, especialmente na escola francesa de psicologia. Na primeira vez que o termo "neurose traumática" foi usado, pelo neurologista alemão Herman Oppenheim, em 1889, sua conotação foi inteiramente organicista, considerando-se a época que as lesões funcionais que pareciam ocorrer nestes casos eram devidas a mudanças moleculares subtis no sistema nervoso central (SNC), (Schestatsky, 2003 citado por Machado & Siqueira, 2022).

Trinta anos antes, no entanto, em 1859, o psiquiatra francês Pierre Briquet estabeleceu a primeira conexão psicológica entre os sintomas de histeria, incluindo os de somatização, com histórias de traumas sexuais na infância: das 501 pacientes históricas que descreveu, relatou origens especificamente traumáticas em 76% delas, (Machado & Siqueira, 2022).

Ainda na mesma senda Schestatsky (2003, citado por Machado & Siqueira, 2022) referência que os trabalhos de Jean-Martin Charcot e Pierre Janet foram fundamentais ao estabelecer uma conexão entre traumas e sintomas de histeria. Charcot, em particular, estudou pacientes que apresentavam reacções psicológicas intensas após experiências traumáticas, enquanto Janet enfatizava a importância da memória e da dissociação.

O conceito de stress de combate é antigo, tem referências na guerra civil americana. Desde então, recebeu diversas denominações como neurose de guerra, fadiga de batalha e operacional. Durante e após as Guerras Mundiais, o termo "neurose de guerra", cunhado por William Stern e posteriormente por B. B. Kardiner, ganhou destaque. Kardiner descreveu os efeitos psicológicos de experiências de combate, que se tornaram um foco importante para entender o TEPT. A experiência de soldados expostos a traumas de guerra levou à identificação de sintomas que se assemelham ao que hoje reconhecemos como TEPT (Rodrigues et. al., 2024).

Foi Abram Kardiner, psicanalista ex-analisando de Freud, quem viria a se ocupar com o assunto de forma integradora, novamente incentivado pelos achados clínicos de uma situação de guerra, desta vez, a Segunda Guerra Mundial. Kardiner publica, em 1941, um livro sobre As Neuroses

Traumáticas de Guerra, que passa a ser considerado por vários autores especializados como a obra que viria a definir, pelo resto do século XX, o que seria o Transtorno de estresse Pós-Traumático. É ele quem anota, pela primeira vez, entre outros achados clínicos detalhados, que os pacientes que sofriam de neuroses traumáticas desenvolviam uma permanente hipervigilância e sensibilidade frente às ameaças ambientais, afirmando que o núcleo destes quadros era uma fisioneurose, que estava presente, tanto no campo de batalha, como durante o processo de reorganização (emocional), sobrevivendo e persistindo sob forma crónica e permanecendo a síndrome traumática sempre sem modificações (Nisar, 2020),

Em 1970 psiquiatras americanos, iniciaram encontros de grupos com pacientes veteranos da guerra do Vietnam. Esses psiquiatras estudaram literaturas existentes, sobre sobreviventes do holocausto, as neuroses traumáticas de guerra de Kardiner e ainda trabalhos sobre vítimas de acidentes e queimaduras. E assim montaram uma lista com os 27 sintomas mais comuns de neuroses traumáticas, e os compararam com as fichas clínicas dos pacientes veteranos do Vietnam, dando origem aos critérios usados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III (DSM-III) para incluir a categoria do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na sua classificação diagnóstica (Schestatsky et al, 2003 citado por Rodrigues et. al., 2024).

Segundo Coelho (2022), o TEPT é uma perturbação relativamente recente, visto que, está presente apenas desde 1980 no DSM-III, da Associação de Psiquiatria Americana e no CID- 9 da Organização Mundial de Saúde, desde o ano de 1992. Isto porque a sua sintomatologia apesar de ser descrita já há alguns anos, não permitia formar um diagnóstico tão concreto como o actual. No final do século XIX os médicos começaram a dar atenção ao impacto psicológico da guerra givil dos Estados Unidos e da Guerra Franco-Prussiana nos combatentes, verificando que em ambas os indivíduos apresentavam os mesmos sintomas cardiovasculares e psiquiátricos (neurose de guerra, nostalgia, fadiga de combate, choque de granada). Com o passar do tempo e considerando que o estresse consequente de catástrofes ou de eventos traumáticos é muito mais comum do que o esperado, começou-se a considerar o TEPT como uma perturbação de saúde pública muito significativa (Friedman, 2009).

No decorrer da história, as guerras existentes têm vindo a provocar diversas deteriorações à humanidade, quer a nível físico, quer a nível psicológico/ psiquiátrico. Estes danos, de certa

forma, atingem toda a população, no entanto há alguns grupos, como é o caso dos militares, que estão mais propensos a serem vítimas destas deteriorações. Isto porque, têm um maior desgaste físico e mental, são submetidos a diversas ameaças de vida e estão, muitas vezes, em constante sofrimento (Serra, 1999).

O desenvolvimento desta perturbação está interligado a diversos factores, ao nível genético, social e individual, tais como: a personalidade, a idade, a religião, o histórico de perturbações ao nível da saúde mental e as estratégias de enfrentamento (Cervantes et al., 2013). A participação dos militares em teatros de guerra a nível internacional tem um grande impacto no seu funcionamento psicológico, sendo que um dos factores que pode contribuir para o aparecimento de uma perturbação psicológica ou psicopatológica é a exposição, tanto directa ou indirecta, a situações potencialmente traumáticas (Ferrajão, 2010, citado por Coelho, 2022).

### **2.1.2 O Contexto Específico da Insurgência em Cabo Delgado**

Desde o início das hostilidades a 5 de outubro de 2017, a província de Cabo Delgado tornou-se palco de um dos conflitos armados mais complexos e desafiadores da África Austral contemporânea. Este conflito distingue-se não apenas pela sua natureza violenta, mas sobretudo pelas suas características assimétricas, pela imprevisibilidade das acções insurgentes e pela profunda vulnerabilidade das populações locais e das forças militares envolvidas.

A insurgência em Cabo Delgado caracteriza-se por estratégias que combinam ataques surpresa, mobilidade elevada e utilização de violência extrema como instrumento de intimidação e controlo territorial. De acordo com Morier-Genoud (2021), os grupos insurgentes utilizam deliberadamente actos de brutalidade como decapitações, mutilações e destruição de infraestruturas como forma de guerra psicológica, ampliando o impacto do conflito para além do campo físico e atingindo directamente a esfera emocional dos indivíduos.

Para os militares das Forças de Defesa e Segurança (FDS), o Teatro Operacional Norte (TON) representa um ambiente de elevada exigência psicológica, no qual a ameaça não é apenas constante, mas também difusa e imprevisível. Ao contrário de conflitos convencionais, onde existe uma delimitação clara entre combatentes e não combatentes, neste contexto o inimigo pode estar infiltrado na população civil, o que gera um estado contínuo de alerta e desconfiança.

Segundo Manafe et al. (2024), a exposição prolongada a este tipo de ambiente está associada a níveis extremamente elevados de sofrimento psicológico, com taxas de TEPT que ultrapassam 70% em populações directamente afectadas. Este cenário torna-se ainda mais crítico quando se considera que os militares não apenas vivenciam o trauma directamente, mas também testemunham sofrimento extremo de civis, incluindo mulheres e crianças.

A literatura demonstra que a exposição repetida a eventos traumáticos de elevada intensidade está associada à activação crónica do sistema de resposta ao stress, resultando em alterações neurobiológicas persistentes (McEwen, 2015). No caso específico de Cabo Delgado, esta activação é exacerbada pela ausência de períodos adequados de recuperação psicológica, pela duração prolongada das missões e pelas condições adversas no terreno.

Além disso, o isolamento geográfico e a limitação de comunicação com familiares contribuem significativamente para o agravamento do sofrimento emocional. A ausência de redes de suporte imediato dificulta o processamento emocional das experiências traumáticas, favorecendo a internalização do sofrimento e o desenvolvimento de sintomatologia psicológica persistente.

Deste modo, o contexto da insurgência em Cabo Delgado deve ser compreendido não apenas como um cenário militar, mas como um ambiente profundamente traumático, com implicações significativas para a saúde mental dos militares envolvidos.

## **2.2 Critérios de Diagnóstico e Sintomatologia**

A sintomatologia de TEPT mais comum em vítimas passa por reviver a agressão sofrida, em forma de imagens e memórias constantes e involuntárias e pesadelos recorrentes, comportamentos de evitamento, acabando por evitar lugares ou situações que estejam associadas ao acontecimento traumático, dificuldade de concentração e elevada irritabilidade emocional (Ramos et al., 2014).

Uma das características particulares do transtorno de stress Pós-traumático é o desenvolvimento de sintomas individuais após a exposição a um episódio traumático. Por essa mesma razão, o transtorno de stress Pós-traumático varia: enquanto alguns indivíduos apresentam sintomas de medo, revivência emocional e comportamental, outros experienciam humor disfórico e cognições negativas, outros demonstram excitação e sintomas reativos, outros apresentam sintomas

dissociativos e, ainda existem outros indivíduos que revelam uma combinação de todos os padrões descritos anteriormente (APA, 2014).

De acordo com Ribeiro & Freitas (2020), o sistema classificatório de doenças DSM (American Psychiatric Association) define o estresse pós-traumático como uma resposta sintomática potencialmente crônica em relação a um evento estressor traumático, incluindo doze sintomas agrupados em três categorias: a primeira inclui sintoma de revivência do evento; a segunda, diz respeito aos sintomas de evitação e distanciamento afectivo; e a terceira categoria contém seis sintomas variados, entre os quais a excitabilidade aumentada, o prejuízo cognitivo, isolamento e fuga de estímulos associados ao trauma.

---

**Critério A** – Consiste na exposição a um episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em pelo menos uma das seguintes formas:

1. Vivenciar de forma Directa o evento traumático.
  2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com terceiros.
  3. Ter conhecimento que o evento traumático ocorreu com um familiar ou alguém próximo.
  4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes que revertem ao evento traumático.
- No caso de exposição através dos meios de comunicação e caso não esteja relacionada com o seu trabalho, este critério não é aplicado.

---

**Critério B** – Refere a presença de pelo menos um dos seguintes sintomas intrusivos associados ao acontecimento traumático, que começaram após este ter acontecido:

1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do episódio traumático.
2. Sonhos angustiantes recorrentes relacionados ao acontecimento traumático.
3. Reacções dissociativas nas quais o sujeito sente ou age como se o evento traumático estivesse a acontecer novamente.
4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado.

5. Reacções fisiológicas intensas.

---

**Critério C** – Existe um evitamento persistente de estímulos associados ao evento traumático, que têm início após a ocorrência do evento, sendo evidenciado por um ou por ambos os aspetos seguintes:

1. Evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes relativos ao acontecimento traumático.
  2. Evitar recordações externas que despertem lembranças, pensamentos ou sentimentos angustiantes relacionados ao evento traumático.
- 

**Critério D.** Consiste em alterações negativas em cognições e também no humor associadas ao episódio traumático tendo início ou piorando depois do episódio, sendo evidenciado no mínimo por dois dos seguintes aspetos:

1. Incapacidade de recordar aspectos do evento traumático.
  2. Crenças e/ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si, dos outros e do mundo.
  3. Cognições distorcidas persistentes a respeito do motivo ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar-se a si mesmo ou aos outros.
  4. Estado emocional negativo persistente.
  5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.
  6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.
  7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas
-

**Critério E.** Refere alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, tendo começado ou piorado após este ter acontecido, conforme evidenciado no mínimo por dois dos aspetos seguintes:

1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) expressos sob a forma de agressão, seja esta verbal ou física, a pessoas e objectos.
  2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
  3. Hipervigilância.
  4. Problemas de concentração.
  5. Perturbação do sono.
- 

**Critério F.** Refere que a perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.

---

**Critério G.** A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo a diversas áreas importantes da vida do indivíduo e a diferentes níveis, como social ou profissional.

---

**Critério H.** Refere que a perturbação existente não se deve aos efeitos fisiológicos de alguma substância ou a outra condição médica.

---

### 2.3 Factores de Risco

Os factores de risco para o TEPT são diversos e interconectados, abrangendo predisposições biológicas, experiências de vida anteriores, condições psicológicas e contextos sociais. O reconhecimento e a compreensão desses factores são essenciais para a identificação precoce de indivíduos em risco e para o desenvolvimento de intervenções preventivas e terapêuticas eficazes (Carvalho, 2024). Uma revisão da literatura sobre os factores de risco para o transtorno de stress pós-traumático (TEPT) revelou um panorama multifacetado que abrange elementos biológicos, psicológicos e sociais. Os estudos analisados apontaram para uma interação complexa entre esses factores, que juntos contribuem para a vulnerabilidade ao desenvolvimento do TEPT após a exposição a eventos traumáticos (Álvares et al., 2021).

- ❖ **Genética:** a predisposição ao TEPT tem sido amplamente estudada, com evidências sugerindo que indivíduos com histórico familiar de transtornos psiquiátricos apresentam maior risco de desenvolver TEPT. Polimorfismos específicos em genes relacionados à regulação do estresse, como o gene do transportador de serotonina, também foram associados a uma maior suscetibilidade ao TEPT. Esses achados sugerem que a hereditariedade pode desempenhar um papel significativo na resposta ao trauma (González-Bracamonte & Alvarenga, 2022).
- ❖ **Histórico de traumas:** o histórico de traumas anteriores é um importante factor de risco para o TEPT. Indivíduos que já experimentaram eventos traumáticos, especialmente na infância, têm uma probabilidade significativamente maior de desenvolver TEPT após um novo trauma. A exposição repetida a traumas pode levar a uma sensibilização do sistema de resposta ao stress, tornando os indivíduos mais vulneráveis a futuros eventos traumáticos (Castateret al., 2022).
- ❖ **Transtornos psiquiátricos:** A presença de comorbidades psiquiátricas, como depressão, ansiedade e transtornos de uso de substâncias, também foi identificada como um fator de risco significativo para o TEPT. Essas comorbidades podem não apenas aumentar a vulnerabilidade ao desenvolvimento do TEPT, mas também exacerbar a gravidade dos sintomas e dificultar o tratamento. O estado psicológico pré-existente de um indivíduo pode influenciar directamente sua capacidade de lidar com o stress e a adversidade, contribuindo para a persistência dos sintomas de TEPT (Haagenet al., 2017).

- ❖ Suporte Social: estudos mostram que indivíduos com redes de suporte social fortes e coesas tendem a apresentar uma resiliência maior ao estresse traumático. Em contraste, a ausência de suporte social, isolamento e relacionamentos interpessoais problemáticos estão correlacionados com um risco aumentado de desenvolver TEPT. O suporte emocional e prático pode fornecer um amortecedor contra os efeitos negativos do trauma, ajudando os indivíduos a processar e integrar a experiência traumática de maneira mais saudável (González-Bracamonte & Alvarenga, 2022).

Além disso, características do próprio trauma, como a proximidade, intensidade e duração do evento, são determinantes na probabilidade de desenvolver TEPT. Traumas que envolvem ameaça directa à vida, violência extrema ou exposição prolongada têm maior probabilidade de resultar em TEPT. A natureza imprevisível e incontrolável de muitos eventos traumáticos intensifica a resposta ao stress, dificultando a recuperação e a adaptação pós-trauma (Monteiro & Silva, 2023).

## 2.4 Enquadramento teórico

Moçambique enfrenta, desde 5 de outubro de 2017, ataques terroristas na Província de Cabo Delgado. Apesar da patriótica intervenção das FDS, no sentido de que as operações produzam efeitos desejados, designadamente a defesa activa da independência, da soberania e da integridade territorial, as acções dos terroristas ainda persistem (Habibe et. al., 2019). Situação que coloca, actualmente, as forças de defesa e segurança constantemente expostas a eventos traumáticos em campos de combate.

Embora evidências empíricas internacionais indiquem que a exposição a guerra e/ou combate pode interferir negativamente e de forma preocupante na saúde dos militares, poucos estudos foram realizados em Moçambique para analisar tal impacto, particularmente nos militares que participaram no TON.

O stress é o estado de tensão que causa desequilíbrio interno no organismo do indivíduo, afectando-o de tal forma que pode vir a causar danos. Laser (2016) defende que as fontes do stress podem ser tanto externas como internas. Sendo a primeira relacionada a factores ambientais, como: violência, perdas, problemas de saúde. A última diz respeito a factores psicológicos, ou seja, seus valores e crenças, sendo as mais difíceis de serem percebidas pelo indivíduo, pela dificuldade de ter uma visão exterior de si mesmo e não conseguir perceber que o modo como age, pensa e analisa as situações da sua vida pode ocasionar a situação de stress.

Um evento agressivo é o que dá origem ao estado de stress, podendo haver variações, com a presença de medo e sensações desagradáveis que geram no organismo afectado uma reacção ao agente agressor. Desse modo o organismo procura retornar ao seu estado de equilíbrio, de forma a eliminar o stress (Laser, 2016). O estresse pode ser entendido em três fases: Alerta, resistência e exaustão. Sendo, segundo Laser (2016), respectivamente:

**Alerta:** consiste no reconhecimento do factor stressor pelo organismo e a mobilização para o enfrentamento. Essa resposta é mediada pela activação do sistema nervoso autónomo simpático, o qual proporciona a liberação de noradrenalina e a liberação de adrenalina pelas glândulas suprenais. A activação simpática proporciona o aumento do alerta e vigília, inibição de funções vegetativas, redução da sinalização à dor, entre outros mecanismos

**Resistência:** A fase de resistência refere-se à persistência do estímulo stressor e as respostas fisiológicas e comportamentais são principalmente mediadas pela activação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), resultando na liberação do cortisol. A partir disso, o indivíduo apresenta sua melhor performance física e cognitiva para o restabelecimento da homeostase, como o aumento da frequência cardíaca e respiratória, aumento da oxigenação, do tônus muscular e do metabolismo. Ocorre a partir do momento que o indivíduo, já na situação de estresse, procura enfrentar a situação que causa o desconforto de maneira repetitiva e persistente.

**Exaustão:** A partir do momento em que os stressores permanecem e tornam-se crônicos, os mecanismos de adaptação começam a falhar, resultando em um déficit das reservas energéticas, caracterizando a fase de exaustão. Nesta fase, as modificações biológicas assemelham-se às da reacção de alarme, mas de forma intensificada. Essas modificações levam ao aparecimento de alterações cardíacas, gastrointestinais, respiratórias e até psiquiátricas (Rodrigo; Goulart & Guido, 2018).

A percepção do stress pode ser influenciada de acordo com experiências vividas pelo indivíduo, expressão genética e comportamento. Quando o cérebro percebe uma situação stressante, iniciam-se respostas comportamentais e fisiológicas, levando à alostase e adaptação. No entanto, os mesmos mediadores têm efeito bifásico: quando há uma superexposição aos mediadores que normalmente beneficiam a adaptação do corpo ao estressor, também podem contribuir para alterações cumulativas e fisiopatológicas (Mcewan, 2015).

## **2.5 Fisiopatologia do Transtorno do Estresse Pós-traumático**

Os sintomas surgem em resposta a um evento traumático agudo, ou seja, um incidente que pode causar ferimentos graves ou ameaçar a vida e é percebido como incontrolável e perigoso. O efeito é uma activação do eixo hipotálamo-hipofisário, bem como do locus coeruleus e do sistema noradrenérgico, regiões que estão conectadas à amígdala e ao hipocampo, mediando, respectivamente, o condicionamento do medo e a consolidação da memória. Como resultado, a experiência, os estímulos sensoriais associados a resposta emocional do medo são codificados, de modo que a exposição posterior a uma sugestão relacionada desencadeia a reactivação das memórias traumáticas, bem como ansiedade e aumento da excitação (Orsolini, et al., 2019; Bothe, et al., 2020 citados por Machado & Siqueira, 2022). Assim, a fisiopatologia do TEPT envolve vários neurotransmissores, incluindo os sistemas noradrenérgico, serotoninérgico,

canabinóide endógeno e opioide, bem como o eixo hipotálamo-hipófise adrenal e a liberação do factor liberador de corticotropina, que são sistemas envolvidos em outras condições psiquiátricas, como transtornos de humor ou ansiedade. Segundo Orsolini, et al., (2019), as alterações estruturais e os desequilíbrios dos neurotransmissores centrais envolvem os seguintes mecanismos:

1. Aumento da responsividade na amígdala e diminuição do volume no córtex pré-frontal e no hipocampo, desencadeando hiperexcitação e ansiedade;
2. Disfunção no eixo hipotálamo-hipófise coordenando os sistemas neuroendócrinos de resposta ao estresse; e
3. Desregulação de neurotransmissores: aumento de norepinefrina e glutamato e diminuição de serotonina.

No entanto, os mecanismos pelos quais o trauma induz a desregulação do medo ainda não são totalmente claros e não seria possível justificar a sintomatologia do TEPT em um modelo baseado apenas no condicionamento do medo, visto que outros sintomas listados no DSM-5 podem não ser consequentes dessa desregulação (Abdallah, 2019; Kelmendi et al., 2017)

## **2.6 Epidemiologia do Transtorno do Stress Pós- Traumático em Militares**

A incidência do TEPT é maior em populações de alto risco à exposição de eventos traumáticos (Lima et al., 2020), como os policiais, com prevalência, apresentando uma variação entre 7% e 19%. Os sintomas do transtorno impactam negativamente a saúde física e mental, ocasionando um pior funcionamento psicossocial e profissional dos agentes de segurança (Maia et al., 2007; Marmar et al., 2006 citados por Monteiro & Silva, 2023).

A profissão militar e paramilitar é amplamente reconhecida como uma das ocupações mais perigosas existentes e tem sido frequentemente associada a exposição a ocorrências traumáticas que podem ameaçar a vida ou representar uma ameaça à integridade física e mental, como confrontos armados; tentativas de homicídios e latrocínios; acidentes de automóveis; testemunho de ferimentos e mortes violentas (Monteiro & Silva, 2023).

A vitimização ligada ao risco da profissão está associada a ameaça à vida, que acarreta alteração nas respostas emocionais (Monteiro et al., 2020). Uma revisão bibliográfica realizada por

Klimley, Van Hasselt e Stripling (2018) sobre TEPT em paramilitares e despachantes de emergência, utilizando 218 artigos publicados nos anos de 1971 a 2018, constatou que a maioria tinha como população alvo os paramilitares, por experimentarem em média três eventos traumáticos a cada seis meses.

Lee, Kim, Won e Roh (2016) realizaram uma pesquisa com policiais da Coreia do Sul e verificaram que 2.761 dos entrevistados experimentaram pelo menos um evento traumático directo, 864 experimentaram um evento traumático indirecto e 192 foram envolvidos em um tiroteio. No geral, 41,11% foram diagnosticados com alto risco para o desenvolvimento de TEPT (Lee et al., 2016).

Um estudo realizado com 84 recrutas da polícia militar de Ontário, no Canadá, constatou que 79,3% dos militares já tinham sido expostos a pelo menos um evento crítico inerente à profissão. Do total dos entrevistados, 16% apresentaram faixa de sintomas moderado de trauma, 14% marcados na faixa alta, e 19% marcados no trauma grave (Leblanc et al., 2007 citado por Monteiro & Silva, 2023).

Com o objectivo de medir o impacto psicológico nos socorristas (profissionais de saúde, bombeiros, voluntários afiliados e militares) dos ataques terroristas em Paris em novembro de 2015, em termos de risco ao desenvolvimento de transtorno do estresse pós-traumático total ou parcial, Motreff et al. (2020) usaram o PCL-5. Os resultados revelaram que 4,8% dos socorristas apresentaram potencial para desenvolver o TEPT total e 15,7% revelaram risco de TEPT parcial. O TEPT total apresentou variação de 3,4% entre os bombeiros a 9,5% entre os militares, já para o TEPT parcial a variação foi de 10,4% entre os profissionais de saúde e 23,2% para os militares (Motreff et al., 2020).

Pietrzak et al. (2012) também estudaram o TEPT em militares socorristas nos ataques terroristas. Um total de 8.466 policiais participaram da pesquisa. Todos trabalharam ou se voluntariaram como parte de resgate, recuperação, restauração ou limpeza em Manhattan, Nova Iorque, após o ataque terrorista de 11 de setembro de 2001 ao World Trade Center. Um total de 455 (5,4%) militares atendeu aos critérios para TEPT total e 1.300 (15,4%) para TEPT parcial (Pietrzak et al., 2012).

## 2.7 Dinâmicas de Guerra Assimétrica e Estresse de Combate

A evolução dos conflitos armados nas últimas décadas tem evidenciado uma transição significativa dos modelos tradicionais de guerra para formas mais complexas e descentralizadas de combate, conhecidas como guerras assimétricas. Este tipo de conflito caracteriza-se pela ausência de fronteiras claras, pela utilização de táticas não convencionais e pela dificuldade de identificação do inimigo.

No contexto da insurgência em Cabo Delgado, estas características manifestam-se de forma particularmente intensa. Os militares operam num ambiente onde a distinção entre zonas seguras e perigosas é praticamente inexistente, o que obriga à manutenção de um estado contínuo de alerta. Esta condição gera um tipo específico de stress, frequentemente designado como “estresse de combate crónico”.

Segundo Rodrigues et al. (2024), o estresse em contextos de guerrilha difere significativamente do estresse em guerras convencionais. Enquanto nas guerras tradicionais o combate ocorre em momentos específicos, permitindo períodos de descanso e recuperação, nos conflitos assimétricos o perigo é constante e imprevisível.

Este estado permanente de alerta tem implicações profundas no funcionamento psicológico e fisiológico dos militares. A ativação contínua do sistema nervoso simpático e do eixo HPA leva a um desgaste progressivo dos mecanismos de adaptação, resultando em sintomas como irritabilidade, insônia, hipervigilância e dificuldade de concentração.

Além disso, a impossibilidade de antecipar ou controlar o ambiente contribui para a sensação de impotência e perda de controlo, factores que estão fortemente associados ao desenvolvimento do TEPT. A ausência de “fechamento” das experiências traumáticas impede o processamento adequado das mesmas, favorecendo a sua persistência na memória.

Estudos realizados em contextos semelhantes, como na Nigéria e na Somália, demonstram que militares expostos a guerras assimétricas apresentam níveis significativamente mais elevados de sofrimento psicológico em comparação com aqueles envolvidos em conflitos convencionais (Asare-Doku et al., 2021).

Assim, a natureza da guerra assimétrica não apenas aumenta a probabilidade de exposição ao trauma, mas também intensifica a sua complexidade e impacto psicológico.

## **2.8 Resiliência e Estratégias de Enfrentamento**

A resiliência constitui um dos conceitos centrais na compreensão da adaptação psicológica em contextos de adversidade extrema. No âmbito militar, este conceito assume particular relevância, uma vez que os militares são frequentemente expostos a situações de elevado risco e sofrimento.

Segundo Bonanno (2004), a resiliência não deve ser entendida como ausência de sofrimento, mas como a capacidade de manter ou recuperar o funcionamento psicológico após a exposição a eventos traumáticos. Trata-se de um processo dinâmico, influenciado por factores individuais, sociais e contextuais.

No contexto das FDS em Moçambique, as estratégias de enfrentamento desempenham um papel fundamental na mediação entre a exposição ao trauma e o desenvolvimento de psicopatologia. Estratégias adaptativas, como o suporte social, a coesão do grupo e o sentido de missão, podem reduzir significativamente o impacto psicológico das experiências traumáticas.

Por outro lado, estratégias desadaptativas, como o evitamento emocional e o uso de substâncias, podem contribuir para a manutenção e agravamento dos sintomas. Embora estas estratégias possam oferecer alívio imediato, a longo prazo dificultam o processamento do trauma.

A religiosidade emerge como uma estratégia particularmente relevante no contexto africano. Diversos estudos indicam que práticas espirituais, como oração e jejum, podem funcionar como mecanismos de regulação emocional e atribuição de significado às experiências traumáticas.

No entanto, a eficácia destas estratégias depende da sua integração com outras formas de suporte, nomeadamente o apoio institucional e psicológico. A ausência de programas estruturados de apoio pode limitar a capacidade dos militares de desenvolver mecanismos de enfrentamento eficazes.

Para além das dimensões já discutidas, importa considerar que as barreiras ao tratamento do TEPT em contextos militares não são apenas de natureza cultural ou estrutural, mas também epistemológica, isto é, relacionadas com a forma como o sofrimento psicológico é conceptualizado dentro da própria instituição. Em muitos casos, a saúde mental continua a ser abordada de forma reactiva, centrada na intervenção após o surgimento de sintomas, em detrimento de uma abordagem preventiva e contínua ao longo do ciclo operacional do militar, o que limita a eficácia das estratégias já descritas (Monteiro & Silva, 2023).

Neste sentido, a ausência de integração sistemática da saúde mental nas diferentes fases da carreira militar, recrutamento, formação, mobilização, desmobilização e reintegração, constitui uma lacuna significativa. A literatura indica que intervenções mais eficazes tendem a ser aquelas que acompanham o militar ao longo do tempo, permitindo não apenas a identificação precoce de sinais de sofrimento psicológico, mas também o desenvolvimento de competências de autorregulação emocional (Adewunmi et al., 2025; Wang et al., 2024).

Outro aspecto relevante diz respeito à literacia em saúde mental dentro das forças armadas. A falta de conhecimento sobre os sinais e sintomas do TEPT, tanto por parte dos militares como dos seus superiores, contribui para a subvalorização do problema e para o atraso na procura de ajuda. Neste contexto, programas de educação e sensibilização podem desempenhar um papel fundamental na redução do estigma e na promoção de comportamentos de procura de apoio (Sijbrandij et al., 2020; Tedla et al., 2024).

Adicionalmente, importa considerar o papel da liderança militar na construção de uma cultura organizacional mais favorável à saúde mental. Estudos indicam que líderes que promovem ambientes de apoio e comunicação aberta contribuem significativamente para a diminuição do estigma e para o aumento da adesão aos serviços de apoio psicológico (Asare-Doku et al., 2021). Em contrapartida, estilos de liderança mais rígidos e orientados exclusivamente para o desempenho operacional tendem a reforçar a ocultação do sofrimento psicológico.

No que se refere às abordagens terapêuticas, embora intervenções como os Primeiros Socorros Psicológicos e o apoio entre pares sejam fundamentais no contexto imediato, é igualmente importante considerar a necessidade de intervenções estruturadas a médio e longo prazo. A literatura aponta para a eficácia de abordagens psicoterapêuticas baseadas em evidência, particularmente quando adaptadas ao contexto cultural e operacional dos militares (Agashua, 2020; Igreja, 2020).

Neste sentido, a integração de práticas culturais e comunitárias, já referida anteriormente, deve ser compreendida não como uma alternativa às intervenções clínicas, mas como um complemento essencial que potencia a sua eficácia. Em contextos africanos, onde a identidade

individual está fortemente ligada à comunidade, a reintegração social assume um papel central no processo de recuperação psicológica.

Outro ponto crítico refere-se à continuidade dos cuidados. Em muitos casos, o apoio psicológico é limitado ao período imediatamente posterior ao regresso do teatro operacional, não existindo mecanismos de acompanhamento a longo prazo. Considerando que o TEPT pode manifestar-se de forma tardia ou evoluir para quadros crónicos, esta descontinuidade constitui um fator de risco significativo (Manafe et al., 2024).

Para além disso, a reintegração do militar na vida familiar e comunitária deve ser entendida como um processo bidirecional, que envolve não apenas o indivíduo, mas também o contexto em que este se insere. Programas que incluam a família e a comunidade no processo de recuperação têm demonstrado maior eficácia na redução do isolamento social e na promoção do bem-estar psicológico (Igreja, 2020).

No contexto moçambicano, a articulação entre as estruturas militares e o sistema nacional de saúde pode constituir uma estratégia relevante para ampliar o acesso aos cuidados de saúde mental. A criação de redes integradas de apoio permitiria não apenas uma resposta mais abrangente, mas também uma melhor continuidade dos cuidados ao longo do tempo.

Por fim, importa salientar que a abordagem do TEPT em contextos militares deve ser orientada por uma mudança de paradigma, na qual a saúde mental é reconhecida como um componente essencial da prontidão operacional. A valorização do bem-estar psicológico dos militares não deve ser vista como um sinal de fragilidade, mas como um investimento estratégico na eficácia e sustentabilidade das forças armadas (Coelho, 2022; Serra, 1999).

### **3. Hipóteses**

**H0-** Os militares que participaram no TON apresentam sintomas positivos de TEPT.

**H1-** Os militares que participaram no TON apresentam sintomas negativos de TEPT.

#### **4. Objectivos**

##### ***Objectivo geral***

- ❖ Avaliar a sintomatologia do transtorno de estresse pós-traumático em militares da escola da polícia militar das forças armadas.

##### ***Objectivos específicos***

- ❖ Descrever as vivências psicológicas dos militares em torno do teatro operacional norte.
- ❖ Identificar a sintomatologia do transtorno de estresse pós-traumático apresentada pelos militares.
- ❖ Estabelecer a correlação entre os constructos participação no TON e a sintomatologia de TEPT.

## 5. Metodologia

### 5.1 Tipo de estudo

Tratou-se de uma pesquisa transversal, exploratória com abordagem quanti-qualitativa. A análise diagnóstica é transversal porque a exposição ao factor está presente ao efeito no mesmo intervalo de tempo analisado, o que possibilita produzir informações sobre a presença de sintomatologia de TEPT e factores de risco em determinado tempo, assim como realizar associações entre estas (Nascimento & Cavalcante, 2018).

O objectivo foi exploratório porque a principal finalidade foi obter a máxima intimidade com o objecto de estudo, de maneira a extrair o maior número possível de dados e obter uma visão geral do facto a ser estudado (Gil, 2017). Os métodos mistos são definidos como um procedimento de recolha, análise e combinação de técnicas quantitativas e qualitativas em um mesmo desenho de pesquisa. O pressuposto central que justifica a abordagem quali-quantitativa é o de que a interacção entre eles fornece melhores possibilidades analíticas (Creswell e Plano Clark, 2017).

### 5.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na escola da polícia militar das forças armadas. Essa localiza-se na província de Maputo, no município da Matola, na localidade da Matola-sede ao lado do cemitério de Texlom. A escola tem uma estrutura orgânica composta por: **Comandante-responsável** por emitir e receber ordens no quartel; **Sargento Maior da unidade-** responsável por zelar pela classe dos sargentos e praças da unidade; **Secção do pessoal-** responsável pela gestão dos recursos humanos efectivos da unidade; **Secção de informação militar-** responsável por gerir e zelar pelas informações sigilosas, **Secção das finanças-** responsável pela gestão da área financeira dos militares; **Secção de saúde militar-** vela pela área da saúde militar e o **Corpo de Instruendos-** responsável pela gestão de todos os militares que fazem o curso da polícia militar.

### 5.3 Período do estudo

A recolha de dados decorreu durante o mês de setembro de 2025, em conformidade com o cronograma previamente estabelecido para a execução do estudo. A definição deste período teve em consideração não apenas a organização temporal da investigação, mas também factores

operacionais e institucionais que pudessem influenciar a disponibilidade e participação dos militares.

A escolha do mês de setembro revelou-se adequada por corresponder a um período relativamente estável no calendário institucional, permitindo a realização da recolha de dados sem interferir significativamente com atividades operacionais críticas, formações intensivas ou deslocamentos em massa para o Teatro Operacional Norte. Esta estabilidade foi fundamental para garantir a acessibilidade aos participantes e a continuidade do processo de recolha.

Durante este período, a recolha foi realizada de forma faseada, de modo a acomodar os horários e as funções dos militares, evitando sobrecarga e garantindo a participação voluntária e consciente. Esta organização permitiu uma melhor gestão do tempo, tanto por parte do investigador como dos participantes, contribuindo para a qualidade dos dados recolhidos.

A delimitação temporal da recolha de dados possibilitou a obtenção de informações num contexto relativamente homogêneo, reduzindo a influência de variações sazonais ou operacionais que pudessem afectar o estado psicológico dos participantes. Este controlo temporal é particularmente relevante em estudos envolvendo populações militares, onde mudanças no contexto operacional podem impactar significativamente as variáveis em análise.

Importa ainda referir que o cumprimento rigoroso do cronograma contribuiu para a organização global do estudo, permitindo a articulação eficiente entre as diferentes fases da investigação, nomeadamente a recolha, o tratamento e a análise dos dados. Esta coerência temporal reforça a consistência metodológica do estudo e facilita a replicabilidade em investigações futuras.

Deste modo, a realização da recolha de dados no período definido assegurou não apenas a viabilidade operacional do estudo, mas também a qualidade e a consistência das informações obtidas.

## **5.4 População do estudo, amostra, amostragem ou modo de selecção dos participantes**

### **5.4.1 População do estudo.**

A população do estudo foi constituída por todos os militares efectivos em serviço no quartel da Escola da Polícia Militar das Forças Armadas. A escolha desta população justifica-se pela sua relevância estratégica no contexto da investigação, uma vez que estes militares desempenham

funções directamente relacionadas com a segurança, disciplina e operações militares, estando potencialmente expostos a situações de elevada exigência psicológica.

A Escola da Polícia Militar das Forças Armadas configura-se como um contexto institucional específico, caracterizado por uma estrutura hierárquica bem definida, rotinas operacionais exigentes e processos contínuos de formação e treino. Neste ambiente, os militares estão sujeitos a múltiplos factores de stress, incluindo exigências disciplinares rigorosas, preparação para cenários operacionais e, em alguns casos, participação directa ou indirecta em missões no Teatro Operacional Norte (TON).

A inclusão de todos os militares efectivos como população do estudo permitiu uma abordagem abrangente, possibilitando a análise do fenómeno em diferentes níveis hierárquicos e funcionais dentro da instituição. Esta diversidade contribui para uma melhor compreensão das variações na experiência psicológica dos militares, considerando factores como tempo de serviço, funções desempenhadas e exposição a contextos operacionais.

Importa salientar que a definição da população teve em consideração critérios de acessibilidade e viabilidade, tendo sido seleccionado um contexto institucional onde fosse possível realizar a recolha de dados de forma organizada e ética. A concentração dos participantes num único quartel facilitou a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, bem como a implementação de procedimentos padronizados.

A escolha desta população está alinhada com os objectivos do estudo, que visam compreender fenómenos relacionados com a saúde mental em contexto militar. Ao focar-se em militares efectivos, o estudo abrange indivíduos que se encontram em plena actividade profissional, permitindo captar experiências atuais e relevantes para a compreensão do impacto psicológico associado à função. A especificidade do contexto analisado permite uma compreensão aprofundada da realidade estudada, constituindo uma base relevante para investigações futuras em contextos semelhantes.

Deste modo, a definição da população do estudo procurou equilibrar critérios de relevância científica, acessibilidade e viabilidade operacional, garantindo a adequação da amostra aos objectivos da investigação.

#### 5.4.2 Amostra qualitativa

Segundo Margilvy et al. (1994), nos estudos qualitativos, não se trata de amostras representativas no sentido probabilístico do termo: não se poderiam por isso efectuar análises estatísticas sobre os dados assim colhidos. Ainda de acordo com Minayo (1999), em estudos qualitativos o critério de determinação do tamanho de amostra não é numérico, mas deve ser capaz de reflectir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. Aqui, a base da amostra não é estatística: procura-se sobretudo juntar entre os participantes de um estudo as propriedades concretas de um grupo ou de uma situação. Nessa vertente a amostra será de 10 participantes.

Foi usada a amostragem não probabilística por conveniência, devido à natureza exploratória da vertente e a facilidade de acesso aos participantes. A escolha do tamanho da amostra é justificada pelo facto descrito pelos autores Silva, Marinho e Araújo de França (2013), que as pesquisas qualitativas procuram, em especial, compreender, explicar e especificar os fenómenos. Com esse objectivo, tais estudos acabam por não se deter tanto à questão numérica, pois não existe uma preocupação relevante com o tamanho da amostra, mas sim com a qualidade da interpretação e análise dos dados produzidos.

#### 5.4.3 Amostra quantitativa

O cálculo do tamanho da amostra foi efectuado consoante a inequação de Yamane:

*Inequação de Yamane*

$$n \geq \frac{N}{1 + N \cdot (e)^2}$$

Onde:

**n:** Tamanho da amostra;

**N:** A população de estudo

**e<sup>2</sup>** : Nível de significância, 5% para o estudo.

$$n \geq \frac{197}{1 + 197 \cdot (0.05)^2}$$

**n ≥ 131,7 ~ 132.** Desta forma, a amostra do trabalho foi de 132 militares.

#### **5.4.4 Amostragem**

A amostragem foi probabilística aleatória simples onde cada participante teve a mesma probabilidade de ser seleccionado aleatoriamente para integrar a amostra.

#### **5.5 Critérios de Inclusão**

- ❖ Ser militar da escola de policias militares das forças armadas.
- ❖ Ter participado no Teatro Operacional Norte.
- ❖ Consentir em participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e informado.

#### **5.6 Critérios de Exclusão**

- ❖ Ter alguma condição médica que comprometa a participação no estudo.
- ❖ Exigir benefícios não previstos para o estudo.

#### **5.7 Procedimentos, técnicas e instrumentos de recolha de dados**

##### **5.7.1 Procedimentos**

O protocolo de pesquisa foi submetido ao comité ético-científico. Depois da aprovação desse, a investigadora principal foi apresentar-se formalmente ao comando provincial das forças armadas de defesa com a intenção de expor os objectivos do estudo e obter autorização para a recolha dos dados. A posterior foi realizada a verificação da entrevista com militares de um quartel análogo e realizados os ajustes necessários para iniciar a recolha de dados. A recolha de dados foi realizada no local do estudo, em um local apropriado que resguardou a privacidade. A sensibilização para a participação no estudo foi realizada na formatura dos militares com explicação dos objectivos do estudo e dos cuidados éticos envolvidos. Á todo participante que mostrou interesse em participar e satisfaz os critérios de inclusão, foi oferecido o termo de consentimento livre e informado para assinatura e posterior recolha dos dados.

## **5.7.2 Instrumentos de recolha de dados**

### ***Vertente Qualitativa***

Como técnica de recolha de dados foi usada uma entrevista semiestruturada, dividida em duas partes, onde a primeira parte foi composta por um questionário sociodemográfico, com objectivo de recolher informações relativas a: idade, sexo, estado civil, residência, profissão/ ocupação, categoria e anos de serviço. A segunda parte foi composta por perguntas abertas com a finalidade de recolher informação sobre as vivências dos militares em torno do TON.

### ***Vertente Quantitativa***

Foi usado o Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD-5), que é um breve instrumento de rastreio composto por cinco perguntas, criado especificamente para detectar a possível presença de Transtorno de Stress Pós-Traumático (TEPT) nos indivíduos, criado por Annabel Prins para triagem do transtorno de estresse pós-traumático ao nível cuidados de saúde primários, de forma a otimizar o tempo e os recursos limitados nesse nível. Este questionário foi estrategicamente desenvolvido para ser utilizado em contextos de cuidados primários, permitindo que os prestadores de cuidados de saúde avaliem rapidamente os pacientes para detectar sintomas que possam indicar PTSD. Ao concentrar-se num pequeno número de perguntas específicas, o PC-PTSD-5 permite incorporar o rastreio da PTSD nas consultas de rotina dos pacientes sem aumentar significativamente a duração da consulta (Prins et. al., 2016). Os inquiridos podem atribuir uma pontuação de 0 a 5, que corresponde a uma contagem de respostas “sim” às 5 perguntas.

O instrumento foi validado para a população moçambicana, num estudo que avaliou cinco dimensões específicas que são: 1. Reexperiência, 2. Evitamento; 3. Entorpecimento ou perda de sensação, 4. Hipervigilância e 5. Culpabilidade ou Culpabilização (Massinga, 2023). Esses 5 itens principais fazem referência aos sintomas apresentados no último mês e tem como opção de resposta dicotómica “Sim” ou “Não”. Para considerar a presença do TEPT o paciente deve apresentar pelo menos três itens positivos dos cinco e é representado por uma pergunta para cada item. Se a resposta da primeira pergunta for “não”, os participantes não completam o restante do PC-PTSD-5 e a pontuação é zero. Se a resposta for positiva, respondem às questões todas do questionário.

## 5.8 Plano de gestão e análise de dados

### *Vertente Qualitativa*

A análise das entrevistas foi efectuada com recurso ao software da *atlas.ti*, considerando uma Análise Temática. Este procedimento de análise de dados qualitativos, proposto por Boyatzis (1998), é comumente recomendado quando existe uma considerável extensão de dados tipicamente recolhidos por entrevista e focados na descrição de uma experiência pessoal (Boyatzis, 1998; King & Horrocks, 2010). Esta estratégia analítica, amplamente usada, apresenta a vantagem de ser suficientemente flexível adequando-se a investigações com diferentes pressupostos teóricos e metodológicos (Braun & Clarke, 2006). Os dados provenientes do questionário sociodemográfico e da entrevista, que respondem ao primeiro e terceiro objectivo específico, foram submetidos a análise temática, conforme padrões e significados subjacentes aos conteúdos colhidos para identificação de temas.

A análise temática sistematiza temas considerando a expressão de um grupo de participantes relativamente aos diferentes aspectos da experiência analisada, mas pode, simultaneamente, conciliar o quadro teórico de referência sobre a temática (King & Horrocks, 2010). Em concreto, esta estratégia identifica, analisa e evidencia padrões nos dados qualitativos, permitindo descrever e organizar a informação, assim como atribuir um sentido mais amplo a um tópico de investigação (Boyatzis, 1998; Braun & Clarke, 2006).

Em termos do procedimento de análise, num primeiro momento, foi considerada a importância da apropriação da extensão e riqueza dos dados através da leitura integral das entrevistas assinalando-se, ao longo do texto, as primeiras categorias que poderão converter-se em temas. Os passos posteriores, focaram-se na sistematização dos temas, tentando assegurar a delimitação e independência destes, numa árvore hierárquica que permitirá atribuir um sentido global aos dados (Braun & Clarke, 2006; Saldaña, 2009; Spencer et al., 2003).

### *Vertente Quantitativa*

Os dados quantitativos, que respondem ao segundo objectivo específico, foram organizados e armazenados em um banco de dados do Microsoft excel e posteriormente analisados no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0, permitindo a geração de relatórios e análise descritiva e inferencial dos dados. Os dados descritivos serão apresentados em gráficos e

tabelas com frequências, médias e desvio padrão de cada factor. O teste qui-quadrado será utilizado para fazer associação das variáveis categóricas e a correlação entre a profissão militar e o transtorno do stress pós-traumático.

## **5.9 Variáveis**

### **5.9.1 Relação entre Variáveis, Objectivos Específicos e Análise de Dados**

Relativamente ao primeiro objectivo específico, que visa descrever as vivências psicológicas dos militares em torno do Teatro Operacional Norte (TON), a variável central considerada foi a participação no TON, entendida como o principal eixo de exposição a eventos potencialmente traumáticos em contexto operacional. A análise deste objectivo foi conduzida por meio de abordagem qualitativa, recorrendo à análise temática segundo o modelo de Braun e Clarke, a partir das entrevistas realizadas com os participantes. Esta análise permitiu identificar padrões recorrentes de significado associados às experiências vividas, nomeadamente situações de ameaça à vida, medo constante, perdas humanas, pressão emocional e dificuldades de adaptação psicológica.

A variável profissão militar foi igualmente considerada para enquadrar as vivências no contexto ocupacional específico, permitindo compreender as exigências institucionais e operacionais associadas às experiências relatadas. As variáveis sociodemográficas e clínicas: idade, sexo, estado civil, residência, categoria hierárquica, religião, nível de escolaridade, histórico médico e tempo de serviço foram utilizadas de forma descritiva e contextual, auxiliando na interpretação das narrativas e na compreensão das diferenças individuais na vivência e significação da experiência no TON.

No que respeita ao segundo objectivo específico, que consiste em identificar a sintomatologia do Transtorno de Stress Pós-Traumático (TEPT) apresentada pelos militares, a variável central analisada foi o TEPT, operacionalizada por meio da escala Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5). A análise de dados foi realizada através de estatística descritiva, incluindo o cálculo de frequências absolutas e relativas das dimensões avaliadas pela escala, nomeadamente reexperiência do trauma, evitamento, entorpecimento emocional, hipervigilância e culpa/autoculpabilização.

No que concerne ao terceiro objectivo específico, que visa estabelecer a correlação entre a participação no Teatro Operacional Norte e a sintomatologia de TEPT, foram consideradas duas variáveis principais: a participação no TON, enquanto variável independente, e a pontuação total na PC-PTSD-5, enquanto variável dependente. Para este efeito, foi utilizada estatística inferencial, recorrendo ao teste do qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ), com o objectivo de verificar a existência de associação estatisticamente significativa entre a exposição ao TON e o rastreio positivo para TEPT, definido por pontuação igual ou superior a dois sintomas na escala. As variáveis sociodemográficas e profissionais, como idade, categoria hierárquica, tempo de serviço, estado civil e religião, foram consideradas como variáveis de enquadramento, contribuindo para uma interpretação mais contextualizada dos resultados inferenciais, sem, contudo, constituírem objecto de testes multivariados.

## **6. Considerações éticas**

### **6.1 Potenciais riscos e como estes foram minimizados**

O estudo foi classificado como de risco mínimo para os participantes, tanto no que concerne ao manuseio dos dados quanto à aplicação dos instrumentos de recolha. Ainda assim, considerando a natureza sensível do tema investigado, foram identificados potenciais riscos de ordem emocional e psicológica, que foram cuidadosamente antecipados e mitigados ao longo de todo o processo de investigação.

Entre os riscos potenciais, destaca-se a possibilidade de os participantes experimentarem sentimentos de desconforto emocional, decorrentes da evocação de pensamentos, sentimentos e vivências pessoais, especialmente aqueles associados a experiências traumáticas. A partilha de informações desta natureza pode gerar a percepção de invasão de privacidade ou reactivação de memórias emocionalmente perturbadoras, particularmente relevante em estudos que abordam saúde mental em contextos militares.

Face a estes riscos, foram adoptadas medidas específicas baseadas nos princípios bioéticos fundamentais que orientam a investigação com seres humanos. O princípio da beneficência foi assegurado através de uma avaliação criteriosa da relação entre riscos e benefícios do estudo, tanto a nível individual quanto colectivo. Procurou-se garantir que os benefícios potenciais nomeadamente a produção de conhecimento científico relevante e a possibilidade de melhoria

das práticas institucionais de apoio à saúde mental superassem quaisquer riscos associados à participação.

Simultaneamente, o princípio da não maleficência orientou a implementação de estratégias destinadas a prevenir ou minimizar quaisquer danos possíveis. Durante a aplicação dos instrumentos, foi assegurado que os participantes pudessem interromper a sua participação a qualquer momento, sem necessidade de justificação, caso experienciassem desconforto emocional. Esta medida reforça o controlo do participante sobre o processo e reduz o risco de exposição prolongada a situações emocionalmente difíceis.

Foi garantido o acesso a apoio psicológico sempre que necessário. Os participantes foram previamente informados sobre a disponibilidade de encaminhamento para serviços de apoio psicológico, caso a participação no estudo desencadeasse qualquer tipo de mal-estar significativo. Esta medida constitui uma salvaguarda essencial, assegurando que eventuais efeitos adversos sejam devidamente acompanhados e tratados.

No contexto específico desta investigação, envolvendo militares, estes cuidados assumem particular relevância, tendo em conta a possibilidade de subvalorização do sofrimento psicológico e a tendência para a supressão emocional associada à cultura institucional. Assim, a criação de um ambiente seguro, respeitador e livre de julgamento foi fundamental para minimizar riscos e promover uma participação ética e consciente.

Deste modo, embora o estudo apresente riscos mínimos, a implementação de medidas preventivas e de apoio permitiu assegurar a proteção do bem-estar dos participantes, garantindo a conformidade com os princípios éticos e a integridade do processo de investigação.

## **6.2 Consentimento informado**

A recolha de dados foi realizada após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e informado por parte dos participantes, garantindo o cumprimento dos princípios éticos fundamentais da investigação científica. Este procedimento assegurou que todos os participantes foram devidamente esclarecidos acerca dos objectivos do estudo, da natureza da sua participação, bem como dos potenciais riscos e benefícios associados.

Antes do início da recolha de dados, foi apresentado aos participantes um documento de consentimento elaborado de acordo com as normas éticas aplicáveis à investigação com seres

humanos. Este documento incluía informações detalhadas sobre o propósito do estudo, os procedimentos envolvidos, a duração da participação, bem como a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

Foi igualmente enfatizado que a participação no estudo era de carácter voluntário, não existindo qualquer tipo de coerção ou obrigação institucional, particularmente relevante no contexto militar, onde as relações hierárquicas podem influenciar a percepção de autonomia dos indivíduos. Os participantes foram informados de que poderiam desistir do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional, assegurando assim o respeito pelo princípio da autonomia.

Adicionalmente, foram adoptadas medidas para garantir a protecção da privacidade dos participantes. Os dados recolhidos foram tratados de forma confidencial, sendo utilizados exclusivamente para fins académicos. Sempre que necessário, foram aplicadas técnicas de anonimização, de modo a impedir a identificação directa ou indirecta dos participantes.

Considerando a natureza sensível do tema em estudo, relacionado com a saúde mental e experiências potencialmente traumáticas, foi dada especial atenção à minimização de possíveis desconfortos emocionais durante o processo de recolha de dados. Os participantes foram informados de que poderiam interromper a sua participação caso se sentissem desconfortáveis, e foi assegurada a possibilidade de encaminhamento para apoio psicológico, caso necessário.

No contexto específico desta investigação, realizada com militares, estes cuidados éticos assumem particular relevância, uma vez que a exposição a eventos traumáticos e o estigma associado à saúde mental podem influenciar a disponibilidade dos participantes para partilhar as suas experiências. Assim, a criação de um ambiente de confiança, respeito e segurança foi fundamental para garantir a qualidade e a integridade dos dados recolhidos.

Deste modo, o processo de recolha de dados foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da investigação, nomeadamente o respeito pela autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça, assegurando a protecção dos direitos e do bem-estar dos participantes ao longo de todo o estudo.

### **6.3 Confidencialidade**

Foram adoptados procedimentos rigorosos com vista à protecção da privacidade e confidencialidade dos dados dos participantes, assegurando o cumprimento dos princípios éticos aplicáveis à investigação com seres humanos. Estas medidas foram particularmente relevantes considerando a natureza sensível das informações recolhidas, nomeadamente dados relacionados com experiências pessoais e saúde mental.

Entre os procedimentos implementados, destaca-se a codificação dos dados vitais sensíveis, como o nome e a residência dos participantes. A cada participante foi atribuído um código alfanumérico, utilizado em todos os instrumentos de recolha de dados e bases de dados subsequentes, de forma a garantir que a identidade dos indivíduos não pudesse ser directamente associada às respostas fornecidas. Este processo de codificação permitiu reduzir significativamente o risco de identificação dos participantes, mesmo em caso de acesso não autorizado aos dados.

Adicionalmente, procedeu-se à separação física e lógica das folhas de consentimento informado dos instrumentos de recolha de dados. Enquanto os formulários de consentimento continham informações identificativas, os instrumentos de recolha foram mantidos completamente anónimos, contendo apenas os códigos atribuídos. Esta separação assegurou que não existisse correspondência directa entre identidade e conteúdo das respostas, reforçando a confidencialidade dos dados.

No que diz respeito ao ambiente de recolha de dados, foram criadas condições que garantissem a privacidade dos participantes durante todo o processo. A recolha foi realizada em espaços reservados, livres de interferências externas, permitindo que os participantes se sentissem seguros e confortáveis para responder de forma honesta e sem constrangimentos. Este cuidado foi particularmente importante no contexto militar, onde a presença de superiores hierárquicos ou colegas poderia influenciar as respostas, sobretudo em temas relacionados com saúde mental.

Para além destas medidas, foram adoptados procedimentos de segurança no armazenamento dos dados. Os registos físicos foram mantidos em locais seguros, com acesso restrito, enquanto os dados digitais foram protegidos através de dispositivos com controlo de acesso, como palavras-passe e sistemas de encriptação. Apenas o investigador principal teve acesso directo aos dados

identificáveis, sendo assegurado que qualquer análise posterior fosse realizada exclusivamente com dados codificados.

Importa ainda referir que os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para fins académicos, não sendo partilhados com terceiros fora do âmbito da investigação. Esta garantia foi claramente comunicada aos participantes, contribuindo para o reforço da confiança no processo de recolha de dados.

Foi considerado o princípio da minimização de dados, recolhendo-se apenas as informações estritamente necessárias para responder aos objectivos do estudo. Esta abordagem reduz a exposição dos participantes a riscos desnecessários e está alinhada com boas práticas internacionais de proteção de dados.

No contexto específico desta investigação, a implementação destas medidas foi essencial não apenas para cumprir requisitos éticos, mas também para garantir a qualidade dos dados recolhidos. A percepção de segurança e confidencialidade por parte dos participantes favorece respostas mais autênticas e reduz a tendência para respostas socialmente desejáveis, particularmente relevante em estudos envolvendo populações militares.

Deste modo, os procedimentos adotados asseguraram uma proteção adequada da privacidade dos participantes, contribuindo simultaneamente para a integridade científica e ética da investigação.

#### **6.4 Potenciais benefícios**

Os benefícios da pesquisa incluem a produção de conhecimento relevante sobre a saúde mental dos militares, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções eficazes para a sua promoção e prevenção.

##### **Para os Participantes Directos:**

- ❖ **Oportunidade de Expressão:** Para os participantes da fase qualitativa, o estudo ofereceu um espaço seguro e confidencial para expressar suas vivências e sentimentos relacionados ao serviço militar e à experiência no TON, o que pode ter um valor terapêutico indirecto.
- ❖ **Encaminhamento para Apoio:** A identificação de militares que manifestaram sofrimento psicológico durante a pesquisa levou ao encaminhamento imediato para serviços de assistência psicológica, garantindo que recebessem o apoio necessário.

##### **Para a Comunidade Militar e a Sociedade:**

- ❖ **Geração de Conhecimento:** Os resultados do estudo podem contribuir significativamente para a compreensão da prevalência e da natureza do TEPT em militares moçambicanos expostos a contextos de conflito como o TON.
- ❖ **Base para Intervenções:** As informações obtidas podem subsidiar o desenvolvimento e aprimoramento de programas de prevenção, rastreio e intervenção em saúde mental mais eficazes e adaptados às necessidades específicas dessa população.
- ❖ **Melhoria dos Cuidados:** Os achados podem informar as políticas internas das Forças Armadas no que diz respeito ao suporte psicossocial de seus efectivos, tanto durante quanto após a actuação em zonas de conflito, contribuindo para o bem-estar e a qualidade de vida dos militares.

## 7. Limitações do Estudo

Dadas as características de sua população e da patologia investigada, esta pesquisa apresenta as seguintes limitações:

### a) Características da População em Estudo:

- ❖ **Cultura e Estigma Militar:** A natureza hierárquica e a cultura de "força" e "resiliência" dentro das Forças Armadas podem levar os militares a sub-relatarem sintomas de sofrimento psicológico ou a relatarem em discutir experiências traumáticas. Existe o risco de estigma associado à saúde mental, o que pode afectar a honestidade das respostas e, consequentemente, a verdadeira prevalência da sintomatologia do TEPT.
- ❖ **Acesso e Representatividade:** Embora o estudo utilize uma amostra calculada para a fase quantitativa, a selecção dos participantes está restrita aos militares da Escola de Polícia Militar, o que pode limitar a generalização dos resultados para a totalidade dos militares das Forças Armadas de Moçambique ou para outras unidades militares. A amostragem por conveniência na fase qualitativa, embora adequada para aprofundamento, não permite generalizações para a população.
- ❖ **Influência da Hierarquia:** A realização do estudo no ambiente militar, mesmo com todas as garantias de confidencialidade, pode inconscientemente influenciar as respostas dos participantes devido à presença da hierarquia ou ao receio de impactos na carreira.

### b) Patologia em Estudo e Instrumentos de Medida:

- ❖ **Natureza do Instrumento de Rastreio:** O PC-PTSD-5 é um instrumento de rastreio breve e eficaz para a detecção de possíveis casos de TEPT, mas não constitui um diagnóstico clínico formal. Os resultados obtidos reflectem a sintomatologia sugestiva de TEPT, mas não confirmam o diagnóstico, que exigiria uma avaliação clínica aprofundada por um profissional de saúde mental qualificado. Isso pode levar a falsos positivos ou falsos negativos na identificação de casos.
- ❖ **Dependência de Auto-relato:** A recolha de dados para a sintomatologia do TEPT e experiências traumáticas baseia-se no auto-relato dos participantes. A validade dessas respostas depende da honestidade, da percepção e da capacidade de recordação dos indivíduos, que podem ser influenciadas por vieses de memória ou por factores emocionais e sociais.

- ❖ **Carácter Transversal do Estudo Quantitativo:** Sendo um estudo transversal, ele capta a sintomatologia do TEPT em um único momento no tempo. Isso impede o estabelecimento de relações de causa e efeito directas entre a experiência no TON e o desenvolvimento do TEPT, ou a análise da evolução dos sintomas ao longo do tempo. Não é possível determinar a trajectória ou a cronologia dos eventos.
- c) **Limitações da Abordagem Metodológica:**
  - ❖ **Generalização da Fase Qualitativa:** A amostra reduzida e a selecção intencional de 10 participantes para a fase qualitativa, embora ideal para aprofundar a compreensão de experiências e percepções, limita a capacidade de generalizar esses achados para a população mais ampla de militares. Os temas emergentes reflectem as vivências dos participantes entrevistados.
  - ❖ **Dependência da Disposição dos Participantes:** A natureza voluntária da participação significa que a amostra pode ser composta por militares mais dispostos a falar sobre suas experiências, o que poderia introduzir um viés de selecção.

Apesar destas limitações, os resultados deste estudo fornecem informações valiosas e inéditas sobre a sintomatologia do TEPT em militares da Escola de Polícia Militar das Forças Armadas de Moçambique, contribuindo para uma melhor compreensão das necessidades desta população e servindo como base para futuras pesquisas e intervenções mais robustas.

## **8. Resultados**

### ***Resultados Qualitativos***

Esta secção apresenta os resultados da vertente qualitativa do estudo, obtidos a partir da análise temática das entrevistas semiestruturadas realizadas com militares com experiência no Teatro Operacional Norte. Esta vertente do estudo foi composta por 10 militares, todos pertencentes à raça negra. As idades variaram entre 30 e 42 anos, com média de 36 anos. No que se refere à categoria profissional, a amostra é constituída maioritariamente por Alferes (50%), seguida por Sargentos e Furriéis. O tempo de serviço dos participantes varia entre 5 e 15 anos. Relativamente ao nível de escolaridade, 40% dos militares possuem licenciatura, enquanto os restantes apresentam ensino médio, secundário ou primário.

No que diz respeito à religião, 60% dos participantes declararam-se Evangélicos e 40% Católicos. Quanto ao rendimento mensal, metade da amostra auferia valor superior a 30.000,00 Mtn. Em relação ao estado civil, 50% dos participantes são solteiros, 30% divorciados e 20% casados. No que concerne à coabitação, os militares distribuem-se entre os que vivem com o cônjuge e os que vivem sozinhos. Todos os participantes integraram o Teatro Operacional Norte. A maioria realizou uma missão, enquanto um participante reportou duas participações na região.

Da análise emergiram quatro temas principais, que reflectem as vivências emocionais, percepções e impactos psicológicos associados à participação no TON:

- 1. Expectativas e preocupações antes da missão;**
- 2. Preparação psicológica e estratégias de enfrentamento;**
- 3. Desafios e vivências traumáticas durante a missão;**
- 4. Impacto psicológico e dificuldades após o retorno.**

Os temas são apresentados em seguida, ilustrados com excertos representativos das falas dos participantes, identificados por códigos alfanuméricos, de modo a garantir o anonimato.

#### **Tema 1: Expectativas e preocupações antes da missão**

As narrativas dos participantes revelam que o período que antecedeu a ida para o TON foi marcado por expectativas predominantemente negativas, associadas ao medo da morte, da violência extrema e da incerteza quanto ao regresso. Muitos militares relataram antecipar

cenários de destruição e sofrimento, evidenciando um estado de ansiedade e apreensão ainda antes da exposição directa ao teatro operacional.

*“Esperava ver morte e destruição.” (P006)*

*“O maior medo era não poder voltar.” (P001)*

Além do receio pessoal, destacou-se de forma recorrente a preocupação com a família, sobretudo com os filhos pequenos, o que intensificava o sofrimento emocional no momento da partida.

*“O medo constante de morrer e deixar meus filhos, mesmo sabendo que estavam seguros.” (P007)*

*“Deixar meus filhos nos cuidados de outras pessoas foi muito difícil.” (P006)*

Este tema evidencia que o sofrimento psicológico não se restringe à experiência no terreno, estando presente já na fase pré-missão, associado à antecipação do perigo e à responsabilidade familiar.

## **Tema 2: Preparação psicológica e estratégias de enfrentamento**

A maioria dos participantes relatou ausência ou insuficiência de preparação psicológica formal antes da missão. Os discursos indicam que o foco da preparação foi predominantemente operacional, não contemplando adequadamente o impacto emocional e psicológico da exposição ao conflito armado.

*“Não tive tempo de preparo psicológico.” (P005)*

*“Não me preparei psicologicamente.” (P004)*

Face a essa lacuna institucional, alguns participantes recorreram a estratégias individuais de enfrentamento, com destaque para práticas religiosas e espirituais, como oração e jejum, utilizadas como formas de fortalecimento emocional e busca de protecção.

*“Preparei-me com muito jejum e oração.” (P001)*

*“Orei bastante antes de ir.” (P010)*

A espiritualidade surge, assim, como um recurso central de autorregulação emocional, funcionando como mecanismo de enfrentamento diante da ameaça iminente e da incerteza.

### **Tema 3: Desafios e vivências traumáticas durante a missão**

Durante a missão no TON, os participantes relataram enfrentar múltiplos desafios, tanto a nível logístico quanto emocional. Entre os aspectos mais mencionados estão a dificuldade de comunicação com a família, a privação de datas significativas e as condições precárias de trabalho.

*“A falta de comunicação com a família era muito difícil.” (P002)*

*“Não pude comemorar o Natal com a família, e ainda houve ataque.” (P009)*

*“Tínhamos problemas de alimentação, falta de material bélico e até de água.” (P003)*

Para além das dificuldades estruturais, as narrativas evidenciam experiências claramente traumáticas, como a exposição a ataques armados e à morte de colegas, gerando estados persistentes de stress, medo e hipervigilância.

*“Ver colegas a morrerem sempre.” (P004)*

*“Eu ficava com stress toda hora.” (P002)*

Este tema revela a intensidade emocional da experiência no teatro operacional, caracterizada por uma exposição contínua a eventos potencialmente traumáticos.

### **Tema 4: Impacto psicológico e dificuldades após o retorno**

Após o regresso do TON, muitos participantes relataram dificuldades significativas de reintegração à vida familiar e social. As falas indicam a persistência de sentimentos de medo, desconfiança e alterações no padrão de sono, mesmo em contextos considerados seguros.

*“Ficava em susto e desconfiava de todos até me provarem o contrário.” (P003)*

*“Tive dificuldade de dormir sem medo.” (P009)*

Além disso, emergiu de forma marcante a dificuldade de expressar emoções e a percepção de mudanças profundas na própria identidade, associadas à experiência vivida no conflito.

*“Perdi um pouco de mim naquele lugar.” (P008)*

Este tema evidencia impactos psicológicos duradouros, compatíveis com sintomas associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático, reforçando a necessidade de acompanhamento psicológico no período pós-missão. Os temas identificados respondem directamente ao objectivo específico do estudo de identificar e descrever as experiências psicológicas e percepções dos militares relacionadas ao TON, contribuindo para uma compreensão aprofundada da vivência subjectiva associada à sintomatologia do Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

## Resultados Quantitativos

### Caracterização do perfil sociodemográfico e de serviço dos militares participantes do estudo

Tabela 1-Distribuição dos participantes por faixa etária

<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
22-26 anos	5	3.82%
27-31 anos	39	29.77%
32-36 anos	21	16.03%
37-41 anos	45	34.35%
42-46 anos	16	12.21%
47-52 anos	5	3.82%

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes segundo a faixa etária. Observa-se que a maior proporção dos militares encontra-se na faixa etária dos 37 a 41 anos, correspondendo a 45 participantes 34,35%. Em seguida, a faixa etária dos 27 a 31 anos representa 39 participantes 29,77%, constituindo a segunda categoria mais frequente.

A idade dos participantes variou entre 22 e 52 anos, com média aproximada de 35,7 anos. A faixa etária dos 37 aos 41 anos apresentou a maior frequência, com 45 participantes (34,35%), seguida da faixa dos 27 aos 31 anos, com 39 participantes (29,77%). A faixa dos 32 aos 36 anos incluiu 21 participantes (16,03%), enquanto a faixa dos 42 aos 46 anos foi composta por 16 participantes (12,21%). As faixas etárias de 22 a 26 anos e de 47 a 52 anos apresentaram menor representatividade, ambas com 5 participantes (3,82%).

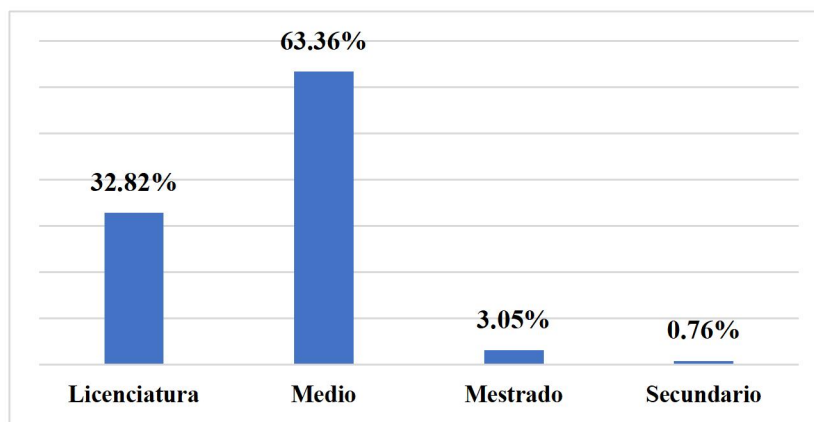
Tabela 2-Distribuição dos participantes por categoria/cargo

<b>Categoria/Cargo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alfares	3	2.29%
Alferes	18	13.74%
Capitão	17	12.98%
Furriel	18	13.74%
Sargento	10	7.63%
Soldado	22	16.79%
Tenente	43	32.82%

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos participantes segundo a categoria ou cargo militar. Observa-se que a categoria mais representada é a de Tenente, com 43 participantes 32,82%.

Seguem-se as categorias de Soldado, com 22 participantes 16,79%, e Furriel e Alferes, ambas com 18 participantes 13,74% cada. As categorias de Capitão e Sargento apresentaram frequências de 17 (12,98%) e 10 participantes 7,63%, respectivamente. A categoria menos representada foi a de Alfares, com apenas 3 participantes 2,29%.

Gráfico: Distribuição dos participantes por nível de escolaridade



O gráfico 1 apresenta a distribuição dos participantes segundo o nível de escolaridade. Observa-se que a maioria dos militares possui nível médio de escolaridade, correspondendo a 63,36% da amostra. Em seguida, 32,82% dos participantes apresentam licenciatura, representando uma proporção considerável de militares com formação superior.

Uma percentagem reduzida dos participantes possui mestrado (3,05%), enquanto apenas 0,76% apresentam nível secundário, constituindo a categoria menos representada. No conjunto, verifica-se que a quase totalidade dos participantes possui, no mínimo, nível médio de escolaridade.

Tabela 3-Distribuição dos participantes por religião

Religião	N	%
Ateu	4	3.05%
Católico	49	37.40%
Espirita	4	3.05%
Evangélico	73	55.73%
Outros	1	0.76%

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos participantes segundo a religião professada. Observa-se que a maioria dos militares se identifica como evangélica, com 73 participantes (55,73%), seguida da religião católica, com 49 participantes (37,40%). As categorias de ateus e espíritas

apresentaram frequências idênticas, com 4 participantes cada (3,05%), enquanto a categoria outros foi referida por apenas 1 participante (0,76%).

*Tabela 4-Distribuição dos participantes por estado civil*

<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Casado	41	31.30%
Divorciado	4	3.05%
Outro	1	0.76%
Solteiro	82	62.60%
Viúvo	3	2.29%

A *Tabela 4* apresenta a distribuição dos participantes segundo o estado civil. A maioria dos militares é solteira, correspondendo a 82 participantes (62,60%). Os casados representam 41 participantes (31,30%), enquanto as categorias de divorciados, viúvos e outros apresentaram frequências residuais, totalizando menos de 7% da amostra.

*Tabela 5-Distribuição dos participantes pela renda mensal*

<b>Renda Mensal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
10.000 A 15.000	36	27.48%
20.000 A 25.000	8	6.11%
25.000 A30.000	8	6.11%
MAIS DE 30.000	79	60.31%

A *Tabela 5* apresenta a distribuição dos participantes segundo a renda mensal. Observa-se que a maioria dos militares (79 participantes; 60,31%) auferem rendimentos superiores a 30.000, constituindo a categoria mais frequente. A faixa de 10.000 a 15.000 inclui 36 participantes (27,48%), enquanto as faixas de 20.000 a 25.000 e 25.000 a 30.000 apresentam ambas 8 participantes (6,11% cada).

*Tabela 6-Distribuição dos participantes por residência*

<b>Residência</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Boane	5	3.82%
KaMavota	15	11.45%
KaMaxaquene	6	4.58%
KaMpfumu	6	4.58%
KaMubukwana	12	9.16%
Marracuene	11	8.40%
Matola	76	58.02%

A *Tabela 6* apresenta a distribuição dos participantes segundo a residência. Observa-se que a maioria reside na Matola, com 76 participantes (58,02%). As restantes residências apresentam percentagens inferiores, destacando-se KaMavota (11,45%), KaMubukwana (9,16%) e Marracuene (8,40%). As residências de Boane, KaMaxaquene e KaMpfumu apresentaram percentagens inferiores a 5%. A predominância da residência na Matola pode estar associada à proximidade com unidades militares, infra-estruturas urbanas e melhores condições de acesso a serviços.

### **Análise da frequência e intensidade dos sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático entre os participantes**

*Tabela 7-Frequência e percentagem dos sintomas de TEPT por dimensão (PC-PTSD-5)*

<b>Dimensão do TEPT (PC-PTSD-5)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Reexperiência do trauma	92	69,7
Evitamento	86	65,2
Entorpecimento emocional	63	47,7
Hipervigilância	51	38,6
Culpa / Autoculpabilização	56	42,4

A *Tabela 7* apresenta as frequências absolutas e relativas dos sintomas de Transtorno de Stress Pós-Traumático (TEPT), avaliados através da escala *Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)*, numa amostra composta por 132 militares.

Observa-se que a dimensão reexperiência do trauma foi a mais frequentemente reportada, estando presente em 92 participantes (69,7%). Em seguida, a dimensão evitamento foi identificada em 86 participantes (65,2%), indicando que uma proporção significativa dos militares tende a evitar pensamentos, sentimentos ou situações associadas ao evento traumático.

A dimensão de entorpecimento emocional foi identificada em 63 participantes (47,7%). Esta dimensão inclui manifestações como redução da responsividade emocional, diminuição do interesse ou participação em actividades anteriormente significativas e sentimentos de distanciamento ou afastamento em relação aos outros. A dimensão de culpa ou autoculpabilização foi reportada por 56 participantes (42,4%), correspondendo à presença de pensamentos negativos persistentes associados ao evento traumático. Por sua vez, a dimensão de

hipervigilância foi observada em 51 participantes (38,6%), constituindo a menos frequente entre as dimensões avaliadas. De forma geral, verifica-se que uma proporção expressiva da amostra apresentou mais de um sintoma compatível com o rastreio de Transtorno de Stress Pós-Traumático, com maior frequência das dimensões de reexperiência e evitamento.

### Caracterização clínica e operacional dos militares participantes

*Tabela 8- Características clínicas e operacionais dos militares participantes*

<b>Variável</b>	<b>Categoria</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Já fez tratamento de longa duração	Sim	0	0,0
	Não	132	100,0
Faz tratamento de longa duração actualmente	Sim	0	0,0
	Não	132	100,0
Participação no Teatro Operacional Norte (TON)	Sim	100,0	
	Não	0	0,0
Número de participações no TON	1 vez	72	54,5
	2 vezes	44	33,3
	3 vezes	10	7,6
	4 vezes	2	1,5
Tempo de serviço (anos)	1 – 2 anos	52	39,4
	3 – 4 anos	18	13,6
	5 – 6 anos	41	31,1
	7 – 9 anos	21	15,9

A análise das características clínicas e operacionais dos militares revelou que nenhum dos participantes referiu ter realizado tratamento de longa duração, nem se encontrar em acompanhamento terapêutico no momento da recolha de dados. Este achado indica ausência de histórico formal de cuidados psicológicos prolongados entre os militares avaliados. No que se refere à exposição operacional, verificou-se que todos os participantes relataram ter participado no Teatro Operacional Norte (TON), evidenciando que a totalidade da amostra esteve exposta a contextos operacionais potencialmente traumáticos.

Relativamente ao número de participações no TON, observou-se que 54,5% dos militares participaram **uma vez**, enquanto 33,3% participaram **duas vezes**. Uma proporção menor dos participantes referiu **três participações** (7,6%) ou **quatro participações** (1,5%), indicando que uma parcela relevante da amostra esteve exposta de forma repetida a operações em contextos de elevado stress. No que concerne ao tempo de serviço militar, a análise revelou que 39,4% dos

participantes possuíam entre 1 e 2 anos de serviço, constituindo a classe mais frequente. Em seguida, 31,1% apresentavam entre 5 e 6 anos de serviço, enquanto 15,9% tinham entre 7 e 9 anos. A menor proporção foi observada entre os militares com 3 a 4 anos de serviço (13,6%).

### **Análise a correlação entre a participação no Teatro Operacional Norte (TON) e a pontuação total na PC-PTSD-5.**

*Tabela 9- Associação entre participação no Teatro Operacional Norte (TON) e pontuação total na PC-PTSD-5.*

<b>Participação no TON</b>	<b>PC-PTSD-5 &lt; 3 n (%)</b>	<b>PC-PTSD-5 ≥ 3 n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>
Sim	28 (27,2)	75 (72,8)	103 (100)
Não	17 (58,6)	12 (41,4)	29 (100)
<b>Total</b>	45 (34,1)	87 (65,9)	132 (100)

*Nota:* Pontuação ≥ 3 na PC-PTSD-5 indica rastreio positivo para TEPT.

A *Tabela 9* apresenta a distribuição da pontuação total da escala PC-PTSD-5 segundo a participação dos militares no Teatro Operacional Norte (TON). Observa-se que, entre os militares que participaram no TON, a maioria (72,8%) apresentou pontuação igual ou superior a três sintomas positivos, valor indicativo de rastreio positivo para Transtorno de Stress Pós-Traumático (TEPT).

Em contraste, entre os militares que não participaram no TON, a maioria 58,6% apresentou pontuação inferior a três sintomas, enquanto 41,4% atingiram pontuações compatíveis com rastreio positivo para TEPT.

A análise inferencial, realizada através do teste do qui-quadrado de Pearson, revelou uma associação estatisticamente significativa entre a participação no TON e a pontuação total na PC-PTSD-5,  $\chi^2 (1) = 10,84, p = .001$ .

### ***Satisfação das hipóteses de estudo***

O estudo formulou duas hipóteses mutuamente exclusivas com o objectivo de verificar a presença ou ausência de sintomatologia compatível com o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) em militares que participaram no Teatro Operacional Norte (TON).

### **Hipótese nula (H0)**

**H0: Os militares que participaram no TON apresentam sintomas positivos de TEPT.**

Os resultados quantitativos evidenciaram a presença de sintomas de estresse pós-traumático nos militares avaliados, com manifestações distribuídas nos domínios de revivência, evitamento, alterações cognitivas e do humor, bem como hiperexcitação. Estes achados indicam que uma proporção significativa dos participantes apresenta sintomatologia compatível com o TEPT.

De forma complementar, a análise qualitativa corroborou esses resultados, uma vez que os discursos dos participantes revelaram vivências associadas à exposição traumática, sofrimento psicológico persistente e impacto funcional no cotidiano pessoal e profissional.

Deste modo, **a hipótese nula (H0) foi confirmada.**

**Hipótese alternativa (H1)**

**H1: Os militares que participaram no TON apresentam sintomas negativos de TEPT.**

Considerando os resultados obtidos na análise quantitativa, que demonstraram a presença de sintomatologia relevante de estresse pós-traumático, bem como os dados qualitativos, que evidenciaram experiências subjetivas consistentes com sofrimento psicológico pós-traumático, não se verificou suporte empírico para a hipótese alternativa.

Assim, **a hipótese H1 foi rejeitada.**

## **9. Discussão**

Esta secção discute os resultados do estudo de forma integrada, articulando os achados quantitativos, obtidos através da escala PC-PTSD-5, com os dados qualitativos emergentes da análise temática das entrevistas, à luz do enquadramento teórico e da literatura científica.

### **Perfil sociodemográfico, contexto de carreira e exposição ao risco**

Os resultados indicam que a amostra é predominantemente composta por militares adultos, concentrados maioritariamente na faixa etária dos 27 aos 41 anos, período do ciclo vital frequentemente associado a elevada exigência profissional, responsabilidade familiar emergente e intensa actividade operacional. Este dado corrobora com o estudo de Sekel et al., (2023) que advoga que nesta fase da carreira militar caracteriza-se por maior envolvimento em missões de risco e maior exposição a contextos de ameaça, o que, segundo a literatura, pode aumentar a vulnerabilidade ao impacto psicológico do trauma (Bøg et al., 2018).

A predominância de cargos intermédios, particularmente o de tenente, sugere que uma parcela significativa da amostra ocupa posições que conjugam exposição directa ao perigo com responsabilidades de comando e tomada de decisão. Estudos indicam que esta combinação pode intensificar o sofrimento psicológico, na medida em que o militar não apenas enfrenta ameaças à própria vida, mas também carrega a responsabilidade pelas decisões que afectam a segurança de subordinados (Larsson & Nilsson, 2025). Os dados qualitativos corroboram esta interpretação ao revelarem narrativas marcadas por pressão constante, medo persistente e sentimentos de responsabilidade moral, elementos reconhecidos como factores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia pós-traumática.

### **Exposição ao Teatro Operacional Norte e sintomatologia de TEPT**

A análise quantitativa revelou uma associação estatisticamente significativa com o valor de  $p=0.001$ , entre a participação no TON e a presença de rastreio positivo para TEPT com uma proporção substancial dos militares expostos a apresentar pontuação igual ou superior ao ponto de corte da PC-PTSD-5. Este achado é consistente com os critérios do DSM-5, que reconhecem explicitamente a exposição a guerras, conflitos armados e actividades militares como factores de risco centrais para o desenvolvimento do transtorno (APA, 2014).

A integração com os dados qualitativos permite aprofundar a compreensão deste resultado, ao evidenciar experiências de ataques armados, morte de colegas, ameaça constante à vida e exposição repetida a situações extremas, correspondentes ao Critério A do DSM-5 (APA, 2014). Estes relatos alinham-se com a literatura clássica sobre stress de combate, que descreve a guerra como um contexto privilegiado para a emergência de quadros persistentes de sofrimento psicológico (Nisar, 2020; Rodrigues et al., 2024).

Importa, contudo, salientar que nem todos os militares expostos ao TON apresentaram rastreio positivo para TEPT, evidenciando a variabilidade individual na resposta ao trauma. Este achado reforça a concepção do TEPT como um fenómeno heterogéneo, influenciado por factores individuais, contextuais e institucionais, incluindo estratégias de coping, suporte social e significado atribuído à experiência traumática. A análise quantitativa revelou uma associação estatisticamente significativa entre a participação no Teatro Operacional Norte e a pontuação total na PC-PTSD-5, com 72,8% dos militares expostos ao TON a apresentarem rastreio positivo para TEPT.

### **Sintomas predominantes e coerência com os critérios diagnósticos**

A análise quantitativa revelou que as dimensões mais frequentemente reportadas foram a reexperiência do trauma e o evitamento, seguidas pelo entorpecimento emocional, culpa e hipervigilância. Estes resultados são consistentes com a descrição clássica da sintomatologia do TEPT, caracterizada por revivência intrusiva, esquiva persistente e alterações negativas no humor e na cognição (APA, 2014; Ramos et al., 2014).

Do ponto de vista qualitativo, estas dimensões manifestam-se em narrativas que descrevem medo constante, stress contínuo, dificuldade em desligar-se mentalmente das experiências vividas no TON e evitamento emocional após o retorno. Tal convergência entre dados quantitativos e qualitativos reforça a noção de que os sintomas intrusivos e de esquiva constituem o núcleo central da experiência traumática, tal como descrito por Ribeiro e Freitas (2020).

A literatura aponta que estes sintomas estão associados à activação persistente de circuitos neurobiológicos do medo, envolvendo a amígdala, o hipocampo e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, explicando a manutenção da revivência traumática e da hipervigilância mesmo após o fim do evento estressor (Orsolini et al., 2019; Bothe et al., 2020).

## **Entorpecimento emocional, culpa e alterações na identidade**

Quase metade dos participantes apresentou sintomas de entorpecimento emocional, enquanto uma proporção significativa reportou sentimentos de culpa ou autculpabilização. Estes resultados quantitativos sugerem impactos mais profundos na esfera afectiva e cognitiva dos militares (Koenig & Al Zaben, 2021).

Do ponto de vista qualitativo, estes achados emergem em narrativas que expressam dificuldade na expressão emocional, distanciamento interpessoal e percepção de perda de identidade após a missão. Alguns participantes referiram sentir-se “diferentes” ou “menos humanos” após o regresso, indicando transformações subjectivas profundas associadas à experiência traumática (Grimell & Atuel, 2023; Flores, 2025).

Tal como defendido por Abdallah (2019) e Kelmendi et al. (2017), a sintomatologia do TEPT não pode ser explicada exclusivamente por um modelo de condicionamento do medo, sendo necessário considerar alterações cognitivas, emocionais e identitárias mais amplas, claramente evidenciadas nos relatos dos participantes.

A convergência entre ambas as abordagens reforça a hipótese de que o impacto psicológico do TON não se limita a sintomas imediatos, mas envolve alterações duradouras no funcionamento emocional e na forma como os militares se percebem a si próprios e ao mundo.

## **Hipervigilância e dificuldades de reintegração pós-missão**

Embora a hipervigilância tenha sido a dimensão menos frequente na PC-PTSD-5, os dados qualitativos demonstram que muitos militares permanecem em estado de alerta constante, com sobressaltos frequentes, desconfiança e perturbações do sono após o retorno da missão. Estes achados articulam-se com o Critério E do DSM-5, que descreve alterações persistentes na excitação e reactividade (APA, 2014).

À luz do enquadramento teórico do stress, estas manifestações podem ser compreendidas como resultado da permanência prolongada nas fases de resistência e exaustão descritas por Lazarus (2016). A exposição contínua a stressores intensos, como ocorre no TON, pode levar à falência dos mecanismos adaptativos, culminando em alterações fisiológicas e psicológicas persistentes, conforme descrito por Rodrigo, Goulart e Guido (2018) e McEwan (2015).

Estas dificuldades de reintegração evidenciam que o fim da missão não corresponde necessariamente ao fim do impacto psicológico, reforçando a ideia de que o TEPT pode manifestar-se de forma prolongada e silenciosa quando não é adequadamente identificado e tratado.

### **Preparação psicológica, suporte institucional e estratégias de coping**

Um dos achados mais relevantes do estudo é a ausência total de tratamento psicológico de longa duração entre os participantes, apesar da elevada exposição a eventos potencialmente traumáticos. Este dado sugere fragilidades institucionais no acompanhamento da saúde mental dos militares e levanta preocupações quanto ao risco de cronificação da sintomatologia. Face a esta lacuna institucional, muitos militares recorreram a estratégias individuais de enfrentamento, com destaque para a religiosidade. A elevada proporção de participantes que professam crenças religiosas, identificada nos dados quantitativos, articula-se com os relatos qualitativos de oração e jejum como formas de preparação emocional e busca de protecção (Park et al., 2017; Bufford et al., 2023).

Embora a espiritualidade possa funcionar como um factor de suporte psicológico, os resultados integrados sugerem que, isoladamente, não é suficiente para prevenir o desenvolvimento de sintomatologia significativa de TEPT, reforçando a necessidade de intervenções psicológicas estruturadas (Harris et al., 2021; Ramadan et al., 2022).

### **Exposição repetida e vulnerabilidade psicológica**

Uma parcela significativa dos participantes esteve exposta ao TON em mais do que uma ocasião, configurando um cenário de exposição cumulativa ao trauma. A literatura aponta que a repetição de experiências traumáticas, especialmente em fases iniciais da carreira militar, constitui um factor de risco importante para o desenvolvimento e a cronificação do TEPT (Xue et al., 2015; Sachs-Ericsson et al., 2016; Geronazzo-Alman et al., 2017).

Os dados qualitativos revelam desgaste emocional progressivo, perda de esperança e normalização do sofrimento, sugerindo a existência de uma cultura institucional que valoriza a resistência silenciosa e dificulta a expressão do sofrimento psicológico. Este contexto pode atrasar a procura de ajuda e contribuir para a invisibilidade de quadros clínicos significativos (Ferreira, 2025).

A integração dos dados quantitativos e qualitativos permitiu uma compreensão abrangente da sintomatologia do transtorno de stress pós-traumático nos militares participantes, evidenciando não apenas a presença e a distribuição dos sintomas, mas também os significados subjectivos e contextuais associados à experiência no Teatro Operacional Norte. A articulação entre os diferentes níveis de análise revelou a complexidade do impacto psicológico da exposição operacional, bem como a influência de factores individuais, institucionais e socioculturais na forma como o trauma é vivido e gerido.

## 10. Conclusão

Este estudo permitiu alcançar os objectivos propostos. Foi possível descrever as vivências psicológicas dos militares em torno do Teatro Operacional Norte (TON), identificar a sintomatologia associada ao Transtorno de Stress Pós-Traumático (TEPT) e estabelecer a correlação entre a participação no TON e o rastreio positivo para o transtorno.

No que se refere à sintomatologia identificada, verificou-se a presença de sintomas de reexperiência do trauma, tais como recordações intrusivas e memórias recorrentes; comportamentos de evitamento, incluindo esforços para evitar pensamentos ou situações associadas ao evento traumático; entorpecimento emocional, caracterizado por redução da responsividade afectiva e distanciamento interpessoal; culpa ou autoculpabilização, associada a cognições negativas persistentes relacionadas com o trauma; e hipervigilância, manifestada por estado constante de alerta e reacções exacerbadas a estímulos.

Adicionalmente, foi estabelecida associação estatisticamente significativa ( $p = .001$ ) entre a participação no TON e o rastreio positivo para TEPT, confirmando a exposição operacional como factor relevante para o sofrimento psicológico identificado.

Verificou-se que a experiência operacional no TON está associada a manifestações psicológicas persistentes, com impacto significativo no funcionamento emocional, comportamental e relacional dos militares. A vivência de situações de ameaça à vida, perda de colegas, exposição prolongada ao perigo e exigências operacionais intensas revelou-se central na construção dessas experiências de sofrimento psicológico.

A integração dos dados obtidos evidenciou que os sintomas identificados não se expressam de forma isolada, mas como parte de um conjunto articulado de experiências que afetam a identidade, a percepção de segurança e a relação com o mundo após o regresso das missões. Esta articulação reforça a pertinência da abordagem quali-quantitativa na investigação da saúde mental em contextos militares.

Um aspecto particularmente relevante diz respeito à ausência de acompanhamento psicológico estruturado entre os participantes, apesar da elevada exposição a contextos potencialmente traumáticos. Esta lacuna evidencia a necessidade de uma maior integração da saúde mental nos cuidados prestados aos militares, sobretudo em contextos de conflito armado.

Conclui-se, assim, que a exposição operacional no Teatro Operacional Norte constitui um factor de risco relevante para o sofrimento psicológico dos militares, sendo fundamental o desenvolvimento de estratégias de prevenção, identificação precoce e intervenção psicológica ajustadas à realidade institucional e cultural das Forças Armadas.

## **10.1 Limitações do Estudo**

Os resultados deste estudo devem ser interpretados à luz de algumas limitações metodológicas. Em primeiro lugar, o desenho transversal da investigação não permite estabelecer relações de causalidade entre a participação no Teatro Operacional Norte e o desenvolvimento da sintomatologia do transtorno de stress pós-traumático, restringindo a análise à identificação de associações.

Em segundo lugar, a utilização de um instrumento de rastreio, e não de um diagnóstico clínico estruturado, limita a interpretação dos resultados à presença de sintomas compatíveis com TEPT, não permitindo a confirmação diagnóstica formal do transtorno.

Adicionalmente, a recolha de dados baseou-se em autorrelato, o que pode implicar vieses de resposta, nomeadamente sub ou sobrevalorização dos sintomas, influenciados por factores como deseabilidade social ou normas culturais associadas à expressão do sofrimento psicológico no contexto militar.

No que se refere à componente qualitativa, embora as entrevistas tenham permitido uma compreensão aprofundada das experiências subjectivas dos participantes, os resultados não podem ser generalizados para outras populações militares, dado o carácter contextual e intencional da amostra. Por fim, a realização do estudo numa única instituição militar pode limitar a extrapolação dos resultados para outras unidades ou contextos operacionais, reforçando a necessidade de investigações futuras que incluam amostras mais diversificadas e desenhos longitudinais.

## **10.2 Recomendações**

### **Recomendações Clínicas**

- ❖ Implementar rastreios psicológicos regulares em militares expostos a contextos operacionais de elevado risco, permitindo a identificação precoce de sinais de sofrimento psicológico.
- ❖ Assegurar acompanhamento psicológico sistemático no período pós-missão, com especial atenção aos militares com múltiplas participações em teatros operacionais.
- ❖ Desenvolver intervenções psicológicas adaptadas ao contexto militar, que considerem as especificidades culturais, operacionais e hierárquicas da instituição.
- ❖ Promover acções de psicoeducação em saúde mental, com vista à redução do estigma e ao incentivo à procura de apoio psicológico.

### **Recomendações Institucionais**

- ❖ Integrar a saúde mental como componente essencial da preparação, execução e reintegração das missões militares.
- ❖ Criar protocolos institucionais claros para o acompanhamento psicológico dos militares expostos a eventos potencialmente traumáticos.
- ❖ Reforçar a presença de profissionais de saúde mental nas estruturas militares, assegurando confidencialidade e continuidade de cuidados.
- ❖ Desenvolver programas de apoio à reintegração familiar e social dos militares após o regresso de missões operacionais.
- ❖ Incentivar a realização de estudos futuros que aprofundem a compreensão do impacto psicológico da actividade militar, contribuindo para o aperfeiçoamento das políticas institucionais de saúde mental.

## 11. Referências

- Abdallah, C. G., Roache, J. D., Averill, L. A., Young-McCaughan, S., Martini, B., Gueorguieva, R., ... & Consortium to Alleviate PTSD. (2019). Repeated ketamine infusions for antidepressant-resistant PTSD: Methods of a multicenter, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Contemporary clinical trials*, 81, 11-18.
- Adewunmi, O. A., Fujiwara, T., Nawa, N., Khin, Y. P., & Lawal, E. A. (2025). Factors related to current level of knowledge and skills of psychological first aid among health care providers for africa and the global south: a systematic review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 19, e85.
- Agashua, P. A., Ugese, J. I., & Olofin, F. T. (2020). The Application of Psychotherapy in the Nigerian Armed Forces. *International Journal For Psychotherapy In Africa*, 1(1).
- Álvares, L. G. G. S. et al. (2021). Associação entre a violência psicológica e o transtorno de estresse pós-traumático em adolescentes de uma coorte. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 37, p. e00286020.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais*. Porto Alegre, Artmed.
- Asare-Doku, W., Donnir, G. M., Ayuurebobi Ae-Ngibise, K., Pephrah, J., Awuviry-Newton, K., & Acquah, F. (2021). Psychiatric disorders among the military in West Africa: a systematic narrative review. *Behavioral sciences*, 11(10), 138.
- Bøg, M., Filges, T., & Jørgensen, A. M. K. (2018). Deployment of personnel to military operations: impact on mental health and social functioning. *Campbell systematic reviews*, 14(1), 1-127.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist*, 59(1), 20.
- Bothe, T., Jacob, J., Kröger, C., & Walker, J. (2020). How expensive are post-traumatic stress disorders? Estimating incremental health care and economic costs on anonymised claims data. *The European Journal of Health Economics*, 21(6), 917-930.

- Boyatzis, R. (1998). *Thematic analysis and code development: Transforming qualitative information*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Bufford, R. K., Frise, A., Paloutzian, R. F., Mulhearn, T. J., Scheuneman, N., Chappelle, W., ... & Prince, L. (2023). Psychological and spiritual factors affecting well-being among military personnel engaged in remote combat. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 15(8), 1334.
- Carvalho, M. K. S.; Moreira, J. F.; Gonçalves, C. R.; Fernandes, L. J., & Correia Filho, L. de M. (2024). Fatores de risco e condutas terapêuticas no estresse pós-traumático: uma revisão bibliográfica. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 10(7), 1924–1933. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i7.14901>
- Castater, C. et al. (2022). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment to prevent post-traumatic stress disorder after gunshot wounds. *The American Surgeon*, v. 88, n. 9, p. 2215-2217.
- Cervantes, G. V., Schuelter-Trevisol, F. & Jornada, L. K. (2013). Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de violência. *Revista Brasileira Clínica Médica*.
- Coelho, C. De A. F. (2022). Perturbação De Stresse Pós-traumático e Trauma Intergeracional: O Impacto Da Guerra. [Dissertação de Mestrado, Universidade Autónoma De Lisboa].
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). Sage Publications.
- Duran, E. P. et al. Perfil de pacientes com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático atendidos em um ambulatório de ansiedade e trauma. (2020). *Rev. Ciênc. Méd. Biol.*, Salvador, v. 19, n. 4, p. 597-601. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/42253/24171>. Acesso em: 22 out. 2024.
- Ferreira, A. C. S., Rios, H. M., dos Santos, M. F. R., & da Fonseca Souza, S. M. (2025). O SILENCIOSO ADOECIMENTO PSÍQUICO DO POLICIAL MILITAR DO RIO DE JANEIRO. *Revista Transformar*, 18(2), 47-75.

- Flores, C. (2025). A Qualitative Phenomenological Study of Military Veterans' Lived Experiences with the Cultural Transition Process: Navigating from the Military Culture to Civilian Life.
- Friedman, M. (2009). *Transtorno de estresse agudo e pós-traumático: As mais recentes estratégias de avaliação e tratamento*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed. 9788536319131.
- Geronazzo-Alman, L., Eisenberg, R., Shen, S., Duarte, C. S., Musa, G. J., Wicks, J., ... & Hoven, C. W. (2017). Cumulative exposure to work-related traumatic events and current post-traumatic stress disorder in New York City's first responders. *Comprehensive psychiatry*, 74, 134-143.
- Gil, A. C. (2017). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (6ª. ed). São Paulo: Atlas.
- González-Bracamonte, Yaninis; Alvarenga, Marco Antônio Silva. (2022). Transtorno de Estresse Pós-traumático e funções executivas em adultos: uma revisão sistemática. *Avaliação Psicológica*, v. 21, n. 3, p. 339-349.
- Grimell, J., & Atuel, H. R. (2023). Beyond PTSD: a multi-case study exploring identity, moral injury, and spiritual injury. *Journal of Veterans Studies*, 9(3), 9-22.
- Haagen, Joris FG et al. (2017). Predicting post-traumatic stress disorder treatment response in refugees: Multilevel analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, v. 56, n. 1, p. 69-83.
- Habibe, S. Forquilha, S. e Pereira, J., (2019). *Radicalização Islâmica no Norte de Moçambique: o Caso de Mocímboa da Praia*. Maputo: IESE.
- Harris, J. I., Chamberlin, E. S., Engdahl, B., Ayre, A., Usset, T., & Mendez, D. (2021). Spiritually integrated interventions for PTSD and moral injury: A review. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 8(4), 196-212.
- Igreja, V. (2020). The cultural dimension of war traumas in central Mozambique: Post-war related symptoms, prevention and treatment. *Journal of Southern African Studies*.
- Kelmendi, B., Adams, T. G., Southwick, S., Abdallah, C. G., & Krystal, J. H. (2017). Posttraumatic stress disorder: An integrated overview of the neurobiological rationale for pharmacology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(3), 281.

King, N., & Horrocks, C. (2010). Interviews in qualitative research. London, UK: *Sage publications*.

Klimley, K. E., Van Hasselt, V. B., & Stripling, A. M. (2018). Posttraumatic stress disorder in police, firefighters, and emergency dispatchers. *Aggression and violent behavior*, 43, 33-44. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.08.005>» <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.08.005>.

Koenig, H. G., & Al Zaben, F. (2021). Moral injury: An increasingly recognized and widespread syndrome. *Journal of religion and health*, 60(5), 2989-3011.

Larsson, G., & Nilsson, S. (2025). Moral injury symptoms: relationship with emotional stability, combat exposure, stress-related symptoms, and PTSD indication in Swedish military veterans. *Ethics & Behavior*, 1-11.

Laser, H. L. (2016). Transtorno de Estresse Pós-Traumático-TEPT: proposta de modelo de programa para tratamento nas Forças Armadas em Missão de Paz.

Lee, J. H., Kim, I., Won, J. U., & Roh, J. (2016). Post-traumatic stress disorder and occupational characteristics of police officers in Republic of Korea: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 6(3), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009937>» <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009937>.

Lima, E. P., Vasconcelos, A. G., & Nascimento, E. (2020). Crescimento Pós-Traumático em Profissionais de Emergências: Uma Revisão Sistemática de Estudos Observacionais. *Psico-USF*, 25(3), 561-572. <https://doi.org/10.1590/1413-82712020250313>.

Macalane, G. e Jafar, S., Coords., (2021). *Ataques Terroristas em Cabo Delgado (2017-2010): as Causas do Fenómeno pela Boca da População de Mocimboa da Praia*. Pemba: UniRovuma.

Machado C. F. A., & Siqueira E. C. de. (2022). Uma abordagem geral do Transtorno de Estresse Pós-Traumático: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 18, e10939. <https://doi.org/10.25248/reamed.e10939.2022>.

Manafe, N., Ismael-Mulungo, H., Ponda, F., Dos Santos, P. F., Mandlate, F., Cumbe, V. F., ... & Oliveira Martins, M. R. (2024). Prevalence and associated factors of common mental disorders among internally displaced people by armed conflict in Cabo Delgado, Mozambique: a cross-sectional community-based study. *Frontiers in public health*, 12, 1371598.

- Margily, CL. et. al. (1994) *Etnografia: Saberes e Práticas*. Porto Alegre: Editora da universidade.
- Massinga, L. H. J. (2023) *Depressão pós parto e tradução, adaptação, validade de conteúdo, acurácia do instrumento de avaliação do estresse pós traumático (PC- PTSD) nos cuidados primários de saúde em Moçambique*. [Tese de doutoramento, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina].
- McEwen, Bruce S; Nasca, Carla; Gray, Jason D. Stress Effects on Neuronal Structure: Hippocampus, Amygdala, and Prefrontal Cortex. *Neuropsychopharmacology*, v. 41, n. 1, p. 3–23, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677120/>>. Acesso em: 11 out. 2024.
- Minayo, M. C. S. (1999). *Ciências, técnica e arte: o desafio da pesquisa social*.
- Monteiro, V. F., & Silva, S. S. da C. (2023). Presença de Risco de Transtorno do Estresse Pós-Traumático em Policiais Militares Feridos por Arma de Fogo. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 43, e252098. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003252098>.
- Monteiro, V. F., Silva, S. S. C., Ramos, E. M. L. S., & Nascimento, R. G. (2020). Caracterização dos policiais feridos por arma de fogo. *Research, Society and Development*, 9(9), 1-18. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7218>» <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7218>.
- Morier-Genoud, E., (2021). *A Insurgência Jihadi em Moçambique: Origens, Natureza e Início*. Maputo: IESE.
- Motreff, Y., Baubet, T., Pirard, P., Rabet, G., Petitclerc, M., Stene, L. E., Vuillermoz, C., Chauvin, P., & Vandentorren, S. (2020). Factors associated with PTSD and partial PTSD among first responders following the Paris terror attacks in November 2015. *Journal of Psychiatric Research*, 121, 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.11.018>» <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.11.018>.
- Nascimento, L. F; Cavalcante, M. M. (2018). Abordagem quantitativa na pesquisa em educação: investigações no cotidiano escolar. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, v. 1, n. 25, p. 249-60. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/revtee>>. Acesso em: 20 out. 2024.
- Nisar, S. et al. (2020). Abordagens genéticas e de neuroimagem para entender o transtorno de estresse pós-traumático. *International Journal of Molecular Sciences*, v. 21, n. 12.

- Orsolini, L, et al. (2019). Use of Medicinal Cannabis and Synthetic Cannabinoids in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*, 55(9): 525.
- Park, C. L., Smith, P. H., Lee, S. Y., Mazure, C. M., McKee, S. A., & Hoff, R. (2017). Positive and negative religious/spiritual coping and combat exposure as predictors of posttraumatic stress and perceived growth in Iraq and Afghanistan veterans. *Psychology of religion and spirituality*, 9(1), 13.
- Pietrzak, R. H., Schechter, C. B., Bromet, E. J., Katz, C. L., Reissman, D. B., Ozbay, F., Sharma, V., Crane, M., Harrison, D., Herbert, R., Levin, S. M., Luft, B. J., Moline, J. M., Stellman, J. M., Udasin, I. G., Landrigan, P. J., & Southwick, S. M. (2012). The burden of full and subsyndromal posttraumatic stress disorder among police involved in the World Trade Center rescue and recovery effort. *Journal of Psychiatric Research*, 46(7), 835-842. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.03.011>»<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.03.011>
- Prins, A; Bovin, M. J.; Kimerling, R; Kaloupek, D. G.; Marx, B. P.; Pless-Kaiser, A; Schnurr. P. P. (2016). The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *J Gen Intern Med*, 31(10): 1206-1211.
- Ramadan, M., Kheirallah, K., Saleh, T., Bellizzi, S., & Shorman, E. (2022). The relationship between spirituality and post-traumatic stress symptoms in Syrian adolescents in Jordan. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(3), 585-593.
- Ramos, C. H., Servet, V. M., & Otón, J. P. C. (2014). El maltrato psicológico. Causas, consecuencias y criterios jurisprudenciales. El problema probatorio. *Aequitas*.
- Ribeiro, M. P.; Freitas, J. de L. (2020). Atuação do psicólogo na gestão integral de riscos e desastres: uma revisão sistemática da literatura. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 13, n. 2.
- Rita, J., (2020). Moçambique sem Estratégia para Combater Terrorismo: diz Departamento de Estado Americano. *Voa Moçambique*. 24 de junho. Disponível em: <https://www.voaportugues.com/a/mo%C3%A7ambique-sem-estrat%C3%A9gia-para-combater-terrorismo-departamento-de-estado/5476289> html [accedido a 20 de outubro de 2024].

- Rodrigo, S.; Goulart, C. T.; Guido, L. (2018). Evolução histórica do conceito de estresse. REVISA (Online), p. 148–156. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1096966>>. Acesso em: 20 outubro 2024.
- Rodrigues, C. A. M., et. al. (2024). A Técnica Debriefing no Transtorno de Estresse Pós-Traumático. *Revista Brasileira de Ciência Aberta*. ISSN 2965-9752.
- Sachs-Ericsson, N., Joiner, T. E., Cogle, J. R., Stanley, I. H., & Sheffler, J. L. (2016). Combat exposure in early adulthood interacts with recent stressors to predict PTSD in aging male veterans. *The Gerontologist*, 56(1), 82-91.
- Saldaña, J. (2009). The coding manual for qualitative researchers. London, UK: Sage publications.
- Sekel, N. M., Beckner, M. E., Conkright, W. R., LaGoy, A. D., Proessl, F., Lovalekar, M., ... & Nindl, B. C. (2023). Military tactical adaptive decision making during simulated military operational stress is influenced by personality, resilience, aerobic fitness, and neurocognitive function. *Frontiers in Psychology*, 14, 1102425.
- Serra, A. S. V. (1999). O stress na vida de todos os dias.
- Sijbrandij, M., Horn, R., Esliker, R., O'may, F., Reiffers, R., Ruttenberg, L., ... & Ager, A. (2020). The effect of psychological first aid training on knowledge and understanding about psychosocial support principles: a cluster-randomized controlled trial. *International journal of environmental research and public health*, 17(2), 484.
- Silva, J. A., Marinho, J. C. B & Araújo de França, G. V. (2013). Consórcio entre pesquisas: possibilidades para o aprofundamento dos estudos qualitativos em educação. *Educ. temat. digit. Campinas*, SP, v.15 n.3 p.443-454. [www.fae.unicamp.br/etd](http://www.fae.unicamp.br/etd)
- Soares, D. C. S.; Santos, L. A.; Donadon, M. F. (2021). Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos, intervenções e tratamento: uma revisão de literatura. *Revista Eixo., Brasília-DF*, v.10, n.2, p. 15-24. Disponível em: <http://revistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/834/561>. Acesso em: 22 Out. 2024

Spencer, L., Ritchie, L., & O'Connor, W. (2003). Analysis: Practices, principles and processes. In J. Lewis, & J. Ritchie (Eds.), *Qualitative research practice: A guide for social sciences students and researchers* (pp. 199-218). London, UK: Sage publications.

Tedla, A., Asnakew, S., Legas, G., Munie, B. M., Tareke, M., & Beka, M. (2024). Post-traumatic stress disorder among military personnel admitted at the Northwest Command Level Three Military Hospital, Bahir Dar, Ethiopia, 2022: an institution-based cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1410630.

Wang, L., Norman, I., Edleston, V., Oyo, C., & Leamy, M. (2024). The effectiveness and implementation of psychological first aid as a therapeutic intervention after trauma: An integrative review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(4), 2638-2656.

Xue, C., Ge, Y., Tang, B., Liu, Y., Kang, P., Wang, M., & Zhang, L. (2015). A meta-analysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PloS one*, 10(3), e0120270.

## **12. Apêndices**

## Instrumento de caracterização sócio demográfica e clínico

### Parte I

1. Idade: \_\_\_\_\_ 2. Categoria: \_\_\_\_\_ 3. Raça: \_\_\_\_\_
4. Nível de escolaridade: primário ( ) secundário ( ) médio ( ) licenciatura ( ) mestrado ( )  
Doutorado ( ) Outro ( )
5. Religião: ( ) Católico ( ) Evangélico ( ) Espírita ( ) Ateu ( ) Outros: \_\_\_\_\_
6. Estado Civil/Relacionamento Actual:
- ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) Outros: \_\_\_\_\_
7. Qual é a sua renda mensal?
- ( ) menos de 10.000,00 mtn ( ) 10.000,00 mtn a 15.000,00 mtn ( ) 20.000,00 mtn a 25.000,00  
mtn ( ) 25.000,00 mtn a 30.000,00 mtn ( ) Mais de 30.000,00 mtn
8. Residência:
- ( ) Vive sozinho ( ) Vive com cônjuge ( ) Vive com os pais ( ) Vive com outros parentes
- Outros: \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_
9. Faz algum tratamento de longa duração? ( ) Sim ( ) Não ( )
- Se sim, qual? \_\_\_\_\_
10. Já fez algum tratamento de longa duração? ( ) Sim ( ) Não
- Se sim, qual? \_\_\_\_\_
11. Tempo de Serviço: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_
13. Já participou do teatro operacional Norte? Sim ( ) Não ( ).
- Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_

## Parte II

### Antes da Missão

1. Quais eram suas expectativas sobre a missão?
2. Quais eram suas maiores preocupações antes de partir?
3. Como se preparou psicologicamente para a missão?

### Durante a Missão

1. Quais foram os maiores desafios que enfrentou?
2. Descreva uma situação que considerou particularmente estressante durante a missão.
3. Como se mantinha conectado a amigos e familiares?

### Após a missão

1. Quais foram as maiores dificuldades que enfrentou após o retorno?
2. Houve alguma mudança na sua dinâmica familiar após o retorno?
3. Sentiu alguma dificuldade em expressar suas emoções?

## PC-PTSD

Instrumento validado para população Moçambicana

### PC-PTSD

<b>Na sua vida, você já teve alguma experiência que foi tão assustadora, horrível ou perturbadora em que durante o mês passado você:</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1. Teve pesadelos ou pensamentos acerca disso quando não queria ter?		
2. Esforçou-se muito para não pensar nisso ou desviou-se do seu caminho para evitar situações que lhe fizessem lembrar disso?		
3. Esteve constantemente em guarda, vigilante ou assustava-se facilmente?		
4. Sentiu-se entorpecido/a ou desapegado/a dos outros, das actividades ou das coisas à sua volta?		
5. Sentiu-se culpado/a ou incapaz de parar de culpar-se ou aos outros pelo evento ou por qualquer problema que o evento possa ter causado?		
PONTUAÇÃO		

Nota: Considerado suspeita de PTSD em pacientes com ponto de corte 2 ou mais (**sim**) respostas positivas. Fazer o questionário aos pacientes com história de trauma.

## **13. ANEXOS**

***Declaração do Supervisor Autorizando a Submissão de Dissertação para Avaliação (Modelo 22)***

**Parecer do supervisor (para a submissão de Dissertação)**

Faculdade de Medicina

Departamento de Saúde Mental    Curso: Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenções

**Luciana Massinga**, afecto ao Hospital Psiquiátrico de Infulene supervisor da estudante **Cristina Amós Crisóstomo Matsimbe Nhamue**, do curso de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenções, tendo verificado que a dissertação: *Avaliação da Sintomatologia do Transtorno do Estresse Pós-Traumático em Militares da Escola da Polícia Militar das Forças Armadas*, cumpre com os requisitos indicados do RCPG, recomenda que o trabalho seja submetido a avaliação.

Maputo, Janeiro de 2025

Assinatura

---