

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**O impacto da exposição em teatros de operações na Perturbação de
Stress Pós-Traumático e na Depressão em militares portugueses**

- Versão Final -

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Daniela Sofia Moreira de Sousa n°60242

Orientação: Professora Auxiliar Doutora Carla Maria Carvalho Aguiar Teixeira
Professor Catedrático José Jacinto Branco Vasconcelos-Raposo



Vila Real, fevereiro de 2020

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**O impacto da exposição em teatros de operações na Perturbação de
Stress Pós-Traumático e na Depressão em militares portugueses**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica
para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica
pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro,
departamento de Educação e Psicologia, sob a orientação
da Prof.^a Auxiliar Doutora Carla Maria Carvalho Aguiar
Teixeira e do Prof. Catedrático José Jacinto Branco
Vasconcelos-Raposo

Composição do Júri:

Presidente: Ana Catarina Pires Pinheiro da Mota (Professor Auxiliar, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro)

Vogais: José Carlos Fontes Gomes da Costa (Professor Auxiliar, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro) e Carla Maria Carvalho Aguiar Teixeira (Professor Auxiliar, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro)

Vila Real, fevereiro de 2020

AGRADECIMENTOS

A elaboração desta dissertação não seria possível sem o apoio e a colaboração de alguns intervenientes. Desta forma, pretendo agradecer a todos os que contribuíram para o meu crescimento pessoal e para a realização e concretização de mais uma etapa do meu percurso académico.

À Prof^ª. Carla Teixeira e ao Prof. José Vasconcelos-Raposo, orientadores da dissertação, por toda a disponibilidade, compreensão, profissionalismo, energia, motivação transmitida durante todos estes meses, orientando e guiando o meu trabalho e, por toda a confiança depositada.

Aos militares e ex-militares que aceitaram participar voluntariamente nesta investigação, pois sem eles, a realização deste trabalho não seria possível.

Aos meus pais e ao meu irmão, um particular e desmedido agradecimento por serem esses seres extraordinários e um exemplo inspirador da minha vida. Obrigada por serem o meu maior pilar e, por acreditarem e depositarem em mim tanta confiança. Por demonstrarem que a minha felicidade é a vossa felicidade. Pelo amor e pelo orgulho!

Aos restantes elementos da família, pelas palavras de apoio e incentivo.

Aos meus amigos da faculdade Andreia, Diogo, Eusébio, Helena, Joana, Mara e Vânia, que me acompanharam durante esta jornada académica, nos bons e maus momentos, por me ensinarem o verdadeiro significado de companheirismo e amizade e, pela paciência infinita que tiveram comigo.

Ao meu grupo íntimo de amigos, um agradecimento especial pelo apoio, pelas palavras de incentivo e pela amizade, que mesmo com uma maior ausência de minha parte durante este percurso académico, nunca deixarem de estar presentes.

À Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a todo o corpo docente do Departamento de Educação e Psicologia por terem feito parte da minha formação académica.

A Vila Real e a todas as pessoas, que direta ou indiretamente, fizeram com que esta cidade fosse a minha casa durante estes cinco anos académicos.

A todos os intervenientes, o meu sincero Obrigado!

Índice

Índice de figuras e tabelas	6
Introdução geral	7
Estudo Empírico I: “O impacto da exposição em teatros de operações na Perturbação de <i>Stress</i> Pós-Traumático e na Depressão em militares portugueses”	8
Resumo/Abstract	9
Introdução	10
Metodologia	16
Amostra	16
Instrumentos	17
Procedimentos	18
Análise estatística	19
Resultados	20
Análise descritiva	20
Análise comparativa	21
Correlações	23
Discussão	24
Implicações práticas, limitações e pistas futuras	28
Conclusão	28
Referências bibliográficas	30
Estudo Empírico II: “Validação das propriedades psicométricas do PHQ-8 em militares portugueses”	35
Resumo/Abstract	36
Introdução	37
Metodologia	40
Amostra	40
Instrumento	41
Procedimentos	42
Adaptação e Retro-tradução	42
Análise estatística	43
Resultados	44
Discussão	47

Implicações práticas, limitações e pistas futuras	49
Conclusão	49
Referências bibliográficas	50

Índice de figuras e tabelas

Estudo Empírico I: “O impacto da exposição em teatros operações na Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e na Depressão em militares portugueses”.

Tabela 1. Patente Militar e Escala de Severidade da Exposição ao Combate (Média e Desvio-Padrão)	21
Tabela 2. Patente Militar e <i>The Posttraumatic Stress Disorder Checklist</i> (Média e Desvio-Padrão)	21
Tabela 3. Patente Militar e <i>The Patient Health Questionnaire-8</i> (Média e Desvio-Padrão)	22
Tabela 4. Teatros de operações e Escala de Severidade da Exposição ao Combate (Média e Desvio-Padrão)	22
Tabela 5. Teatros de operações e <i>The Posttraumatic Stress Disorder Checklist</i> (Média e Desvio-Padrão)	23
Tabela 6. Teatros de operações e <i>The Patient Health Questionnaire-8</i> (Média e Desvio-Padrão)	23

Estudo Empírico II: “Validação das propriedades psicométricas do PHQ-8 em militares portugueses”

Tabela 1. Valores de média, desvio-padrão, assimetria e curtose para as variáveis da depressão	44
Figura 1. Modelo unifatorial do PHQ-8 numa amostra de militares portugueses	46
Tabela 2. Propriedades dos itens do <i>Patient Health Questionnaire-8</i>	46

INTRODUÇÃO GERAL

A guerra é um contexto que exige bastante do ser humano pela sua natureza complexa e pelo seu nível elevado de perigosidade. Sendo já conhecido que a experiência em teatros de operações e a sua recorrência representa uma forte ameaça à integridade humana consideramos que seja importante que se obtenha uma melhor compreensão da exposição a esses cenários e das suas consequências negativas. Para além disso, a guerra não afeta só a vida do militar, afetando também a vida daqueles que o rodeiam. Deste modo, consideramos importante a obtenção de um conhecimento mais alargado e aprofundado sobre o impacto que a exposição em teatros de operações tem na vida do indivíduo, principalmente quando a exposição a estes cenários pode levar ao uso de estratégias de autorregulação menos eficientes para lidar com o sofrimento e experiências internas negativas durante o tempo de missão e o pós-guerra, incrementando assim o risco de desenvolvimento e/ou de manutenção da Perturbação de *Stress* Pós-traumático e da sintomatologia depressiva, e de outros problemas de saúde física e mental.

O projeto de dissertação inclui a realização de dois artigos. O primeiro intitulado “O impacto da exposição em teatros de operações na Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e na Depressão nos militares portugueses” tem como intuito avaliar o impacto da exposição em teatros de operações na Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e na depressão em militares portugueses. O segundo estudo denominado “Validação das propriedades psicométricas do PHQ-8 em militares portugueses” tem como principal objetivo a validação do *The Patient Health Questionnaire* (PHQ-8), através da análise fatorial confirmatória.

Estudo Empírico I

“O impacto da exposição em teatros de operações na Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e na Depressão em militares portugueses”

The impact of theater exposure on Post Traumatic Stress Disorder and Depression in Portuguese soldiers

Resumo: O serviço militar é um contexto profissional muito exigente e sendo os militares um grupo ocupacional de alto risco para exposição a eventos traumáticos. O objetivo do presente estudo foi compreender o impacto que a exposição em teatros de operações tem na Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e na sintomatologia depressiva. Como objetivos específicos pretendemos 1) comparar por patente militar em função da exposição ao combate, da PSPT e da sintomatologia depressiva, 2) comparar por teatros de operações em função da exposição ao combate, da PSPT e da sintomatologia depressiva e 3) correlacionar entre si as variáveis dependentes, nomeadamente a exposição de combate, PSPT e depressão. A amostra foi constituída por 127 militares, todos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 78 anos. Aplicou-se um questionário que incluía uma parte sociodemográfica, o Questionário de Experiências de Combate, o *The Posttraumatic Stress Disorder Checklist* para militares e o *The Patient Health Questionnaire-8*. Apesar da comparação por patente militar não evidenciar diferenças estatisticamente significativas, os resultados demonstraram que um maior grau hierárquico possui maiores níveis de exposição ao combate, de PSPT e de sintomatologia depressiva. Por outro lado, missões de combate evidenciaram maiores níveis de exposição ao combate, de PSPT e de sintomatologia depressiva. No que diz respeito ao teatro de operações, apenas se evidenciaram diferenças significativas na variável exposição ao combate. Os resultados também demonstraram que as variáveis se correlacionam entre si de forma positiva e significativa.

Palavras-chave: *Exposição ao combate, PSPT, Depressão, Teatro de operações, Exército Português*

Abstract: Military service is a very demanding professional context and the military is a high risk occupational group for exposure to traumatic events. The aim of the present study was to understand the impact that theater exposure has on Post Traumatic Stress Disorder and depressive symptomatology. As specific objectives we intend to 1) compare by military rank as a function of combat exposure, PTSD and depressive symptoms, 2) compare by theater of operations as a function of combat exposure, PSPT and depressive symptoms and 3) correlate with each other dependent variables, namely combat exposure, PTSD and depression. The sample consisted of 127 military men, all aged between 21 and 78 years. We applied a questionnaire that included a sociodemographic part, the Combat Experiences Questionnaire, The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for military personnel, and The Patient Health Questionnaire-8. Although military patent comparison did not show statistically significant

differences, the results showed that a higher hierarchical degree has higher levels of combat exposure, PTSD and depressive symptoms. On the other hand, combat missions showed higher levels of combat exposure, PTSD and depressive symptoms. With regard to theater, only significant differences were shown in the combat exposure variable. The results also showed that the variables correlate positively and significant.

Keywords: *Combat Exposure, PTSD, Depression, Operations theaters, Portuguese Army*

Introdução

O serviço militar é um contexto profissional muito exigente e, para aqueles que já tiverem experiência em teatros de guerra, sabe-se que deixaram a guerra, mas “a guerra ficou com eles”. Podem, aparentemente, não ter cicatrizes visíveis, mas têm marcas profundas na mente, ou seja, quando regressam a casa, apresentam efeitos físicos e psicológicos que têm um impacto direto em vários domínios da sua vida, tais como, psicológico, espiritual, social, familiar e físico (Adler, Zamorsky, & Britt, 2011; Hollingsworth, Dolbin-NacNab, & Marek, 2016; Vasconcelos-Raposo, Pinheiro, Pereira, Arbinaga, & Teixeira, 2017). De acordo com Maia, McIntyre, Pereira e Fernandes (2006), existe uma associação entre a exposição de teatros de guerra e a morbilidade psicológica, física e social, cujas sequelas dessa exposição são duradouras e repercutam-se nas diferentes dimensões da vida do ex-militar.

Durante os 14 anos da Guerra Colonial Portuguesa (1961-1975), nas províncias de Angola, Guiné e Moçambique, estima-se que estiveram envolvidos cerca de 1.000.000 jovens portugueses em que, de acordo com os dados, houve cerca de 10.000 mortes e 40.000 indivíduos ficaram feridos (Albuquerque, Fernandes, Saraiva, & Lopes, 1992). Mas mesmo com estes resultados, o impacto psicológico resultante da guerra não recebeu muita atenção (Ferrajão & Oliveira, 2016).

Relativamente à população dos veteranos de teatros de guerra, Foy, Resnick, Sipprelle e Carroll (1987), averiguaram que entre 25 a 30% dos indivíduos que participaram na guerra do Vietname, com baixa exposição a situações de combate, desenvolveram Perturbação de *Stress Pós-Traumático* (PSPT) contra 70% dos veteranos em situações ameaçadoras. Em conformidade com o *National Vietnam Veterans Readjustment Study* (NVVRS; Kulka et al., 1990), um estudo epidemiológico que foi realizado em 1984 com a população de veteranos de guerra do Vietname, divulgou que 15% dos indivíduos sofriam de PSPT e 30,9% desenvolveram reações de *stress* clinicamente significativas durante a sua vida. No que diz respeito à Guerra do Golfo Pérsico (1990-1992), são referidas prevalências de PSPT entre 8 a 16%, de 11% nos militares americanos que combateram no Afeganistão e entre 15 a 17% nos que estiveram no Iraque (Hoge et al., 2004; Kang, Natelson, Mahan, Lee, & Murphy, 2003; Wolfe, Erickson, Sharkansky, King, & King, 1999).

No que diz respeito à população de veteranos portugueses, Albuquerque e colaboradores (1992), tendo por base os números de veteranos da guerra do Vietname, estimaram que haveria em Portugal cerca de 140 mil soldados com perturbações psicológicas

crónicas diversas. Numa outra investigação realizada por Albuquerque e Lopes (1997), com uma amostra de 120 veteranos da Guerra Colonial Portuguesa (GCP) com PSPT, 84,2% dos indivíduos apresentavam PSPT crónico, 98,2% da amostra apresentava patologia associada e 37,7% grau de incapacidade severa. Num outro estudo mais recente, com uma amostra de 350 soldados portugueses, foi averiguado que 39% desses indivíduos apresentavam PSPT e 56% morbidade psicológica (Maia et al., 2006). Para além deste, outro estudo (Pereira & Pedras, 2007) levado a cabo com 505 veteranos, mostraram que 43% exibiam um quadro clínico de PSPT e 36% apresentavam sintomas de PSPT.

De acordo com alguns estudos, 30% dos militares portugueses, que apresentavam problemas psicológicos decorrentes da guerra, sofriam de Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (Albuquerque et al., 1992; Ferrajão & Oliveira 2016; Maia, McIntyre, Pereira, & Ribeiro, 2011). Porém, a exposição a eventos traumáticos dos teatros de guerra pode ter um impacto na vida do indivíduo para além da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático. Alguns estudos encontraram uma forte associação entre PSPT e a sintomatologia depressiva (Erickson, Wolfe, King, King, & Sharkansky, 2001; Ferrajão & Oliveira, 2016; Foy et al., 1987; Grayson, Dobson, & Marshall, 1998). No entanto, até onde se sabe, poucas são as investigações que observaram o impacto da guerra na sintomatologia depressiva nos veteranos portugueses. Em contrapartida, a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático tem sido uma das áreas que, mais cuidadosamente tem sido estudada. Os resultados desses estudos constataam que o tipo de envolvimento em ações de combate está diretamente relacionado com a probabilidade de se desenvolver PSPT (Maia & Fernandes, 2003).

O quadro clínico de PSPT dificilmente se manifesta de forma isolada. Aproximadamente entre 50 a 90% dos indivíduos com PSPT apresentam outras perturbações, nomeadamente, fobias e perturbação de pânico, distímia, ansiedade, abuso de substâncias, problemas ao nível das relações interpessoais, défices cognitivos, problemas de saúde física e depressão (Pereira, Pedras, Lopes, Pereira, & Machado, 2010).

A sintomatologia de PSPT e a depressão major são apresentadas por várias investigações como uma “vulnerabilidade conjunta” (Breslau, Davis, Peterson, & Schultz, 2000; Green et al., 2006; Pereira et al., 2010), sendo a PSPT um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e vice-versa, ou seja, existe uma relação de reciprocidade entre PSPT e depressão (Erickson et al., 2001). De acordo com uma investigação realizada por Kramer, Booth, Han e Williams (2003), estes averiguaram que a

existência de uma perturbação depressiva em conjunto com um quadro clínico de PSPT amplifica as dificuldades de funcionamento e o *distress* psicológico dos veteranos.

Numa investigação levada a cabo por Ferrajão e Oliveira (2016), foram estudados os efeitos que três componentes da guerra (exposição de combate, observação de violência abusiva e participação em violência abusiva) tinham no desenvolvimento de PSPT e na sintomatologia depressiva, numa amostra de veteranos de guerra. Como resultados deste estudo pode-se constatar que a maioria dos participantes foi exposto a atos de violência abusiva em serviço militar e que 40,8% dos indivíduos excederam as pontuações clínicas de um provável diagnóstico de PSPT e depressão.

Os militares são um grupo ocupacional de alto risco para exposição a eventos traumáticos, uma vez que a experiência em teatros de guerra expõe estes indivíduos a diversas situações ameaçadoras, incluindo perder camaradas, lidar com restos mortais, tirar a vida de outrem, envolvimento ou estar ciente da prática de atos de violência abusiva (maltratar civis, torturar prisioneiros) (McCormack & Ell, 2017), a destruição de aldeias, onde o “inimigo” é toda a população civil, desde crianças a mulheres grávidas, a sede e a fome e o isolamento (Albuquerque & Lopes, 1997). A exposição a estes fatores poderá comprometer o seu bem-estar físico e psicológico dos sujeitos, na medida em que estes fatores *stressantes* estão associados a um maior risco de *stress* pós-traumático, depressão e ideação suicida (Currier, Holland, & Mallot, 2014). A exposição ao combate é considerada talvez a mais traumática de todas as situações, uma vez que pode integrar fatores de *stress* comuns a várias outras situações traumáticas (Albuquerque & Lopes, 1997). Deste modo, durante o período de pós-destacamento, os militares podem debater-se com inúmeras dificuldades, desde perturbações mentais, lesões físicas, abuso de substâncias, suicídio e até problemas familiares e sociais (McCormack & Ell, 2017).

Os efeitos da exposição a teatros de guerra, muitas vezes, não surgem logo após essa exposição, podendo levar longos períodos de tempo até surgirem os sintomas. Deste modo, os ex-combatentes podem apresentar sofrimento psicológico após vários anos do evento traumático (Burnell, Coleman, & Hunt, 2006).

A duração e a frequência da guerra aparentam ter efeitos na reintegração pós-destacamento, ou seja, períodos longos de exposição à guerra em maiores números de teatros de guerra vivenciados, tende a refletir-se em diagnósticos mais severos de saúde mental e, conseqüentemente, maiores dificuldades na reintegração pós-destacamento do militar (Drescher & Foy, 2008; Miller & Warner, 2013; Pietrzack, Johnson, Goldstein, Malley, &

Southwick, 2009). Deste modo, é necessário ter em conta estes dois fatores, uma vez que, os indivíduos que vivenciaram mais teatros de guerra e tiveram uma maior exposição às atrocidades que ela acarreta, apresentam maior probabilidade de desenvolver PSPT e sintomas depressivos (McCormack & Ell, 2017; Kaikkonen & Laukkala, 2015; King, King, Vogt, Knight, & Samper, 2006).

A profissão militar é vista como desgastante, de alto risco e potenciadora de elevados níveis de desconforto. Atendendo a esta afirmação, um estudo realizado por Martins e Oliveira (2013), menciona que independentemente da função que cada soldado desempenha no teatro de operações, todos os intervenientes encontram-se expostos, e em constante risco, a situações desafiadoras e de elevada perigosidade. No entanto, devido não só à responsabilidade pela sua própria segurança, mas também pela dos homens que comanda, e por todas as pressões e decisões burocráticas, espera-se que um maior grau hierárquico leve a um maior desenvolvimento de sintomas de PSPT e depressivos. Num estudo feito por uma equipa multidisciplinar do Ministério da Defesa e do Instituto Superior de Tecnologias Avançadas (ISTEC), os Oficiais são a patente que mais casos de PSPT apresentam, assim como, de doenças emocionais (Silva et al., 2010).

É necessário salientar que, nos últimos tempos, tem havido a preocupação de não só estudar os soldados que estão diretamente envolvidos em combate, como também militares que participaram em missões de manutenção e restabelecimento de paz. Apesar de estes militares estarem menos expostos a situações traumáticas em comparação aos que estão envolvidos em situações de combate também estes podem ser confrontados com experiências extremas, nomeadamente com ameaças ou com as vítimas das barbaridades e a destruição decorrentes da guerra, podendo de igual forma colocar a sua segurança em risco. Assim, a participação em Missões Internacionais de Paz (MIP) constitui um acontecimento com impacto no funcionamento, quer psicológico quer físico, dos militares que nelas participaram (Ferrajão, 2011; Maia et al., 2006).

Assim, com maior enfoque na área do trauma em missões desta tipologia, serão destacados alguns estudos das taxas de prevalência da PSPT realizados em militares que regressaram destes contextos, mostrando assim que também neste tipo de missões é possível o desenvolvimento de sintomas de PSPT. Contudo, as taxas de prevalência mostraram-se inferiores às encontradas em estudos com militares que estiveram em missões de guerra. Relativamente à sintomatologia depressiva, não foram encontrados estudos neste âmbito.

De acordo com investigações realizadas com militares norte-americanos, após o seu regresso destas missões, foram averiguadas prevalências de PSPT que variam entre os 12 e 20% nas operações do Iraque (Shigemura & Nomura, 2002) e os 6 e 12% nas do Afeganistão (Hoge et al., 2004). Por sua vez, Unwin e colaboradores (1999) constataram taxas de PSPT de aproximadamente 5% nos militares britânicos, resultados muito próximos aos encontrados noutros estudos (Greenberg, Iversen, Hull, Bland, & Wessely, 2008). Relativamente à participação de soldados portugueses nestas missões, são conhecidos poucos estudos, no entanto, um estudo de carácter exploratório, realizado pela Universidade do Minho, refere que mais de 10% dos militares portugueses em missão no Afeganistão (2005-2009) apresentam sintomas de PSPT (Osório & Maia, 2010).

Estas missões têm por base atuações e atividades reduzidas e pouco reativas, seguindo um plano de acordos para cessar fogo, conflitos e atos de violência (Vales, 2011), de modo a implementar a paz e a segurança internacionais. Assim, atendendo que esta tipologia de missões apresenta menores prevalências de PSPT e menores níveis de exposição a eventos traumáticos, espera-se que os militares que estiverem em missões de carácter humanitário desenvolvam menos sintomas de PSPT.

A guerra é um contexto assinalado por extremas exigências, onde os militares são confrontados com inúmeros *stressores*, incluindo missões de elevada perigosidade, resistências a climas extremos, constante vigilância, provocando estados de privação do sono, fadiga, choque de culturas, separação por tempo indeterminado da família e ameaças constantes de lesões físicas e até à própria morte. Devido a todos estes fatores, os números de casos com PSPT, sintomas depressivos e tentativas de suicídio continuam a aumentar (Magalhães, Silva, & Santos, 2013). Deste modo, o objetivo geral do presente estudo passa por compreender o impacto que a exposição em teatros de operações tem na Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e na sintomatologia depressiva, em militares portugueses. Como objetivos específicos pretendemos 1) comparar por patente militar em função da exposição ao combate, da PSPT e da sintomatologia depressiva, 2) comparar por teatros de operações em função da exposição ao combate, da PSPT e da sintomatologia depressiva e 3) correlacionar entre si as variáveis dependentes, nomeadamente a exposição de combate, PSPT e depressão.

Metodologia

A presente investigação é um estudo de carácter correlacional e comparativo, com um desenho quasi-experimental, na medida em que não implica qualquer controlo dos níveis da variável independente por parte do pesquisador, a técnica de amostragem é de conveniência. A investigação é de carácter transversal, uma vez que as variáveis serão medidas apenas num único momento, com recolha de dados do tipo quantitativo. Foram garantidos todos os procedimentos éticos, nomeadamente o carácter sigiloso e confidencial da informação obtida, a utilização dos dados foi circunscrita à investigação e à voluntariedade dos participantes.

Nesta investigação como variáveis independentes temos a patente militar e o tipo de teatros de operações e, como variáveis dependentes temos a exposição ao combate, a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) e a sintomatologia depressiva.

Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 127 militares portugueses, todos do sexo masculino, com idades compreendidas entre 21 e 78 anos ($M = 56.45$; $DP = 18.14$). Dos indivíduos inquiridos 20 estavam solteiros (15.7%), 5 viúvos (3.9%), 95 estavam casados ou em união de facto (74.8%) e 7 eram divorciados (5.5%). Dos 127 participantes, 102 tinham filhos (80.3%), com um valor mínimo de 1 filho e o valor máximo de 5. Relativamente ao grau de escolaridade 40 elementos concluíram o 1º Ciclo (do 1º ao 4º ano) (31.5%), 4 militares o 2º Ciclo (do 5º ao 6º ano) (3.1%) e 16 o 3º Ciclo (do 7º ao 9º ano) (12.6%). Respeitante ao Ensino Secundário e Ensino Superior, este foi concluído por 54 (42.5%) e 13 participantes (10.2%), respetivamente.

No que diz respeito ao ramo das forças armadas que ingressaram ou que já fizeram parte, 1 elemento pertencia à Marinha (0.8%), 109 ao Exército (85.8%) e 17 à Força Aérea (13.4%). Relativamente à patente militar, 12 indivíduos pertenciam à categoria dos Oficiais (9.4%), 26 à dos Sargentos (20.5%) e 89 à dos Praças (70.1%). O tempo de serviço militar variou entre os 17 e os 432 meses ($M = 67.55$; $DP = 71.72$).

No que concerne aos Teatros de Operações (TO), estes foram divididos em 3 grupos, nomeadamente Guerra Colonial Portuguesa (GCP) com 77 participantes (60.6%), Guerra dos Balcãs (GB) com 41 participantes (32.3%) e Outros com 9 participantes (7.1%). Relativamente ao tempo de permanência nestes teatros de operações, variou entre 5 e 72 meses ($M = 20.02$; $DP = 11.69$).

Instrumentos

Para a recolha de dados, foram criados um consentimento informado e um questionário, que incluía uma secção sociodemográfica, o Questionário de Experiências de Combate (CEQ), o *The Posttraumatic Stress Disorder Checklist* para militares (PCL-M) e o *The Patient Health Questionnaire* (PHQ-8).

A secção sociodemográfica é constituída por 8 questões de autorresposta, sendo que três questões são de resposta fechada, como sexo, estado civil e se tem filhos, e as restantes cinco são de respostas abertas, incluindo idade, habilitações académicas, ramo das forças armadas, posto de trabalho e os anos de serviço militar.

O Questionário de Experiências de Combate (CEQ; Carvalho, Pinto-Gouveia, Cunha, & Motta, 2014a) é um questionário de autorrelato, que tem como objetivo avaliar a frequência e a severidade de exposição a situações típicas de combate e o grau de perturbação emocional, resultante dessa exposição. Este questionário divide-se em duas secções independentes, compostas por 23 itens cada uma, com questões dicotómicas ou contínuas. A Escala de Severidade da Exposição ao Combate (CEQ-A) avalia a gravidade da exposição a cenários de guerra e a Escala de Perturbação Emocional (CEQ-B) avalia o grau de perturbação emocional. É de salientar que para esta investigação apenas foi utilizada a secção A (Escala de Severidade da Exposição ao Combate, CEQ-A). No que concerne à cotação, esta compreende valores entre os 0 e 115 pontos, que são medidos numa escala de 6 pontos, com cada item variando de 0 a 5 pontos: 0 corresponde a não ter sido exposto, seguido por 5 diferentes graus de intensidade de exposição. O CEQ-A é uma ferramenta válida e confiável para a população portuguesa, apresentando uma consistência interna boa, com um *a de Cronbach* de 0.89 (Carvalho, Pinto-Gouveia, Cunha, & Motta, 2014b).

O *The Posttraumatic Stress Disorder Checklist* para militares (PCL-M; Weathers, Litz, Huska, & Keane, 1994; versão portuguesa por Carvalho, Cunha, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2015a) é um questionário de autorrelato projetado especificamente para a população militar, que tem como finalidade medir a severidade dos sintomas associados à Perturbação de Stress Pós-Traumático. É composto por 17 itens, tendo por base os critérios de diagnóstico de PSPT descritos no DSM-IV. Os participantes devem classificar até que ponto experienciaram cada um dos itens, numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 = “nada”, 2 = “um pouco”, 3 = “moderadamente”, 4 = “frequentemente” e 5 = “sempre”. A cotação varia entre os 17 e os 85, em que a soma de todos os itens indica a pontuação total de gravidade. O ponto de corte ideal para se considerar uma possível existência de sintomatologia de PSPT é de 49

pontos para a população militar (Carvalho, Pinto-Gouveia, Cunha, & Duarte, 2015b). A escala encontra-se traduzida e adaptada para a população portuguesa em questão, apresentando uma boa consistência interna, com α de Cronbach de 0.96 (Carvalho et al., 2015a).

O *The Patient Health Questionnaire* (PHQ-8; Kroenke et al., 2009), como a designação sugere, é um questionário composto por 8 itens e permite avaliar a sintomatologia depressiva, em que é pedido ao indivíduo para responder numa escala que oscila entre 0 e 3 (0 = “nunca”, 1 = “em alguns dias”, 2 = “em mais de metade dos dias” e 3 = “quase todos os dias”), se foi incomodado por algum dos problemas apresentados nas duas últimas semanas. Os 8 itens estão associados a diferentes sintomas depressivos, nomeadamente, anedonia, humor deprimido, dificuldades de sono, fadiga, alterações de apetite, sentimentos de inutilidade ou culpa, dificuldades de concentração e agitação motora. As pontuações para cada item são somadas de modo a produzir uma pontuação total entre 0 e 24 pontos. Uma pontuação total de 0 a 4 pontos não representa sintomas depressivos significativos, de 5 a 9 sintomas leves, de 10 a 14, sintomas moderados, de 15 a 19, sintomas moderadamente severos e de 20 a 24, sintomas graves. Este instrumento não se encontra validado para a população portuguesa, no entanto, em estudos internacionais, o instrumento apresenta uma boa consistência interna, com α de Cronbach de 0.88 (Shin, Lee, Han, Yoon, & Han, 2019) e de 0.86 (Ory et al., 2013)¹.

Procedimentos

O primeiro momento da investigação consistiu na pesquisa e revisão da literatura do assunto a estudar. De seguida, a partir de toda a informação recolhida, procedeu-se, à elaboração e ao envio do pedido de autorização aos órgãos competentes, para que fosse possível dar seguimento com a recolha de dados. Assim que se obteve a autorização por parte dos órgãos competentes, deu-se início à recolha de dados. De salientar que o presente estudo foi aprovado pela Comissão Científica e de Ética da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

A recolha de dados foi realizada de duas formas, presencialmente e *online*, compreendendo os militares portugueses que tivessem sido destacados para teatros de

¹ U.S. National Chronic Disease Self-Management Study. Study described in Ory MG, Ahn S, Jiang L, et al. National study of chronic disease self-management: six month outcome findings. *Journal of Aging and Health*. 2013 [in press]. Acedido no dia 14-08-2019, através de https://www.selfmanagementresource.com/docs/pdfs/English_-_phq.pdf

operações, sob a forma de questionário de autorrelato. A recolha de dados realizada de forma presencial, foi feita em contexto de sala, onde foi explicado aos participantes os objetivos do estudo e as questões éticas e deontológicas da investigação. Já a recolha de dados de carácter *online* foi realizada após a elaboração do questionário *online*, respeitando todos os requisitos do questionário original, através da ferramenta disponibilizada pelo *Google Chrome*, nomeadamente o *Google Forms* e após a revisão por parte de todos os investigadores. Após a construção e revisão do questionário *online* este foi partilhado pelas várias vias de comunicação *online*.

É importante salientar que a presente investigação teve na sua base os pressupostos éticos e deontológicos, nomeadamente a confidencialidade e respeito pelo anonimato dos participantes.

Análise estatística

Para a análise quantitativa, o tratamento estatístico será realizado através do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 25). No sentido de avaliar a consistência interna dos instrumentos utilizados foi determinado o α de Cronbach para cada uma das escalas utilizadas, e de modo a verificar os pressupostos da normalidade da amostra foram analisados os valores de *Skeweness* (assimetria) e *Kurtosis* (curtose). Para além disso, com a finalidade de verificar a homogeneidade das variâncias foi utilizado o *Levene's Test*. Foi utilizada a estatística descritiva, como a média, desvio-padrão, mínimos e máximos, para a descrição das variáveis. Para a análise dos objetivos propostos recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* de modo a medir o grau de correlação entre as variáveis, tendo sido considerado valor de significância de $p < .01$, e à análise de variância, através da ANOVA – testes de comparações múltiplas, nomeadamente o Teste de *Bonferroni*, uma vez que consiste num teste *t* para cada par de médias a uma taxa de erro por comparação. Para a interpretação dos dados foram considerados valores de significância de $p < .05$, à exceção do coeficiente de correlação de *Pearson*. Para as análises realizadas foram apresentadas as dimensões dos efeitos estatísticos tendo como critérios interpretativos sugeridos por Cohen (1992), assim para as correlações os valores de critério são os seguintes: $d \geq 0.2$ e < 0.5 , efeito pequeno, $d \geq 0.5$ e < 0.8 , efeito médio e por último, efeito forte quando $d \geq 0.8^2$. Para a ANOVA valores de

² Informação retirada da página da *University of Colorado Colorado Springs, Effect Size Calculators Dr. Lee A. Becker*, acedido no dia 21-06-2019 através de <https://www.uccs.edu/lbecker/effect-size#2.%20Correlation%20measures%20of%20effect>

eta-quadrado parcial (η_p^2) entre 0.01 e 0.059 são considerados pequenos, entre 0.06 e 0.139 efeito moderado e quando superior a 0.14 são considerados como grandes³.

Resultados

Com o intuito de verificar os pressupostos da normalidade, foram analisados os valores de *Skewness* e *Kurtosis*. Verificou-se que para as variáveis, exposição ao combate, Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) e depressão, os valores encontram-se dentro do intervalo de -1 e 1. Para além disso, também foram analisados os α de *Cronbach*, onde se constatou que os instrumentos apresentam uma boa consistência interna, uma vez que todas as escalas utilizadas apresentam valores iguais e/ou superiores a 0.90. Perante estes dados procedeu-se à utilização de estatística paramétrica.

Análise descritiva

No que diz respeito à Escala de Severidade da Exposição ao Combate (CEQ-A), os valores indicam uma exposição de combate entre 0 e 78 pontos ($M = 25.00$; $DP = 15.79$). De acordo com os resultados e relativamente à patente militar, os Oficiais são a categoria que apresenta uma maior média de exposição ao combate. No que concerne aos Teatros de Operações (TO), os valores mais altos dizem respeito aos militares que estiveram na Guerra Colonial Portuguesa (GCP).

Referente ao *The Posttraumatic Stress Disorder Checklist* para militares (PCL-M), os valores indicam uma pontuação entre 17 e 70 pontos ($M = 33.13$; $DP = 14.44$). Para além disso, os resultados indicam uma percentagem de 17.3% para uma possível existência de sintomatologia de PSPT. De acordo com os resultados gerais e relativamente à patente militar, os Oficiais são a categoria que apresenta uma maior média em todas as subescalas da PSPT. No que concerne aos TO, os resultados obtidos na subescala Reexperiência e Evitamento da reatividade geral indicam maiores valores nos que estiveram na GCP, no entanto, na subescala Hiperativação os resultados apontam para valores mais elevados naqueles que estiveram na Guerra dos Balcãs (GB).

Respeitante ao *The Patient Health Questionnaire* (PHQ-8), os valores indicam uma pontuação que oscila entre 0 e 21 pontos ($M = 5.80$; $DP = 5.45$). De acordo com os resultados,

³ Informação retirada da página *University of Cambridge*, acessido no dia 21-07-2019 através de <http://imaging.mrc-cbu.cam.ac.uk/statswiki/FAQ/effectSize>

52.8% dos participantes indicam sintomas significativos de depressão (n = 67, sendo que 29.8% representam sintomas leves (n = 38), 11.1% sintomas moderados (n = 14), 10.2% sintomas moderadamente severos (n = 13) e 1.6% sintomas graves (n = 2). De acordo com os resultados e relativamente à patente militar, os Oficiais são a categoria que apresenta uma maior média para uma possível sintomatologia depressiva. No que concerne aos TO, os valores mais elevados são apontados pelo grupo intitulado Outros.

Análise comparativa

Nas comparações por patente militar em função da exposição ao combate, o efeito encontrado é pequeno e não significativo ($F_{(2, 124)} = 2.906, p = .058, \eta_p^2 = .045, PO = .559$) (tabela 1).

Tabela 1

Patente militar e Escala de Severidade da Exposição ao Combate (Média e Desvio-Padrão)

	Oficiais	Sargentos	Praças	Total
	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP
	n = 12	n = 26	n = 89	n = 127
Exposição ao Combate	33.50 ± 19.06	27.77 ± 15.08	23.05 ± 15.20	25.00 ± 15.79

As comparações por patente militar demonstraram um valor de p não significativo mas com um efeito pequeno para as subescalas Reexperiência ($F_{(2, 124)} = .914, p = .403, \eta_p^2 = .015, PO = .205$) e Evitamento da reatividade geral ($F_{(2, 124)} = 1.881, p = .157, \eta_p^2 = .029, PO = .385$). Para a subescala Hiperativação não apresenta qualquer efeito significativo ($F_{(2, 124)} = .313, p = .732, \eta_p^2 = .005, PO = .099$) (tabela 2).

Tabela 2

Patente militar e The Posttraumatic Stress Disorder Checklist (Média e Desvio-Padrão)

	Oficiais	Sargentos	Praças	Total
	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP
	n = 12	n = 26	n = 89	n = 127
Reexperiência	11.75 ± 6.03	10.66 ± 5.25	9.89 ± 4.54	10.22 ± 4.84
Evitamento	15.75 ± 7.61	12.46 ± 6.09	12.21 ± 5.66	12.60 ± 5.98
Hiperativação	11.33 ± 5.37	10.35 ± 5.02	10.16 ± 4.72	10.31 ± 4.82

As comparações ao nível da patente não evidenciaram qualquer efeito significativo, na variável depressão ($F_{(2, 124)} = .172, p = .842, \eta_p^2 = .003, PO = .076$) (tabela 3).

Tabela 3

Patente Militar e The Patient Health Questionnaire-8 (Média e Desvio-Padrão)

	Oficiais	Sargentos	Praças	Total
	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP
	n = 12	n = 26	n = 89	n = 127
Depressão	6.58 ± 6.26	5.46 ± 5.89	5.80 ± 5.25	5.80 ± 5.45

Nas comparações por TO em função da exposição ao combate, encontrou-se um efeito significativo e de tamanho médio ($F_{(2, 124)} = 7.477, p = .001, \eta_p^2 = .108, PO = .938$) (tabela 4).

Tabela 4

Teatros de operações e Escala de Severidade da Exposição ao Combate (Média e Desvio-Padrão)

	GCP	GB	Outros	Total
	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP
	n = 77	n = 41	n = 9	n = 127
Exposição ao Combate	29.12 ± 16.54	18.12 ± 11.85	21.11 ± 14.30	25.00 ± 15.79

As comparações por TO demonstraram um valor de p não significativo mas com um efeito pequeno para a subescala Reexperiência ($F_{(2, 124)} = 2.990, p = .054, \eta_p^2 = .046, PO = .572$). Para as subescalas Evitamento da reatividade geral ($F_{(2, 124)} = .140, p = .869, \eta_p^2 = .002, PO = .071$) e Hiperativação não apresentaram qualquer efeito significativo ($F_{(2, 124)} = .542, p = .583, \eta_p^2 = .009, PO = .138$) (tabela 5).

Tabela 5

Teatros de operações e The Posttraumatic Stress Disorder Checklist (Média e Desvio-Padrão)

	GCP	GB	Outros	Total
	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP
	n = 77	n = 41	n = 9	n = 127
Reexperiência	11.05 ± 5.22	8.90 ± 3.91	9.11 ± 4.01	10.22 ± 4.84
Evitamento	12.82 ± 6.04	8.90 ± 3.91	12.00 ± 7.04	12.60 ± 5.98
Hiperativação	10.06 ± 4.86	10.93 ± 4.95	9.56 ± 3.94	10.31 ± 4.82

As comparações ao nível dos TO em função da variável depressão, o efeito encontrado é pequeno, mas não significativo ($F_{(2, 124)} = .927, p = .398, \eta_p^2 = .015, PO = .207$) (tabela 6).

Tabela 6

Teatros de operações e The Patient Health Questionnaire-8 (Média e Desvio-Padrão)

	GCP	GB	Outros	Total
	M ± DP	M ± DP	M ± DP	M ± DP
	n = 77	n = 41	n = 9	n = 127
Depressão	6.14 ± 5.79	4.90 ± 4.97	7.00 ± 4.27	5.80 ± 5.45

Correlações

A análise de correlação de *Pearson* foi utilizada para verificar os graus de correlação entre as variáveis dependentes. Os valores de correlação devem ser interpretados, não esquecendo os critérios propostos por Cohen (1992), assim os valores de referência são os seguintes: $d \geq 0.2$ e < 0.5 , efeito pequeno, $d \geq 0.5$ e < 0.8 , efeito médio e por último, efeito forte quando $d \geq 0.8$, e que o valor de significância foi de $p < .01$.

Os valores relativos à exposição de combate apresentam correlações positivas com valores alto e médios, respetivamente, assim como significativos entre todas as subescalas da PSPT, nomeadamente a Reexperiência ($r^2 = .174, p = .000, d = .9$), Evitamento da reatividade geral ($r^2 = .086, p = .001, d = .6$) e Hiperativação ($r^2 = .070, p = .003, d = .5$). A exposição de combate correlaciona-se significativamente de forma positiva e com efeito médio com a depressão ($r^2 = .066, p = .004, d = .5$).

Os valores relativos à variável depressão apresentam correlações significativamente positivas e fortes com todas as subescalas da PSPT, nomeadamente a Reexperiência ($r^2 = .382, p = .000, d = 1.5$), Evitamento da reatividade geral ($r^2 = .529, p = .000, d > 2.0$) e Hiperativação ($r^2 = .569, p = .000, d > 2.0$).

Discussão

O presente estudo objetivou compreender o impacto que a exposição em teatros de operações tem na Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) e na sintomatologia depressiva, nos militares portugueses. Este estudo foi realizado com uma população, que a nível nacional, não recebeu muita atenção, havendo alguma escassez respeitante a este assunto. Assim, os resultados desta investigação podem acrescentar algum conhecimento sobre os mecanismos e processos referentes à recuperação tanto da PSPT como da sintomatologia depressiva e, para além disso, conhecimentos adicionais destas variáveis psíquicas respeitante às suas manifestações clínicas podem levar a novas abordagens de avaliação e intervenção psicológica na prática clínica nesta população em específico.

Após a realização dos procedimentos estatísticos e, quanto às características clínicas, 17.3% dos participantes apresentavam um provável diagnóstico de PSPT, uma vez que excederam os valores de corte. Relativamente aos veteranos da Guerra Colonial Portuguesa (GCP) estes apresentaram uma taxa de prevalência de 19.5% de PSPT e os militares que estavam incluídos nas categorias Guerra dos Balcãs (GB) e Outros apresentaram uma taxa de 14%. *O National Vietnam Veterans Readjustment Study* (NVVRS, Kulka et al., 1990) encontrou uma taxa de prevalência de 30% de PSPT ao longo da vida, sendo que há data do estudo, 15% apresentavam PSPT. Em estudos com militares da guerra colonial portuguesa, Maia e colaboradores (2006), encontraram uma percentagem de 39%, Pedras e Pereira (2007) encontraram uma prevalência de 36% para sintomas de PSPT e de 43% para um quadro clínico de PSPT, e Pereira e colaboradores (2010) de 39.5%. Nos militares da Guerra do Golfo foi encontrada uma percentagem de 12% de PSPT (Kang et al., 2003) e, de 14% nos militares que participaram na guerra do Iraque e do Afeganistão (Tanielian & Jaycox, 2008). Assim, os resultados deste estudo encontram-se próximos com os resultados dos estudos internacionais, no entanto, com os resultados nacionais, a nossa prevalência mostrou-se inferior. Este facto pode-se dever ao tamanho amostral, uma vez que a amostra desta

investigação é inferior à dos outros estudos portugueses (n = 350, 505 e 230, respetivamente vs 127).

Para além dos dados de prevalência de PSPT e, sabendo que este quadro clínico dificilmente se manifesta de forma isolada, é comum a presença de outras perturbações comorbidas, sendo as perturbações de humor mais frequentemente associadas nos militares de guerra (Pereira et al., 2010), encontramos neste estudo uma prevalência de 52.8% de um provável diagnóstico de depressão e um quadro clínico de vulnerabilidade conjunta (PSPT e depressão) de 17.3%. De acordo com uma investigação realizada por Kramer e colaboradores (2003), estes averiguaram que a existência de uma perturbação depressiva em conjunto com um quadro clínico de PSPT amplifica as dificuldades de funcionamento e o *distress* psicológico dos veteranos.

Comparativamente a uma investigação nacional, realizada por Ferrajão e Oliveira (2016), os dados de uma possível sintomatologia de PSPT da presente investigação, mostraram-se superiores (17.3% vs 9.2%). O mesmo se verificou na sintomatologia depressiva (52.8% vs 11.7%). No entanto, quando comparado a um quadro clínico de um provável diagnóstico de PSPT e depressão, esta apresentou-se com uma taxa de prevalência inferior (17.3% vs 40.8%). Este resultado pode dever-se ao facto de que, na presente investigação a amostra é constituída por teatros de guerra e teatros de manutenção de paz, enquanto que o estudo de Ferrajão e Oliveira (2016) é constituída apenas por indivíduos da GCP, onde os níveis de exposição de combate são superiores àqueles apresentados nas missões de manutenção e restabelecimento de paz.

Em coesão com a revisão de literatura respeitante ao trauma de guerra, as ações de omissão ou comissão na guerra podem levar à produção de um sofrimento contínuo e de problemas internos, análogos às consequências diretas de ameaça à própria vida. Consequentemente, os militares podem padecer de um conflito intrínseco, como resultado de uma discordância entre os esquemas pessoais e comportamentos de violação moral no decurso do serviço militar (Ferrajão & Oliveira, 2016; Herman, 1992). Possivelmente, os militares que padecem de uma maior discrepância entre os esquemas pessoais e os acontecimentos de guerra, poderão levar a um maior desenvolvimento de vivências de reexperiência e memórias intrusivas desses acontecimentos, que poderá ter como consequência sintomas de PSPT mais graves (Ferrajão & Oliveira, 2016; Litz et al., 2009). Ademais, a reexperiência das crueldades da guerra enfraquece a autoestima dos soldados que, conseqüentemente, resultará em maiores níveis de gravidade dos sintomas depressivos (Litz et al., 2009).

Atendendo a esta estrutura teórica, os nossos resultados fornecem algum suporte empírico. Como esperado, a exposição ao combate foi associada ao aumento da possibilidade de exceder as pontuações clínicas relacionadas a um provável diagnóstico de PSPT e de sintomatologia depressiva. O grau de exposição ao combate mostrou uma associação positiva estatisticamente significativa tanto para o desenvolvimento de PSPT como para a sintomatologia depressiva. Como previsto, o nível de exposição ao combate foi preditor dos sintomas de PSPT, tendo já sido averiguado em descobertas anteriores com outras amostras de veteranos sobre a relação entre o diagnóstico de PSPT e os sintomas depressivos face a uma maior exposição ao combate (Barrett, Gray, Doebbeling, Clauw, & Reeves, 2002; Foy et al., 1987; Grieger & Benedek, 2006; Kulka et al., 1990; Maia & Fernandes, 2003; Pereira et al., 2010). Os resultados sobre a depressão realçam que o envolvimento ativo ou a observação de atos de carregada violência contra civis ou inimigos no decurso da guerra pode originar fortes sentimentos de culpa, arrependimento e vergonha, incrementando assim a probabilidade de maiores níveis de gravidade dos sintomas depressivos (Beckham, Feldman, & Kirby, 1998; Marx et al., 2010). Num estudo longitudinal, levado a cabo por Hoge e colaboradores (2004), com o objetivo de averiguar o estado mental de militares, que estiveram em missão no Iraque e no Afeganistão, foram verificados valores significativamente elevados respetivos a sintomas depressivos, na fase de pós-deslocamento. No entanto, até onde se sabe, poucas são as investigações que observaram o impacto da guerra na sintomatologia depressiva nos militares portugueses, assim, investigações futuras devem procurar entender o impacto que o grau de exposição ao combate tem nesta perturbação.

Alguns estudos encontraram uma forte associação entre PSPT e a sintomatologia depressiva (Erickson et al., 2001; Grayson et al., 1998). Como esperado, os nossos resultados suportam este argumento, mostrando assim uma relação de reciprocidade entre a PSPT e a perturbação depressiva. Ainda assim, devido à escassez de literatura científica sobre esta temática nos veteranos de guerra portuguesa, recomendamos que novas pesquisas devem ter como objetivo a replicação destes resultados.

Os resultados obtidos no presente estudo são consistentes com grande parte da literatura, que afirma que a profissão ou experiência militar é vista como desgastante e potenciadora de elevados níveis de desconforto e risco. Martins e Oliveira (2013) sugerem que, independentemente da função que cada soldado desempenha nos teatros de operações (TO), todos os intervenientes encontram-se expostos e em constante risco a situações desafiadoras e de elevada perigosidade e *stress*.

Relativamente à análise por patente militar verificou-se que os Oficiais apresentaram maiores níveis de exposição ao combate, de PSPT e de sintomatologia depressiva, no entanto, não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma das variáveis estudadas. Ainda que, com algumas reservas, devido ao reduzido tamanho da amostra e por não haver nenhuma relevância estatística, a hipótese formulada de que um maior grau hierárquico militar prediz um maior desenvolvimento de PSPT e de sintomas depressivos, é inconclusiva. Num estudo realizado por uma equipa multidisciplinar do Ministério da Defesa e do Instituto Superior de Tecnologias Avançadas (Silva et al., 2010), os Oficiais são a patente que apresentam mais casos de PSPT e de doença emocional, resultados concordantes com os nossos.

Este resultado pode revelar-se controverso, se por um lado, os militares com maior nível hierárquico deveriam possuir melhores técnicas de confronto com o *stress* de guerra e de relativização dos efeitos, por outro, é de prever que estes estejam subjugados a uma elevada e constante ansiedade cognitiva pela responsabilização do sucesso do seu comando e pelas decisões e pressões burocráticas, podendo ultrapassar os limites de uma boa formação (Silva et al., 2010). Deste modo, podemos asseverar que recai sobre os superiores hierárquicos não só a responsabilidade pela sua própria segurança e os seus problemas de angústia e de indecisão, mas também a responsabilidade pela segurança dos homens que comanda. Devido à escassez deste assunto, estudos futuros devem testar esta hipótese.

Após a realização dos procedimentos estatísticos referentes aos TO é possível constatar que os militares portugueses, que estiveram em missões de carácter humanitário, apresentaram níveis inferiores em todas as variáveis em estudo, nomeadamente na exposição ao combate, na PSPT e na sintomatologia depressiva, comparativamente às missões de guerra. Ainda que, com algumas reservas, devido ao reduzido tamanho da amostra e por apenas haver relevância estatística na variável exposição ao combate, a hipótese formulada de que missões de carácter militar, com objetivos humanitários ou de estabelecimento, consolidação ou manutenção de paz parece predizer um menor desenvolvimento de PSPT do que as missões de guerra, é verificada. Estes resultados podem ser explicados pelos baixos níveis de exposição a eventos traumáticos a que os militares das missões humanitárias estiveram expostos.

No entanto, é importante realçar, que mesmo com valores reduzidos de PSPT, as missões de paz podem constituir um acontecimento com impacto no funcionamento psicológico e físico dos militares que nelas participam, uma vez que cada operação que os militares cumprem envolve riscos, sendo necessário estar em constante estado de vigilância,

exigindo que consigam fazer a distinção entre o inimigo e o civil, e que consigam o menor número de vítimas (Osório & Maia, 2010). Atendendo a esta premissa, devem ser realizadas mais investigações neste âmbito.

Implicações práticas, limitações e pistas futuras

Devem ser salientadas algumas limitações ao presente estudo em detrimento dos resultados apresentados. Primeiro, o número limitado da amostra, quando dividido em grupos para comparações, dada a dificuldade em aceder às entidades e à adesão por parte da população alvo. Segundo, as variáveis em estudo (exposição ao combate, Perturbação de *Stress* Pós-Traumático e sintomatologia depressiva) foram avaliadas por meio de instrumentos breves de autorrelato, na medida em que os dados podem ser passíveis de enviesamento. De modo a colmatar esta limitação, investigações futuras devem avaliar estas dimensões clínicas por meio de uma entrevista clínica para ajudar a determinar com maior exatidão os sintomas relatados, de modo a garantir um diagnóstico mais confiável e uma melhor compreensão do papel que cada fator desempenha na recuperação destas condições clínicas.

Outra limitação diz respeito aos aspetos relacionados com a exposição de combate. Se, por um lado, pode levar a enviesamentos por questões de memórias e de se tratar de dados de aproximações, por outro, o fator crítica social pode estar presente, devido a sentimentos de negativos que advém da experiência de guerra.

Por fim, revela-se essencial a realização de novas investigações que avaliem perturbações do foro psicológico mais significativas, com o intuito de fazer a avaliação de aspetos como a prevalência e a gravidade dos casos já detetados, e de casos ainda não detetados. Assim, uma caracterização mais rigorosa e concreta destas sequelas psicológicas permite responder de uma forma mais eficiente às necessidades que afetam direta e indiretamente os militares e os seus familiares, diminuindo não só os custos socioeconómicos envolvidos na prevenção, recuperação e apoio a este grupo profissional, mas também aumentando a sua qualidade de vida.

Conclusão

A guerra tem um grande impacto psicológico nos militares que por lá passaram, sendo uma experiência potencialmente traumática. Para além disso, a participação neste tipo de

eventos, submete os militares a um desgaste emocional, mental e físico, no qual, muitas das vezes, práticas de violência observadas e perpetradas estão na origem de problemas de carácter mental e físico, a médio e longo prazo.

O estudo do impacto que a exposição em teatros de operações tem na Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) e na sintomatologia depressiva, nos militares portugueses, apesar de conter algumas limitações, consegue ainda mostrar alguma relevância deste tipo de estudos, uma vez que vem confirmar que a experiência de guerra vivenciada pelos militares e veteranos portugueses foi de grande violência e com um elevado potencial de gerar respostas de *stress* pós-traumático e depressivas.

Relativamente aos objetivos do estudo concluímos que existe uma relação entre a participação de militares em teatros de operações e o desenvolvimento de perturbações mentais, nomeadamente a PSPT e a sintomatologia depressiva. Como tal, o grau de exposição ao combate mostrou-se preditor do desenvolvimento de PSPT e da sintomatologia depressiva.

Embora a comparação por patente militar não tenha evidenciado diferenças estatisticamente significativas, os resultados demonstraram que um maior grau hierárquico possui maiores níveis de exposição ao combate, de PSPT e de sintomatologia depressiva. Por outro lado, missões de combate evidenciaram maiores níveis de exposição ao combate, de PSPT e de sintomatologia depressiva. Em relação aos teatros de operações, apenas se evidenciaram diferenças significativas na variável exposição ao combate. Os resultados também demonstraram que as variáveis se correlacionam entre si de forma positiva e significativa.

Referências bibliográficas

- Adler, A., Zamorski, M., & Britt, T. (2011). The psychology of transition: Adapting to home after deployment. *Deployment Psychology: Evidence-Based Strategies to Promote Mental Health in the Military*, 153-174. doi:10.1037/12300-006
- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., & Lopes, F. (1992). Perturbação pós traumática do stress em combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*, 1992, 1–9.
- Albuquerque, A., & Lopes, F. (1997). Stress de guerra: a ferida encoberta. *Revista de Psiquiatria*, 10, 47-56.
- Barrett, D., Gray, G., Doebbeling, B., Clauw, D., & Reeves, W. (2002). Prevalence of symptoms and symptom-based conditions among Gulf War veterans: Current status of findings. *Epidemiologic Reviews*, 24, 218-227. doi:10.1093/epirev/mxf003
- Beckham, J., Feldman, M., & Kirby, A. (1998). Atrocities exposure in Vietnam combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder: Relationship to combat exposure, symptom severity, guilt, and interpersonal violence. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 777–785. doi:10.1023/A:1024453618638
- Breslau, N., Davis, G., Peterson, E., & Schultz, L. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: the posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Society Biological Psychiatric*, 48, 902-909.
- Burnell, K., Coleman, P., & Hunt, N. (2006). Falklands war veterans' perceptions of social support and the reconciliation of traumatic memories. *Aging and Mental Health*, 10(3), 282-289. doi:10.1080/13607860500409385
- Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Motta, C. (2014a). *Combat Experiences Questionnaire* [Database record]. Retrieved from PsycTESTS. doi:10.1037/t38538-000
- Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Motta, C. (2014b). Development of Exposure to Combat Severity Scale of the Combat Experiences Questionnaire (CEQ). *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 938-946. doi:10.1016/j.janxdis.2014.09.024
- Carvalho, T., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015a). Portuguese version of the PTSD Checklist-Military Version (PCL-M)-I: confirmatory factor analysis and reliability. *Psychiatry Research*, 226(1), 53-60. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.055
- Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Duarte, J. (2015b). Portuguese version of the PTSD Checklist-Military Version (PCL-M) - II: diagnostic utility. *Revista Brasileira*

- de Psiquiatria*, 37(1), 55-62. doi:10.1590/151644462013-1319
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Currier, J., Holland, J., & Malott, J. (2014). Moral injury, meaning making, and mental health in returning veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 1-12. doi:10.1002/jclp.22134
- Drescher, K., & Foy, D. (2008). When they come home: Posttraumatic stress, moral injury, and spiritual consequences for veterans. *Reflective Practice: Formation and Supervision in Ministry*, 28, 85-102.
- Erickson, D., Wolfe, J., King, D., King, L., & Sharkansky, E. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 41– 49.
doi:10.1037/0022-006X.69.1.41
- Ferrajão, P. (2011). Traços de personalidade e exposição ao trauma como preditores de sintomas de stress pós-traumático: Estudo com militares participantes numa missão internacional de paz. *Revista de Psicologia Militar*, 20, 9–29.
- Ferrajão, P., & Oliveira, R. (2016). The effects of combat exposure, abusive violence, and sense of coherence on PTSD and depression in portuguese colonial war veterans. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 8(1), 1-8.
doi:10.1037/tra0000043
- Foy, D., Resnick, H., Sippelle, R., Carroll, E. (1987). Preliminary militar and post militar factors in the development of combat related stress disorders. *The Behavior Therapist*, 10, 3-9.
- Grayson, D., Dobson, M., & Marshall, R. (1998). Current combat-related disorders in the absence of PTSD among Australian Vietnam veterans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 186 –192. doi:10.1007/s001270050042
- Green, B., Krupnick, J., Chung, J., Siddique, J., Krause, E., Revicki, D., ... & Miranda, J. (2006). Impact of PTSD comorbidity on one-year outcomes in a depression trial. *Journal of clinical psychology*, 62(7), 815-835. doi:10.1002/jclp.20279
- Greenberg, N., Iversen, A., Hull, L., Bland, D., & Wessely, S. (2008). Getting a peace of the action: measures of post traumatic stress in UK military peacekeepers. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101, 78-84. doi:10.1258/jrsm.2007.070024
- Grieger, T., & Benedek, D. (2006). Psychiatric disorders following return from combat duty during the twenty-first century. *Primary Psychiatry*, 13, 45–50.

- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books
- Hoge, C., Castro, C., Messer, S., McGurk, D., Cotting, D., & Koffman, R. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *The New England Journal of Medicine*, *351*(1), 13-22. doi:10.1056/NEJMoa040603
- Hollingswoth, W., Dolbin-NacNab, M., & Marek, L. (2016). Boundary ambiguity and ambivalence in military family reintegration. *Family Relations*, *65*, 603-615. doi:10.1111/fare.12207
- Kaikkonen, N., & Laukkala, T. (2015): International militar operations and mental health – A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1-6. doi:10.3109/08039488.2015.1048718
- Kang, H., Natelson, B., Mahan, C., Lee, K., & Murphy, F. (2003). Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: a population based survey of 30,000 veterans. *American Journal of Epidemiology*, *157*(2), 141-148. doi:10.1093/aje/kwf187
- King, L., King, D., Vogt, D., Knight, J., & Samper, R. (2006). Deployment Risk and Resilience Inventory: A collection of measures for studying deployment related experiences of military personnel and veterans. *Military Psychology*, *18*(2), 89-120.
- Kramer, T. L., Booth, B. M., Han, X., & Williams, D. K. (2003). Service utilization and outcomes in medically ill veterans with posttraumatic stress and depressive disorders. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, *16*(3), 211-219. doi:10.1023/A:1023783705062
- Kroenke, K., Strine, T., Spitzer, R., Williams, J., Berry, J., & Mokdad, A. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*, *114*, 163-173. doi:10.1016/j.jad.2008.06.026
- Kulka, R., Schlenger, W., Fairbank, J., Hough, R., Jordan, B., Marmar, C., & Weiss, D. (1990). Brunner/Mazel psychosocial stress series, No. 18. *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.
- Litz, B., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical psychology review*, *29*(8), 695-706. doi:10.1016/j.cpr.2009.07.003
- Magalhães, J., Silva, G., & Santos, Y. (2013). Os efeitos do stresse e burnout em militares: uma breve revisão bibliográfica para a identificação da problemática. *PSYQUE*, *9*, 75-97.

- Maia, Â., & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da perturbação pós-stress traumático (PTSD) e avaliação de resposta ao trauma, 35-54. Retirado de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5832/1/Epidemiologia%20a%20PTSD%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20trauma.pdf>
- Maia, Â., McIntyre, T., Pereira, G., & Fernandes, E. (2006). Por baixo das pústulas da Guerra: Reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da Guerra Colonial, 11-28. Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5951>
- Maia, Â., McIntyre, T., Pereira, M., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and post traumatic stress as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health, *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(3), 309-325. doi:10.1080/10615806.2010.521238
- Maia, Â., & Osório, C. (2010). As consequências a nível da saúde psicológica da participação na guerra do Afeganistão e Iraque. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 279-304.
- Martins, P., & Oliveira, J. (2013). *Personalidade, Stress e Suporte Social nos Comandos em missão no Afeganistão* (Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa, Portugal). Retirado de <http://recil.ulusofona.pt/handle/10437/5008>
- Marx, B., Foley, K., Feinstein, B., Wolf, E., Kaloupek, D., & Keane, T. (2010). Combat-related guilt mediates the relations between exposure to combat-related abusive violence and psychiatric diagnoses. *Depression and Anxiety*, 27, 287-293. doi:10.1002/da.20659
- McCormack, L., & Ell, L. (2017). Complex psychosocial distress postdeployment in veterans: Reintegration identity disruption and challenged moral integrity. *Traumatology*, 23(3), 240-249. doi:10.1037/trm0000107
- Miller, P., & Warner, B. (2013). Postdeployment experiences of military mental health providers. *Military Medicine*, 178(12), 1316-1321. doi:10.7205/MILMED-D-13-00023
- Ory, M., Ahn, S., Jiang, L., Lorig, K., Ritter, P., Laurent, D., ... & Smith, M. (2013). National study of chronic disease self-management: six-month outcome findings. *Journal of Aging and Health*, 25(7), 1258-1274. doi:10.1177/0898264313502531
- Pereira, G., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M., & Machado, J. (2010). PTSD, psicopatologia e tipo de família em veteranos de Guerra Colonial Portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 211-232.
- Pereira, M., & Pedras, S. (2007). *Características sociodemográficas e de PTSD do veterano*

- de guerra: implicações para a intervenção*. Comunicação apresentada no 2º Simpósio Internacional Perturbação de Stress Pós-Traumático. Portalegre, Portugal.
- Pietrzack, R., Johnson, D., Goldstein, M., Malley, J., & Southwick, S. (2009). Psychological resilience and postdeployment social support protect against traumatic stress and depressive symptoms in soldiers returning from operations enduring freedom and Iraq freedom. *Depression and Anxiety*, *26*, 745–751. doi:10.1002/da.20558
- Shigemura, J., & Nomura, S. (2002). Mental health issues of peacekeeping workers *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *56*, 483-491.
- Shin, C., Lee, S., Han, K., Yoon, H., & Han, C. (2019). Comparison of the usefulness of the PHQ-8 and PHQ-9 for screening for major depressive disorder: analysis of psychiatric outpatient data. *Psychiatry Investig*, *16*(4), 300-305. doi:10.30773/pi.2019.02.01
- Silva, J., Brito, B., Silva, M., Borges, M., Romão, A., Queiroz, S., ... Santos, A. (2010). *Feridas de guerra: (in) justiça silenciada*. Estudo da deficiência de guerra no Exército disponível em http://www.aofa.pt/rimp/Relatorio_MDN.pdf
- Tanielian, T., & Jaycox, L. (Eds.) (2008). *Invisible wounds of war: psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Unwin, C., Blatchley, N., Coker, W, Ferry, S., Hotopf, M., Hull, L., ... Wessely, S. (1999). Health of UK servicemen who served in Persian Gulf War. *The Lancet*, *353*(16), 169-178.
- Vales, T. (2011). Operações de Paz como incentivo ao profissionalismo das Forças Armadas: O caso Uruguaio. *Meridiano 47*, *12*(128), 36-41.
- Vasconcelos-Raposo, J., Pinheiro, E., Pereira, S., Arbinaga, F., & Teixeira, C. (2017). Autoconceito, agressividade e perfeccionismo em pessoal militar. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, *9*. doi:10.5872/psiencia/9.2.23
- Wolfe, J., Erickson, D., Sharkansky, E., King, D., & King, L. (1999). Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: a prospective analysis. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, *67*(4), 520-528. doi:10.1037/0022-006X.67.4.520
- Weathers, F., Litz, B., Huska, J., Keane, T. (1994). *PCL-M for DSM-IV*. National Center for PTSD – Behavioral Science Division, Boston. Retirado de <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/APCLM.pdf>

Estudo Empírico II

“Validação das propriedades psicométricas do PHQ-8 em militares portugueses”

Validation of the psychometric properties of the PHQ-8 among the Portuguese soldiers

Resumo: O presente estudo teve como objetivo a validação do PHQ-8 para a população militar portuguesa, através da análise das propriedades psicométricas recorrendo à análise fatorial confirmatória. O questionário permitia avaliar a sintomatologia depressiva e era composto por 8 itens. A amostra foi constituída por 127 militares portugueses com idades compreendidas entre os 21 e os 78 anos. Os resultados revelaram uma boa consistência interna ($\alpha = .90$) e bons índices de ajustamento ($\chi^2/df = 1.332$, GFI = .956, CFI = .988, RMSEA = .051). Para além disso, a validade convergente também se demonstrou dentro do valor de referência (VEM = .521). Deste modo, este instrumento apresenta-se como adequado para medir a variável que se propõe medir em militares portugueses.

Palavras-chave: *depressão, propriedades psicométricas, PHQ-8, validação, Exército Português*

Abstract: This study aimed to validate the PHQ-8 for the Portuguese military population through the analysis of psychometric properties using confirmatory factor analysis. The questionnaire allowed the evaluation of depressive symptoms and consisted of 8 items. The sample consisted of 127 Portuguese soldiers aged between 21 and 78 years. The results revealed a good internal consistency ($\alpha = .90$) and good adjustment indices ($\chi^2/df = 1.332$, GFI = .956, CFI = .988, RMSEA = .051). In addition, convergent validity was also demonstrated within the reference value (VEM = .521). Thus, this instrument is adequate to measure the variable proposed to measure in Portuguese military personnel.

Keyword: *depression, psychometric properties, PHQ-8, validation, portuguese army*

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) reconhece agora a depressão como uma das doenças mais onerosas do mundo, sendo que, não é apenas a perturbação mental mais comum na clínica geral, mas também um enorme problema de saúde pública. Segundo a OMS (2017⁴), a nível global, o número total de indivíduos com uma perturbação depressiva, em 2015, foi estimado em mais de 300 milhões de pessoas, equivalente a 4,4% da população mundial.

Em 2011, Portugal foi considerado um dos países europeus com uma das maiores taxas de prevalência de perturbações mentais, tendo maior destaque as perturbações de humor e de ansiedade (Pinto, Martins, Pinheiro, & Oliveira, 2015). Dados publicados pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2014) apresentaram resultados similares, em que Portugal teve a 4ª taxa de prevalência anual de perturbações mentais mais elevada, particularmente ao nível perturbação de ansiedade (16,5%) e perturbações depressivas (7,9%).

Até o ano de 2030, a OMS prevê que a depressão, principalmente major, será a 2ª maior causa de doença, invalidez e morte no mundo (Merz, Malcarne, Roesch, Riley, & Sadler, 2011). A estimativa do número total de indivíduos que vivem com depressão teve um incremento de 18,4% entre 2005 e 2015, refletindo assim o crescimento geral da população universal, bem como um aumento proporcional nos grupos etários, em que a perturbação depressiva é mais preeminente (DGS, 2017).

De acordo com todos estes dados, o rastreamento proativo e a identificação de pessoas deprimidas é fundamental para reduzir o impacto negativo que esta preocupação universal acarreta para a saúde pública (Merz et al., 2011). Deste modo, é necessário que os profissionais de saúde sejam capazes e especializados para a deteção desta perturbação, visto que é uma patologia com elevada morbilidade e que, apesar de ter tratamento eficaz, nem sempre é identificada e tratada (Ávila, 2010).

Na identificação das perturbações depressivas, as entrevistas diagnósticas são consideradas como a ferramenta chave. Contudo, este tipo de ferramenta é demorado e, conseqüentemente, pouco adequado em locais onde as visitas são curtas e/ou a exibição deve

⁴ *Depression and other Common Mental Disorders. Global Health Estimates.* WHO, 2017. Acedido em 18/02/2019 através de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?utm_source=WHO+List&utm_campaign=d538ec500c-EMAIL_CAMPAIGN_2016_12_14&utm_medium=email&utm_term=0_823e9e35c1-d538ec500c-EMAIL_CAMPAIGN_2016_12_14&utm_medium=email&utm_term=0_823e9e35c1-d538ec500c-260570285

ser breve (Merz et al., 2011) e, para além disso, requer experiência clínica e especializada para a sua administração (Dhingra, Kroenke, Zack, Strine, & Balluz, 2011). Por estes motivos, os questionários de autorrelato, que podem ser completados e pontuados facilmente, têm vindo a ganhar popularidade, uma vez que se trata de instrumentos breves e de fácil administração, podendo também desempenhar papéis importantes em ambientes de pesquisa (Merz et al., 2011).

Os instrumentos de autorrelato podem ser de grande utilidade para o acompanhamento e identificação das perturbações depressivas, porém, apenas com base nos dados proporcionados por estes, não se pode conjecturar que uma determinada medida avalie com precisão o construto que pretende, quando fatores como grupo étnico e linguísticos, não foram incluídos na padronização da medida (Merz et al., 2011). Deste modo, para que sejam utilizadas em novos grupos, as medidas que são desenvolvidas utilizando um grupo-padrão devem ser traduzidas linguística e conceitualmente e comprovadas empiricamente, de modo a que o construto avalie de forma equivalente em diferentes línguas e/ou grupos socioculturais (Geisinger, 1994), uma vez que as consequências da utilização de medidas não equivalentes e indevidamente validadas podem criar erros de classificação de casos e estimativas epidemiológicas imprecisas (Merz et al., 2011). Para além disso, existe um reconhecimento de que a patologia depressiva ocorre e influencia, de forma negativa, a qualidade de vida humana em todas as raças e etnias (Merz et al., 2011; Murray & Lopez, 1997) e que distintos grupos culturais podem definir, experimentar e comunicar a perturbação depressiva de diferentes formas (Merz et al., 2011; Riolo, Nguyen, Greden & King, 2005; Simon, VonKorff, Piccinelli, Fullerton, & Ormel, 1999).

A vida militar enquanto profissão é bastante exigente. Esta profissão acarreta consigo exigências muito específicas, que vão desde tarefas com elevada complexidade cognitiva, condição física até a situações *stressoras* e de alto risco (Vasconcelos-Raposo, Pinheiro, Pereira, Arbinaga, & Teixeira, 2017). É quase indiscutível que a guerra tenha um poderoso impacto psicológico no ser humano.

Em Portugal, entre os anos de 1961-1975, o serviço militar era obrigatório, como tal, estima-se que um milhão de jovens estiveram envolvidos na Guerra Colonial Portuguesa (GCP). E, de acordo com os dados, cerca de 140 mil indivíduos sofreram com as consequências desta, em que 10.000 dizem respeito ao número de mortes e 40.000 ao número de feridos (Albuquerque, Fernandes, Saraiva, & Lopes, 1992). Mas mesmo assim, o impacto que a guerra teve na saúde mental recebeu pouca atenção (Ferrajão & Oliveira, 2016). No

entanto, estes resultados devem ser levados em conta e, uma vez que a depressão tem vindo a ser reconhecida não apenas como a perturbação mental mais comum na clínica geral, mas também como um grande problema da saúde pública (Kroenke et al., 2009) é importante que esta seja estudada.

Existem vários instrumentos para a avaliação de sintomas depressivos que variam no número de itens. Comparativamente com muitos deles, o PHQ-8 tem-se mostrado igualmente bom como medida de gravidade e de diagnóstico para as perturbações depressivas em populações específicas (Corson, Gerrity, & Dobscha, 2004; Kroenke et al., 2009; Kroenke & Spitzer, 2002; Wells, Horton, Leardmann, Jacobson, & Boyco, 2013). Este instrumento para além de ser valioso para capturar o espectro de sintomas depressivos na população em geral, pode também ser um recurso útil para detetar baixos níveis de sintomas, resultantes de desastres naturais ou provocados pelo Homem e na monitorização da saúde mental após eventos traumáticos (Dhingra et al., 2011).

O PHQ-8 é uma variante do *Patient Health Questionnaire-9*, onde existe a omissão de um dos itens da escala. O PHQ-9 e o PHQ-8 têm pontos de corte idênticos, e ambos são uma medida válida para a gravidade da depressão (Dhingra et al., 2011; Kroenke & Spitzer, 2002; Kroenke, Spitzer, William, & Löwe, 2010). Para além disso, as pontuações entre os dois estudos são altamente correlacionadas ($r = .998$) (Kroenke et al., 2010). Para esta investigação, será utilizado o PHQ-8, versão onde o nono e último item do PHQ-9, que questiona sobre pensamentos de morte ou autoagressão, é omitido. Esta omissão é frequentemente utilizada em estudos epidemiológicos onde o acompanhamento profissional não está disponível ou é impraticável, e em pesquisas clínicas onde a depressão é um resultado secundário, em vez de primário. Para além disso, quase todas as respostas positivas ao item 9 representam pensamentos passivos de morte, em vez de ideação suicida (Dhingra et al., 2011; Kroenke & Spitzer, 2002). Posto isto, várias investigações indicam que a exclusão deste item tem um efeito menor, uma vez que estes pensamentos são incomuns, mais difíceis de responder e é o item frequentemente menos assegurado no PHQ-9 (Huang, Chung, Kroenke, Delucchi, & Spitzer, 2006; Kroenke & Spitzer, 2002; Lee, Schulberg, Raue, & Kroenke, 2007; Rief, Nanke, Klaiberg, & Braehler, 2004).

Embora a depressão possa afetar pessoas de todas as idades e de todos os estatutos sociais, os militares são um grupo ocupacional bastante vulnerável a este tipo de perturbação, uma vez que a experiência em teatros de guerra expõe estes indivíduos a diversas situações

ameaçadoras. Deste modo, é importante que existam medidas de autorrelato válidas para este tipo de população.

Até onde se sabe, ainda nenhum estudo validou o PHQ-8 numa amostra constituída por militares e de qualquer outro tipo (Wells et al., 2013), assim sendo, o presente estudo tem como objetivo a validação portuguesa da escala PHQ-8, através da análise fatorial confirmatória, numa amostra de militares portugueses. Para além disso, espera-se que esta escala apresente boas propriedades psicométricas (consistência interna e validade fatorial).

Metodologia

A presente investigação é um estudo de carácter correlacional e transversal visto que pretendemos avaliar a relação existente entre as variáveis em estudo e uma vez que as variáveis foram medidas apenas num único momento, com um desenho quasi-experimental, na medida em que não implica qualquer controlo dos níveis da variável independente por parte do pesquisador. Foram garantidos todos os procedimentos éticos, nomeadamente o carácter sigiloso e confidencial da informação obtida, a utilização dos dados foi circunscrita à investigação e à voluntariedade dos participantes.

Amostra

A amostra da presente investigação é constituída por 127 militares portugueses, todos do sexo masculino, com idades compreendidas entre 21 e 78 anos ($M = 56.45$; $DP = 18.14$). Dos indivíduos inquiridos 20 estavam solteiros (15.7%), 5 viúvos (3.9%), 95 estavam casados ou em união de facto (74.8%) e 7 eram divorciados (5.5%). Dos 127 militares, 102 tinham filhos (80.3%), com um valor mínimo de 1 filho e o valor máximo de 5. Relativamente ao grau de escolaridade 40 participantes concluíram o 1º Ciclo (do 1º ao 4ºano) (31.5%), 4 militares o 2º Ciclo (do 5º ao 6º ano) (3.1%), 16 o 3º Ciclo (do 7º ao 9º ano) (12.6%), 54 o Ensino Secundário (42.5%) e 13 o Ensino Superior (10.2%).

No que se refere ao ramo das forças armadas que ingressam ou ingressaram, 1 elemento pertencia à Marinha (0.8%), 17 à Força Aérea (13.4%) e 109 ao Exército (85.8%). Quanto à patente militar, 12 indivíduos pertencem à categoria dos Oficiais (9.4%), 26 à dos Sargentos (20.5%) e 89 à dos Praças (70.1%). O tempo de serviço militar variou entre os 17 e os 432 meses ($M = 67.55$; $DP = 71.72$).

Instrumento

O *The Patient Health Questionnaire* (PHQ-8; Kroenke et al., 2009) é um questionário composto por 8 itens que permite avaliar a sintomatologia depressiva, em que é pedido ao indivíduo para responder numa escala que oscila entre 0 e 3 (0 = “nunca”, 1 = “em alguns dias”, 2 = “em mais de metade dos dias” e 3 = “quase todos os dias”), se foi incomodado por algum dos problemas apresentados nas duas últimas semanas. Os 8 itens estão associados a diferentes sintomas depressivos, nomeadamente, anedonia, humor deprimido, dificuldades de sono, fadiga, alterações de apetite, sentimentos de inutilidade ou culpa, dificuldades de concentração e agitação motora. As pontuações para cada item são somadas de modo a produzir uma pontuação total entre 0 e 24 pontos. De acordo com Kroenke et al. (2009) uma pontuação total de 0 a 4 pontos não representa sintomas depressivos significativos, de 5 a 9 sintomas leves, 10 a 14, sintomas moderados, 15 a 19, sintomas moderadamente severos e 20 a 24, sintomas graves.

Uma pontuação de 0 a 9 pontos, que incorpora as categorias sem depressão ou mínima depressão e depressão leve, foi definida como ausência de depressão, enquanto que, uma pontuação de 10 a 24 pontos, que contém depressão moderada, moderadamente severa e grave, foi definida como depressão atual. Assim sendo, depressão atual pode ser definida de duas formas: 1) um algoritmo PHQ-8 de diagnóstico de depressão major, em que requer que o primeiro ou segundo item (humor deprimido ou anedonia) esteja presente “mais de metade dos dias” e pelo menos 5 dos 8 sintomas estejam presentes “mais de metade dos dias”, ou outro tipo de depressão, em que 2 a 4 sintomas, incluindo humor deprimido ou anedonia, devem estar presentes “mais de metade dos dias” e 2) uma pontuação do PHQ-8 ≥ 10 , contendo uma sensibilidade e especificidade de 88% para depressão major (Kroenke & Spitzer, 2002) e, independentemente do estatuto diagnóstico, representa tipicamente depressão clinicamente significativa (Corson et al., 2004; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001). Nesta investigação, utilizou-se como ponto de corte o número dois (uma pontuação do PHQ-8 ≥ 10).

Numa investigação levada a cabo por Kroenke et al. (2009), a sensibilidade e a especificidade de uma pontuação do PHQ-8 ≥ 10 para depressão major foi de 100% e 95%, respetivamente. Já para qualquer outra perturbação depressiva foi de 70% para a sensibilidade e 98% para a especificidade. Num outro estudo, realizado por Shin, Lee, Han, Yoon e Han (2019), a sensibilidade e a especificidade foram de 58% e 83%, respetivamente e, relativamente ao α de *Cronbach*, este foi de .88. Ainda, no que diz respeito à confiabilidade

da consistência interna, num outro estudo levado a cabo por Ory e colaboradores (2013)⁵, esta foi de .86.

Procedimentos

O primeiro momento da investigação consistiu na pesquisa e revisão da literatura do assunto a estudar. De seguida e, a partir de toda a informação recolhida, procedeu-se, à elaboração e ao envio do pedido de autorização aos órgãos competentes, para que fosse possível dar seguimento com a recolha de dados. Assim que se obteve a autorização por parte dos órgãos competentes, deu-se início à recolha de dados. De salientar que o presente estudo foi aprovado pela Comissão Científica e de Ética da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

A recolha de dados foi realizada de duas formas, presencialmente e *online*, compreendendo os militares portugueses que tenham sido destacados para teatros de guerra, sob a forma de questionários de autorrelato. A recolha de dados realizada de forma presencial, foi feita em contexto de sala, onde foi explicado aos participantes os objetivos do estudo e as questões éticas e deontológicas da investigação. Já a recolha de dados de carácter *online* foi realizada após a elaboração do questionário *online*, respeitando todos os requisitos do questionário original, através da ferramenta disponibilizada pelo *Google Chrome*, nomeadamente o *Google Forms* e após a revisão por parte de todos os investigadores. Após a construção e revisão do questionário *online* este foi partilhado pelas várias vias de comunicação *online*.

Adaptação e Retro-tradução

Na elaboração do questionário, a primeira etapa consistiu na tradução/retro-tradução (*back-translation method*) do instrumento (PHQ-8; Kroenke et al., 2009). Este procedimento envolveu a colaboração de todos os membros da equipa de investigação, em que 2 elementos dessa mesma equipa eram especialistas e doutores da área de psicologia, com experiência em psicometria. Inicialmente, um dos membros da equipa, fluente nos dois idiomas traduziu o instrumento em inglês para o português e, à posteriori, o outro especialista, também fluente nos dois idiomas, retratou o instrumento do português para o inglês sem consultar a versão original. De seguida, os investigadores reuniram-se para avaliar e fazer modificações, sempre

⁵ U.S. National Chronic Disease Self-Management Study. Study described in Ory MG, Ahn S, Jiang L, et al. National study of chronic disease self-management: six month outcome findings. *Journal of Aging and Health*. 2013 [in press]. Acedido no dia 14-08-2019, através de https://www.selfmanagementresource.com/docs/pdfs/English_-_phq.pdf

que necessário. A versão portuguesa foi comparada com a versão original, e o resultado mostrou a existência de coerência semântica e equivalência de conteúdo. Essa consulta também serviu para analisar a forma e o conteúdo dos itens em termos de clareza e compreensão (Almeida & Freire, 2003; Hambleton & Zenisky, 2011).

Análise estatística

Os programas SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* – versão 25) e AMOS (v.25, SPSS, An IBM Company, Chicago, IL) foram utilizados para o tratamento estatístico dos dados.

De modo a verificar os pressupostos da normalidade da amostra foram analisados os valores de *Skeweness* (assimetria) e *Kurtosis* (curtose). Foi utilizada a estatística descritiva da amostra, como a média, desvio-padrão, mínimos e máximos, para a descrição das variáveis e obtenção das medidas de tendência central.

A validade fatorial do PHQ-8 numa amostra recolhida por conveniência foi avaliada por intermédio de uma análise fatorial confirmatória com o *software* AMOS usando como orientação a descrição de Marôco (2014). A qualidade de ajustamento global do modelo fatorial foi efetuada segundo os índices e respetivos valores de referência descritos na Tabela 4.1 de Marôco (p. 55, 2014), a saber: χ^2/df , CFI, GFI, RMSEA. O χ^2/df evidencia o índice de ajustamento do modelo, tendo como valor de referência o intervalo]1;2] para um ajustamento bom, GFI avalia a quantidade relativa de covariâncias explicadas pelo modelo, tendo como valor de referência $\geq .9$, CFI mede a adequabilidade do modelo em relação ao modelo independente, tendo como valor de referência $\geq .9$, o RMSEA averigua a discrepância no ajustamento entre as matrizes estimadas e as observáveis, tendo como valor de referência o intervalo]0.05;0.10] para um ajustamento aceitável. A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais (valor de referência $\geq .5$), pelas fiabilidades individuais (valor de referência $\geq .25$) e pelas correções das covariâncias de todos os erros com valores > 10 .

Em relação à fiabilidade esta foi avaliada através do *alpha de Cronbach* que determina a consistência interna da escala, ou seja, os mesmos indivíduos tenderão a responder segundo a mesma lógica em sucessivas exposições ao questionário. Utilizou-se também a Fiabilidade Compósita (FC) enquanto indicador da fiabilidade de construto, usando como valor de referência $\geq .7$, bem como a variância extraída média (VEM) de cada fator como indicador da validade convergente, cujo valor de referência é $\geq .5$.

Resultados

Com o intuito de verificar os pressupostos da normalidade, foram analisados os valores de *Skewness* (assimetria) e *Kurtosis* (curtose). Assim, os dados de normalidade univariados obtidos para cada item da escala (ver tabela 1) demonstraram uma distribuição normal com todos os valores variando de .609 a 1.472 para a assimetria e de -.715 a 1.452 para a curtose (ver Marôco, 2014). Para além disso, nenhum *outliers* foi identificado.

Tabela 1

Valores de média, desvio-padrão, assimetria e curtose para as variáveis da depressão

Variáveis da depressão	Média (M)	Desvio-padrão (DP)	Assimetria	Curtose
PHQ-1	.65	.896	1.303	.801
PHQ-2	.76	.921	.861	-.429
PHQ-3	.94	.982	.741	-.521
PHQ-4	1.02	.968	.609	-.628
PHQ-5	.88	1.013	.753	-.715
PHQ-6	.50	.765	1.472	1.452
PHQ-7	.57	.822	1.370	1.164
PHQ-8	.49	.722	1.390	1.330
Total Depressão	5.80	5.45		

Tendo em conta que na versão original não conseguimos encontrar um instrumento validado para a população portuguesa, foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC) como método confirmatório da estrutura unidimensional do PHQ-8 numa amostra de militares portugueses. Este procedimento, inserido no âmbito dos modelos de equações estruturais, serve sobretudo para a confirmação de padrões estruturais, ou seja, se os fatores latentes são de alguma forma responsáveis pelo comportamento de determinados indicadores (i.e., variáveis manifestas) de acordo com um modelo teórico (Marôco, 2014).

Diversos índices de procedimentos de ajuste foram utilizados para avaliar a adequação global do modelo. O valor de χ^2 (qui-quadrado) obtido, por si só, não é um bom indicador para basear uma decisão final no que diz respeito à adequação do modelo, uma vez que os seus valores são influenciados pelo tamanho da amostra, ou seja, quanto maior for a amostra, menor será o valor de significância obtido. De modo a se resolver esta limitação e a partir das sugestões de Jöreskog e Sörbom (1989), utilizou-se a razão resultante da divisão do qui-quadrado pelos graus de liberdade (χ^2/df). Segundo Byrne (2010), são considerados valores aceitáveis aqueles que se encontram entre 2.0 e 5.0. Já segundo Marôco (2014) é considerado um ajustamento bom os valores que se encontram no intervalo]1;2] e, muito bom, para os valores aproximados de 1. Simultaneamente, foram utilizados outros índices de qualidade de

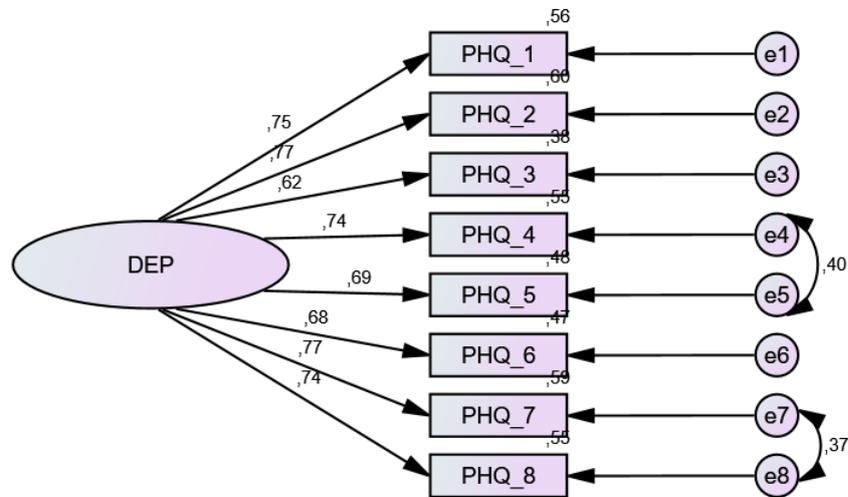
ajustamento, como o GFI (*Goodness of Fit Index*), que avalia a quantidade relativa de covariâncias explicadas pelo modelo, e o CFI (*Comparative Fit Index*), que mede a adequabilidade do modelo em relação ao modelo independente. Em ambos, os valores devem variar entre 0 e 1 e valores superiores a 0.9 que sugerem um modelo adequado (Byrne, 2010; Marôco, 2014). E, por fim, o índice RMSEA (*Root Mean Error of Approximation*), que analisa a discrepância no ajuste entre as matrizes estimadas e observadas, variando entre 0 e 1, em que valores entre .08 e .1 indicam um modelo medíocre e valores superiores a .1 pouca adequação. Sempre que este valor seja obtido recomenda-se a possibilidade de rejeição do modelo. Desta forma, os valores devem ser ≤ 0.08 para demonstrar um ajuste aceitável (Byrne, 2010) ou, segundo Marôco (2014), os valores que se encontram no intervalo de]0.05;0.10] são considerados aceitáveis e valores ≤ 0.05 apresentam um ajustamento muito bom. Assim, para avaliar o ajuste deste modelo foram utilizados os seguintes pontos de referência: $\chi^2/df =]1;2]$, RMSEA =]0.05;0.10] e CFI, GFI $\geq .90$ (Marôco, 2014).

Para analisar a qualidade do ajustamento local, esta foi avaliada pelos pesos fatoriais ($\lambda \geq .5$) e pela fiabilidade individual dos itens ($r^2 \geq .25$). A fiabilidade compósita (FC) indica a consistência interna dos itens que refletem o fator, sendo que valores $\geq .7$ indicam uma adequada fiabilidade de construto (Marôco, 2014).

Este modelo, quando testado sem quaisquer correções, mostrou uma qualidade de ajuste aceitável, uma vez que todos os índices de qualidade de ajustamento global apresentam-se dentro dos valores de referência ($\chi^2/df = 1.332$, GFI = .956, CFI = .988, RMSEA = .051). Para além disso, a análise mostrou que não havia *outliers* identificados e que não havia necessidade de eliminar nenhum item do modelo.

Quanto à qualidade de ajustamento local do modelo unidimensional ou unifatorial (figura 1), verifica-se que todos os itens apresentam pesos fatoriais dentro dos valores de referência, assim como as fiabilidades individuais. A figura 1 apresenta o modelo final com os pesos fatoriais estandardizados e a fiabilidade individual de cada um dos itens. A confiabilidade do construto avaliada pela fiabilidade compósita (FC) ao apresentar um valor acima de .7 (FC = .896) (Joreskog rho) indicia também uma boa consistência interna para o total da escala de 8 itens. O indicador de validade convergente também se mostrou dentro do valor de referência (VEM = .521) (Rho vc).

Figura 1
Modelo unifatorial do PHQ-8 numa amostra de militares portugueses



O estudo da qualidade dos itens, constituintes da escala, foi feito por meio da correlação do item com os respectivos totais. A tabela 2 indica para cada item a média, o desvio-padrão e a correlação corrigida entre o item e total da escala, bem como o α de *Cronbach*, se o item fosse excluído. Por fim, é também apresentado o α de *Cronbach* para o total do *Patient Health Questionnaire-8*.

Ao observar a qualidade dos itens do PHQ-8, verifica-se (cf. tabela 2) que a maior parte dos itens apresentam correlações item-total superiores a .65, à exceção do item 3 ($r = .586$) e do item 6 ($r = .628$), o que indica que os mesmos contribuem consistentemente para a medida global da depressão.

Ao analisar a consistência interna (fiabilidade) por meio do α de *Cronbach*, constatou-se que o instrumento apresenta uma boa consistência interna, uma vez que o total da escala utilizada apresenta um valor aproximadamente de .90 (tabela 2). Deste modo, nenhuma melhoria baseada na remoção de itens foi considerada, uma vez que não seriam obtidos ganhos com esse processo.

Tabela 2
Propriedades dos itens do *Patient Health Questionnaire-8*

Variáveis da depressão	Média (M)	Desvio-padrão (DP)	r item total	α de <i>Cronbach</i> se item fosse excluído
PHQ-1	.65	.896	.688	.884
PHQ-2	.76	.921	.707	.882
PHQ-3	.94	.982	.586	.895
PHQ-4	1.02	.968	.739	.879
PHQ-5	.88	1.013	.691	.885
PHQ-6	.50	.765	.628	.890
PHQ-7	.57	.822	.738	.880
PHQ-8	.49	.722	.721	.883
Total	5.80	5.45		.898

Discussão

O presente estudo surgiu da necessidade de validar um questionário que avaliasse a depressão nos militares portugueses. Neste caso, propusemo-nos a fazer a análise fatorial confirmatória (AFC) do PHQ-8 (*The Patient Health Questionnaire*), uma vez que este questionário fornece resultados comparáveis entre os países, pois é baseado no DSM-IV. Os indicadores de resultados são simples e fáceis de entender e em amostras de diferentes nacionalidades têm mostrado boa sensibilidade e especificidade para a perturbação depressiva major (Corson et al., 2004; Kroenke, et al., 2001; Kroenke et al., 2009; Kroenke & Spitzer, 2002).

Este questionário para além de ser valioso em capturar o espectro de sintomas depressivos na população em geral, também se mostra como um recurso vantajoso para detetar baixos níveis de sintomas, consequentes de desastres provocados pelo Homem e na supervisão da saúde mental após eventos traumáticos (Dhingra et al., 2011). Sendo os militares considerados como um grupo profissional vulnerável à perturbação depressiva, dado estarem constantemente expostos a diversas situações ameaçadoras, é importante que existam medidas de autopreenchimento válidas para esta população específica.

A investigação na área da Psicologia, quer a nível internacional quer nacional, tem demonstrado uma maior preocupação no aprofundamento da compreensão dos fenómenos psicológicos recorrendo a instrumentos adequadamente validados para as diferentes línguas e culturas e em amostras e populações heterogêneas. Porém, nem sempre existe consenso no que tange à utilização do conceito de validade.

Os valores expressos nos indicadores de adequação utilizados com maior frequência na literatura da especialidade e que foram tidos como referência no presente estudo apresentaram valores ($\chi^2/df = 1.332$, GFI = .956, CFI = .988, RMSEA = .051) definidos como excelentes, nomeadamente χ^2/df no intervalo entre 1 e 2, GFI e CFI com valores superiores a .95 e o RMSEA na casa do .05. A qualidade psicométrica que os resultados evidencia é reforçada quando os interpretamos aos olhos da teoria mais recente no que diz respeito à validação de instrumentos psicométricos.

Na versão mais tradicional, a principal preocupação está na validação dos instrumentos, tendo por base as recomendações e linhas orientadoras emitidas por instituições como a *American Educational Research pelos Standards for Educational and Psychological Testing Association*, *American Psychological Association (APA)*, *American Education*

Research Association (AERA), e *National Council on Measurement in Education (NCME)* (AERA, APA, & NCME, 2014). Seguindo essa linha de estruturação, os conceitos para serem considerados como apropriados, os *scores* estimados por meio de uma escala psicométrica devem apresentar várias evidências de validade e, ao mesmo tempo, indicadores de precisão, sendo as técnicas mais utilizadas a validade de conteúdo, de critério e de construto (modelo CCC). Comumente, a validade é a propriedade do instrumento que permite a fiel mensuração daquilo que se pretende avaliar.

Através da Análise de Equações Estruturais (AEE) conseguimos obter os dados sobre a validade de construto que, por sua vez, é determinada por 3 subcomponentes, validade fatorial, validade convergente e validade discriminante.

Na literatura mais clássica no conceito de validade de construto, engloba-se o conceito de validade convergente, que por significado nos diz que os resultados obtidos no teste (X) se relacionam significativamente com os de um outro teste (Y) mas que avalia o mesmo construto. Ainda que este modelo se revele antigo, tem sido utilizado pelos investigadores, uma vez que a separação entre validade de conteúdo, construto e critério tem-se apresentado como um auxílio aos investigadores no processo de compreensão didático das diferentes formas de validade.

Mais recentemente, surgiram fundamentos que sugerem que a validade convergente pode ser dividida em validade de traço (*trait validity*), que se refere às correlações entre medidas que à priori avaliam o mesmo construto, e validade nomológica (*nomological validity*), que se baseia na forma como o construto relaciona com outros construtos a ele relacionados. É neste âmbito histórico que surgem as primeiras recomendações para se recorrer à fiabilidade compósita (FC) como uma evidência de precisão dos resultados que no presente é tida como uma evidência da validade dos instrumentos. De acordo com a *American Psychological Association* (2014) na sua última versão dos *Standards* (APA, 2014) este conceito de precisão é visto como uma evidência de validade da estrutura interna. Porém, existe uma reserva neste conceito de validade convergente para a relação entre medidas diferentes.

É nesta linha que a nossa preocupação, de algum modo, se centrou no cálculo da VEM (variância extraída média) e da FC, uma vez que estas são por excelência os indicadores aceites para estabelecer a qualidade do modelo estrutural de um instrumento psicométrico avaliado. No caso da presente investigação, sabendo que a FC do instrumento em avaliação é influenciada pelo número de itens, o que não acontece com a VEM, optamos por relatar quer

estas quer o alfa de *Cronbach*. Por outras palavras, quer com base nos critérios da visão clássica, assim como na perspectiva mais recente, o presente instrumento apresenta-se adequado para medir a variável que se propõe medir em militares portugueses.

Implicações práticas, limitações e pistas futuras

Esta investigação contribui para a crescente literatura sobre as propriedades psicométricas do instrumento PHQ-8, explorando a análise fatorial confirmatória (AFC) e a confiabilidade interna. Porém, este estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro, todos os participantes são militares do sexo masculino, limitando assim a generalização dos resultados para outras populações específicas e/ou do sexo feminino. Em segundo, como a recolha de dados foi recolhida de forma anónima, não foi possível fazer o encaminhamento especializado dos participantes que excederam o ponto de corte clínico de um provável diagnóstico de depressão. Em terceiro, a análise fatorial confirmatória deste instrumento foi realizada em populações sem que tenha sido recolhida informação sobre a eventual incidência de qualquer diagnóstico clínico. Face ao exposto, estudos futuros devem avaliar a utilidade do PHQ-8 em populações clínicas. Por último, sendo este o único trabalho que valida este instrumento, novas investigações devem ser realizadas de modo a replicar estes resultados.

Conclusão

Com este estudo pretendemos apelar para a importância da validação de instrumentos, para que possam ser utilizados de modo fidedigno na respetiva população e/ou cultura a que estão a ser administrados. No entanto, o que se verifica muitas vezes, é o enviesamento de resultados e respetivas conclusões, devido à inadequada aplicação de instrumentos em populações para as quais não estão devidamente validadas.

No que tange à análise fatorial confirmatória do instrumento em estudo, esta revelou boas propriedades psicométricas. Como tal, este instrumento apresenta-se como adequado para medir a variável que se propõe medir em militares portugueses, sendo assim, recomenda-se o seu uso em pesquisas de investigação com esta população-alvo.

Referências bibliográficas

- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., & Lopes, F. (1992). Perturbação pós traumática do stress em combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*, 1992, 1–9.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). Metodologia da investigação em psicologia e educação. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 2, 143–154.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ávila, P. (2010). *Aspectos somáticos da depressão nos cuidados primários de saúde* (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal). Retirado de <http://hdl.handle.net/10316/43846>
- Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. New York: Routledge.
- Corson, K., Gerrity, M., & Dobscha, S. (2004). Screening for depression and suicidality in VA primary care setting: 2 items are better than 1 item. *The American Journal of Managed Care*, 10(11), 839-845.
- DGS (2014). *Portugal: Saúde Mental em Números – 2014. Programa para a Saúde Mental em Portugal*. Lisboa, Portugal. Retirado de <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014-pdf.aspx>
- DGS (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns. Enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Lisboa, Portugal. Retirado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Dhingra, S., Kroenke, K., Zack, M., Strine, T., & Balluz, L. (2011). PHQ-8 Days: a measurement option for DMS-5 major depressive disorder (MDD) severity, *Population Health Metrics*, 9(11), 1-8.
- Ferrajão, P., & Oliveira, R. (2016). The effects of combat exposure, abusive violence, and sense of coherence on PTSD and depression in portuguese colonial war veterans. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 8(1), 1-8. doi:10.1037/tra0000043
- Geisinger, K. (1994). Cross-cultural normative assessment: translation and adaptation issues

- influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6(4), 304-312.
- Hambleton, R., & Zenisky, A. (2011). Translating and adapting tests for cross cultural assessments. In Em D. Matsumoto & F. J. R. van de Vijver (Eds.), *Cross-cultural research methods in psychology* (pp. 46–74). New York: Cambridge University Press.
- Huang, F., Chung, H., Kroenke, K., Delucchi, K., & Spitzer, R. (2006). Using the Patient Health Questionnaire-9 to measure depression among racially and ethnically diverse primary care patients. *Journal of general internal medicine*, 21, 547-552.
doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00409.x
- Jöreskog, K., & Sörbom, D. (1989). *LISREL 7: A guide to the program and applications* (2nd ed.). Chicago: SPSS.
- Kroenke, K., Spitzer, R. (2002). The PHQ-9: a new depression and diagnostic severity measure. *Psychiatric Ann.* 32, 509–521.
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). The PHQ-9 validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613.
- Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J., Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32, 345-59.
- Kroenke, K., Strine, T., Spitzer, R., Williams, J., Berry, J., & Mokdad, A. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 114, 163-173. doi:10.1016/j.jad.2008.06.026
- Lee, P., Schulberg, H., Raue, P., & Kroenke, K. (2007). Concordance between the PHQ-9 and the HSCL-20 in depressed primary care patients. *Journal of affective disorders*, 99, 139-145. doi:10.1016/j.jad.2006.09.002
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicação* (2010, 2ª Ed.). Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number.
- Merz, E., Malcarne, V., Roesch, S., & Riley, N. (2011). A multigroup confirmatory factor analysis of the Patient Health Questionnaire-9 among english- and spanish-speaking latinas. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17(3), 309-316.
doi:10.1037/a0023883
- Murray, C., & Lopez, A. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *The lancet*, 349,1436-1442.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *The world health report, 2002: reducing risks*,

- promoting healthy life*. Geneva. Retirado de <https://www.who.int/whr/2002/en/>
- Organização Mundial de Saúde (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Retirado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-%20eng.pdf;jsessionid=194CD758C14DED8A83E702437CD7D205?sequence=1>
- Ory, M., Ahn, S., Jiang, L., Lorig, K., Ritter, P., Laurent, D., ... & Smith, M. (2013). National study of chronic disease self-management: six-month outcome findings. *Journal of Aging and Health, 25*(7), 1258-1274. doi:10.1177/0898264313502531
- Pinto, J., Martins, P., Pinheiro, T., & Oliveira, A. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças, 16*(2), 148-163. doi:10.15309/15psd160202
- Rief, W., Nanke, A., Klaiberg, A., & Braehler, E. (2004). Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study. *Journal of affective disorders, 82*(2), 271-276. doi:10.1016/j.jad.2003.11.006
- Riolo, S., Nguyen, T., Greden, J., & King, C. (2005). Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the national health and nutrition examination survey III. *American Journal of Public Health, 95*(6), 998-1000.
- Shin, C., Lee, S., Han, K., Yoon, H., & Han, C. (2019). Comparison of the usefulness of the PHQ-8 and PHQ-9 for screening for major depressive disorder: analysis of psychiatric outpatient data. *Psychiatry Investig, 16*(4), 300-305. doi:10.30773/pi.2019.02.01
- Simon, G., VonKorff, M., Piccinelli, M., Fullerton, C., & Ormel, J. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine, 341*(18), 1329-1335.
- Vasconcelos-Raposo, J., Pinheiro, E., Pereira, S., Arbinaga, F., & Teixeira, C. (2017). Autoconceito, agressividade e perfeccionismo em pessoal militar. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 9*. doi:10.5872/psiencia/9.2.23
- Wells, T., Horton, J., LeardMann, C., Jacobson, I., & Boyco, E. (2013). A comparison of the PRIME-MD PHQ-9 and PHQ-8 in a large military prospective study, the Millennium Cohort Study. *Journal of Affective Disorders, 148*, 77-83. doi:10.1016/j.jad.2012.11.052