

Crescimento Pós-traumático e Stress Pós-traumático de Mulheres Angolanas após a Guerra Civil: Influência da Auto Compaixão

Benilde Alice C. Pena Candeia, Nº 42238

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Prof. Doutora Ana Albertina Fernandes Palheiros Conde

Janeiro 2022



UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

Do conhecimento à prática



Crescimento Pós-traumático e Stress Pós-traumático de mulheres Angolanas após a Guerra Civil: Influência da Auto compaixão

Dissertação apresentada na Universidade Portucalense Infante D. Henrique para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação da Prof. Doutora Ana Albertina Fernandes Palheiros Conde.

Departamento de Psicologia e Educação

Janeiro 2022



Dedico este êxito aos meus pais (em memória), com toda a minha gratidão!



Agradecimentos

Ao longo da minha vida, tenho aprendido que nunca devemos desistir dos nossos sonhos apesar das dificuldades.

Sendo esta investigação a última etapa de um ciclo académico que contribuiu em muito para o meu crescimento, resta-me agradecer a todos aqueles que me acompanharam e tornaram a sua realização possível.

À Professora Doutora Ana Albertina Fernandes Palheiros Conde, pelo apoio incondicional e proficiente. Recordarei com carinho a forma “maternal e salomónica” com que sempre me acolheu e conduziu, a confiança que depositou em mim e as palavras encorajadoras. Tenho a certeza que não chegaria até aqui sem o seu infinito e impoluto apoio. A minha gratidão!

Aos meus pais, que sem eles nada seria possível. Aos meus tios Anabela e Araújo, a minha profunda gratidão por nunca terem desistido de mim. Obrigada por me terem amparado quando mais precisei, pelos sacrifícios que fizeram em prol das realizações e da felicidade da vossa filha. Gratidão!

À minha família em geral que direta ou indiretamente contribuiu para que o meu sonho se tornasse real. Gratidão!

Ao meu irmão Ricardo e aos meus amigos e colegas, que se mostraram sempre presentes e disponíveis, nos bons e nos maus momentos. Obrigada por todo apoio incondicional!

Ao meu esposo Alcides, agradeço pela compreensão, pelo incentivo a prosseguir e a alcançar os meus objetivos, acreditando nas minhas capacidades, pela força e confiança necessárias para o desenvolvimento e conclusão deste projeto e por me contagiar sempre com a sua boa energia, positividade e muito amor. Gratidão!

Ao corpo docente da Universidade Portucalense Infante D. Henrique que se cruzou comigo durante todo o meu percurso académico, obrigada pela transmissão de saberes e pelo acompanhamento prestado.



Resumo

Introdução: O indivíduo, quando exposto a acontecimentos traumáticos como a guerra, pode desenvolver respostas patogénicas como a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), mas, ao mesmo tempo, experienciar mudanças positivas no nível de funcionamento pré-trauma. Na literatura tem sido estudada a influência da autocompaixão enquanto fator de proteção no processo de adaptação ao trauma, diminuindo o stress pós-traumático e promovendo o crescimento pós-traumático (CPT). No entanto, poucos são os estudos que têm explorado o papel da Autocompaixão na saúde mental, perante a vivência de eventos potencialmente traumáticos como a guerra, particularmente em Angola e com mulheres, objetivo central do presente estudo.

Método: Estudo transversal, envolvendo 156 mulheres, que responderam, em momento único, aos questionários, sociodemográfico, de autocompaixão, de stress pós-traumático e o de crescimento pós-traumático. **Resultados:** Os resultados identificaram níveis de sintomatologia traumática clinicamente significativos em quase metade da amostra (45,8%) e que as mulheres que vivenciaram a guerra diretamente apresentavam maior PSPT e CPT em relação às que não vivenciaram diretamente a guerra, não se observando diferenças significativas em termos da autocompaixão entre os dois grupos. A exposição direta à guerra, assim como diferentes dimensões da autocompaixão emergiram como preditores significativos tanto do stress-pós-traumático quanto do crescimento pós-traumático das mulheres angolanas decorrentes da exposição à Guerra Civil. **Conclusão:** Os resultados deste estudo constituem-se como um importante contributo para o avanço dos conhecimentos ao nível dos fatores de risco do desenvolvimento da sintomatologia traumática na sequência de situações de guerra, oferecendo-nos pistas do risco psicossocial que muitas das mulheres Angolanas vivem. De igual forma, apontam para a necessidade de desenvolver intervenções psicológicas com estas mulheres, focado na promoção de processos autocompassivos.

Palavras-chave: Crescimento Pós-traumático, Stress pós-traumático, Autocompaixão, Mulheres, Guerra Civil de Angola.



Abstract

Introduction: The individual, when exposed to traumatic events such as war, may develop pathogenic responses such as Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), but at the same time experience positive changes in the pre-trauma level of functioning. In the literature, the influence of self-compassion as a protective factor in the process of trauma adaptation, decreasing post-traumatic stress and promoting post-traumatic growth (PTS) has been studied. However, few studies have explored the role of self-compassion in mental health in the face of potentially traumatic events such as war, particularly in Angola and with women, the main objective of this study. **Methodology:** Cross-sectional study, involving 153 women, who answered, in a single moment, the questionnaires, sociodemographic, self-compassion, post-traumatic stress and post-traumatic growth **Results:** Results identified clinically significant levels of traumatic symptomatology in nearly half of the sample (45.8%) and that women who directly experienced the war had higher PSPT and CPT relative to those who did not directly experience the war, with no significant differences in terms of self-compassion between the two groups. Direct exposure to the war as well as different dimensions of self-compassion emerged as significant predictors of both post-traumatic stress and post-traumatic growth in Angolan women arising from exposure to the Civil War. **Conclusion:** The results of this study constitute an important contribution to the advancement of knowledge on the risk factors for the development of traumatic symptoms following war situations, offering us clues to the psychosocial risk that many Angolan women experience. Likewise, they point to the need to develop psychological interventions with these women, focused on the promotion of self-compassion process.

Keywords: Post-traumatic growth, Post-traumatic stress, Self-compassion, Women, Angola Civil War.



Índice

Introdução	8
Enquadramento teórico	9
Método	18
Participantes	18
Instrumentos.....	21
Questionário de Dados Sociodemográficos	21
Crescimento Pós-traumático	22
Impact of Event Scale - Revised (IES-R)	22
Auto-compassão.....	23
Procedimentos	24
Procedimentos de investigação	24
Procedimentos de análise estatística dos dados.....	24
Resultados	25
Discussão.....	31
Conclusões	36
Referências Bibliográficas	37
Anexos	46



Introdução

Os indivíduos, quando expostos a acontecimentos potencialmente traumáticos como a guerra, podem desenvolver respostas patogénicas como a Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT). De igual forma, podem ocorrer mudanças positivas no nível de funcionamento pré-trauma, levando, por exemplo, ao desenvolvimento de uma nova filosofia de vida, designadas por Crescimento Pós-Traumático (CPT). A ideia de crescimento resultante de situações adversas potencialmente traumáticas não é algo recente, já é documentada há milénios. O que é mais recente é a investigação científica em torno deste construto (Calhoun & Tedeschi, 2006, 2013).

Sendo o stress uma componente integrante do modelo de CPT e o facto de a experiência de CPT não descartar essa componente, a análise da relação entre estes dois constructos (CPT e PSPT) é necessária e importante, na medida em que o esclarecimento dos resultados, por vezes são contraditórios, sobre as relações estabelecidas, pode fornecer informações que facilitem a compreensão dos diferentes processos que ocorrem nos indivíduos quando estes passam por uma situação traumática (Tedeschi et al., 2018).

Enquanto fator de proteção para a adaptação a eventos potencialmente traumáticos, tem sido estudada, na literatura, a influência da Autocompaixão. No entanto, a maioria dos estudos que analisaram este impacto têm envolvido, maioritariamente, amostras de estudantes universitários, desconhecendo-se a existência de estudos com a população Angolana que abordem a Autocompaixão das mulheres, nomeadamente avaliando a influência desta variável na saúde mental, perante a vivência de eventos potencialmente traumáticos como a guerra. O presente estudo teve como objetivo analisar a influência da Autocompaixão no Crescimento Pós-Traumático e no Stress Pós-Traumático em mulheres Angolanas que vivenciaram a guerra civil de Angola, considerando a exposição direta ou indireta a esta guerra. De igual forma, considera-se que, com esta investigação, poderemos lançar pistas para a análise da influência da autocompaixão na saúde mental de indivíduos expostos a acontecimentos adversos potencialmente traumáticos.



Comprovando-se a influência da autocompaixão no maior Crescimento Pós-Traumático e no menor Stress Pós-Traumático das mulheres Angolanas que vivenciaram a Guerra Civil, pensamos estar a colaborar com conhecimentos essenciais para o rastreio de sintomatologia traumática clinicamente significativa e para o desenvolvimento de futuras intervenções com estas mulheres onde a autocompaixão possa ser um dos aspetos intervencionados, conduzindo a melhorias da sua saúde mental.

Enquadramento teórico

Na guerra existe o envolvimento de militares e da população civil em situações que os expõem a violência, agressão sexual, fome, mortes, sensação de imprevisibilidade e angústia (e.g., Ahram, 2019; Catraio, 2020). Por este motivo, a vivência de guerra e de outras situações stressantes associadas podem levar os indivíduos ao limite do seu estado emocional (e.g. Rozanov et al., 2019; Stanley, 2018).

Angola está localizada na costa ocidental da África Austral, ao Sul da linha do Equador, com uma superfície total de 1.246.700 Km². Demonstra um total populacional de 25.789.024 habitantes. É um país composto por várias etnias e esta diversidade étnica concede ao país uma diversidade cultural rica, traduzida nas suas diferentes manifestações artísticas (Cristovam, 2019). Entre o ano de 1976 a 2002, Angola viveu um período de guerra entre militares de opções políticas diferentes que afetou sobretudo o centro sul e leste do país. Para além das consequências económicas, a guerra teve repercussões, nomeadamente no papel da mulher na sociedade, uma vez que durante os conflitos houve a necessidade de inclusão das mulheres na guerra, com muitas delas a irem para a frente de combate. Esta participação, para além de ter sido obrigatória, era necessária para a sua sobrevivência. Esta necessidade trouxe como consequência a muitas destas terem de deixar os seus filhos com os seus pais e ao regressarem encontrarem alguns filhos mortos, frequentemente por causa da fome e de doenças (Cristovam, 2019). Outras mulheres, na altura ainda meninas, eram abusadas e obrigadas a constituírem família mesmo contra a sua vontade e, em algumas situações, com uma grande diferença de idades relativamente ao homem. Muitas foram abusadas



sexualmente e ficaram grávidas, outras foram violentadas e agredidas até a morte. Muitas famílias foram mortas a tiro, enforcadas, queimadas e mutiladas.

Segundo Muekalia (2013), “a guerra afetou, com menor ou maior intensidade todas as famílias Angolanas”. Estima-se que morriam, por dia, mais de mil angolanos durante os conflitos armados e este número aumentou consideravelmente entre 1998-1999, tendo sido classificado como o período mais intenso da guerra. Foram mais de 1.5 milhares de mortes, um número incalculável de mutilados (militares, homens, mulheres e crianças) e mais de 4 milhões de refugiados que se deslocaram para vários países. Ao longo dos 27 anos de guerra, principalmente, a partir de 1990, houve vários momentos de tréguas, negociações, acordos de paz, ajuda humanitária a nível nacional e internacional, com o intuito de cessar os conflitos, porém, estas medidas não foram suficientes para atingir este objetivo (Muekalia, 2013).

De forma particular, muitas das mulheres ex combatentes encontram-se desmobilizadas atualmente, mas por conta da guerra algumas adquiriram deficiência física, ficaram viúvas, perderam os seus filhos e têm um nível de escolaridade mais baixo do que o exigido para garantir a possibilidade de melhores empregos. Em muitas situações as pensões dadas pelo estado não são suficientes para suprir as suas necessidades e, como alternativa, para sustentar as suas famílias, as mulheres da população geral, mas também as mulheres ex-combatentes, buscam meios informais de subsistência (Muekalia, 2013). A vida de algumas destas mulheres, nos dias de hoje, nomeadamente as que “zungam” (vendedoras ambulantes) “é cheia de desafios, porque estão expostas ao perigo, podem ser assaltadas, violadas e mortas por bandidos e os mercados/praçãs situam-se em locais muito distantes. Muitas delas preferem vender na rua, avenidas, nos grandes passeios e estradas e, nestes meios, são ainda perseguidas por policiais e, até, presas ou mortas e os seus produtos destruídos, porque é ilegal a venda de produtos nas ruas (Denov, 2008; Nacandumbo, 2017; Wessells, 2016).

A exposição a este tipo de acontecimentos traumáticos potencia o aparecimento e desenvolvimento de doenças mentais, tais como a depressão, a ansiedade, a Perturbação de Stress Pós-Traumático ou mesmo situações de trauma complexo (Bryant, 2019; De Rond, 2016; Kim et al., 2017). As manifestações clínicas da Perturbação de Stress Pós-Traumático podem variar tendo em conta as características pessoais dos indivíduos. Deste modo, se alguns indivíduos experienciam sintomas de



medo, revivência emocional e comportamental, outros, por sua vez, experienciam humor disfórico, pensamentos negativos, excitação, sintomas reativos, sintomas dissociativos ou mesmo a combinações de todos os padrões descritos. Indivíduos com Perturbação de Stress Pós-Traumático estão mais propensos a irritarem-se com facilidade, e podem manifestar comportamentos violentos a nível físico e verbal, que podem ser de cariz autodestrutivo (Valentine, 2003). Esta perturbação é também caracterizada por uma hipersensibilidade a potenciais ameaças, o que leva os indivíduos com este diagnóstico a apresentarem comportamentos reativos a estímulos inesperados (DSM-V, 2014). Em situações mais graves, a exposição a eventos traumáticos origina o trauma complexo. Esta condição diz respeito a uma exposição prolongada e repetida a acontecimentos traumáticos de natureza interpessoal e tem início na infância, podendo ter consequências a longo prazo, tal como violência e traumas ao nível da vinculação. Como esta fase é crucial para o desenvolvimento da criança estas situações podem refletir-se na idade adulta (Santos, 2018).

Para além do desenvolvimento de respostas patogénicas como a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), as exposições a acontecimentos potencialmente traumáticos podem conduzir, de igual forma, a mudanças percebidas pelo indivíduo como positivas em comparação com nível de funcionamento pré-trauma, designadas por Crescimento Pós-Traumático (CPT). Os sintomas de PSPT têm sido muito estudados no contexto do CPT (Dekel et al., 2012; Zoellner et al., 2006). No entanto, a relação entre os sintomas de PSPT e CPT não é consensual na literatura existente. Alguns estudos apontam para uma ausência de correlações significativas entre os sintomas de PSPT e CPT (Dekel et al., 2012; Zoellner & Maercker, 2006). De facto, ainda que no CPT se confirme a existência de um elevado número de pessoas que vivenciam circunstâncias difíceis, não existem garantias de que o fenómeno seja linear, além de que nem sempre a presença de crescimento implica a ausência de sofrimento (Calhoun & Tedeschi, 2006, 2013). Pelo contrário, outros estudos indicam que existe uma relação inversa entre estas duas variáveis, ou seja, quanto maiores forem os níveis de PSPT menores serão os níveis de CPT (Hall et al., 2008); e outros, ainda, indicam que estas variáveis são diretamente proporcionais (Bensimon, 2012; Nishi et al., 2010). Neste caso, perante uma situação de conflito ou trauma, onde o indivíduo está sujeito a situações de elevado stress, este pode desenvolver respostas patogénicas como a



PSPT, mas também um conjunto de mudanças positivas que espelham o CPT (Ramos, & Leal, 2013; Vieira, 2019).

Procurando explicitar os processos pelos quais ocorre o crescimento a partir da exposição a um evento traumático, Tedeschi e Calhoun (1996) criaram um modelo de CPT, posteriormente adaptado, em 2013, pelos mesmos autores, e recentemente revisto (Tedeschi et al., 2018). Segundo este modelo percebe-se que o CPT é um processo multifacetado, englobando uma diversidade de fatores que se interrelacionam e que exercem influência uns nos outros ao longo do tempo. Os dois primeiros fatores que compõem este modelo dizem respeito ao sujeito pré-trauma e ao acontecimento. O CPT é considerado um acontecimento pessoal, visto que a forma como o indivíduo interpreta a situação traumática é influenciada pelas características pessoais precedentes ao trauma. Isto é, a compreensão que o sujeito faz do acontecimento resulta das características da sua personalidade e das suas experiências passadas, bem como das características e severidade do acontecimento. A literatura tem demonstrado que a cultura tem, também, um papel importante no processo de CPT na medida em que, quer os contextos distais, quer os contextos proximais influenciam este processo (Calhoun & Tedeschi, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004). Nos contextos mais distais interessa perceber a forma como as entidades culturais pensam o acontecimento adverso (traumático) e as narrativas que são aceites, uma vez que dessa maneira se percebe a forma como o indivíduo dará sentido a esses mesmos acontecimentos. Já nos contextos mais proximais, importa entender quem são as pessoas mais significativas para o indivíduo, visto que serão aquelas que exercem uma maior influência sobre ele, quer pela forma como vivenciam normalmente os acontecimentos traumáticos, quer pelo que é permitido, desprezado e valorizado no grupo onde o indivíduo está integrado.

A forma como os contextos culturais (proximais e distais) em que o indivíduo está inserido perspetivam o acontecimento adverso (traumático) parece também ser importante para a facilitação da experiência de CPT (Calhoun & Tedeschi, 2006; Lindstorm, Cann, Calhoun & Tedeschi, 2013). De facto, existem evidências que salientam que o CPT, para além de ser uma experiência pessoal, também pode ser sentido a nível familiar, comunitário ou, mesmo, nacional como terá sido o caso, por exemplo, nos ataques terroristas de 11 de setembro, nos E.U.A, em que os indivíduos,



depois do ocorrido, passaram a ter uma maior proximidade e união na população e sentido de comunidade (Park & Lechner, 2006).

Outro fator que influencia o CPT são as crenças centrais, que dizem respeito a esquemas cognitivos estáveis que moldam a forma como o indivíduo pensa. Estas crenças, segundo Janoff-Bulman (2006), são designadas por mundo assumptivo. As atitudes e comportamentos do indivíduo mostram que o mundo assumptivo é composto por um conjunto de teorias, formadas a partir das experiências de vida, que ajudam os indivíduos a orientar-se no mundo, funcionando como uma bússola emocional. Estes esquemas vão-se tornando, ao longo da vida, cada vez mais resistentes à mudança, fazendo com que a nova informação que não encaixa nestes esquemas seja subvalorizada no processamento da informação relativa ao acontecimento. Porém, existem momentos da vida que são tão difíceis que não podem ser ignorados em termos do seu processamento, sendo os acontecimentos traumáticos exemplos disso (Janoff-Bulman, 2006). Simbolicamente, Tedeschi e Calhoun (2004) dizem, por isso mesmo, que “os acontecimentos traumáticos são aqueles que são capazes de provocar um impacto sísmico no mundo assumptivo do indivíduo” (p.16). Isto é, da mesma forma que um sismo é capaz de destruir uma casa, um acontecimento traumático será capaz de desorganizar as crenças e os esquemas centrais do indivíduo, porque o coloca numa situação de stress, o que pode interferir no seu pensamento e comportamento (Cann, Calhoun, Tedeschi, Kilmer, Gil-Rivas, Vishnevsky & Danhauer, 2010; Tedeschi et al., 2018).

Quando essa experiência de desconstrução das crenças centrais acontece, o indivíduo vai procurar usar os recursos necessários para enfrentar a situação traumática, quer do ponto de vista cognitivo, quer do ponto de vista emocional, desenvolvendo mecanismos para entender o mundo. O esforço do indivíduo para compreender a nova realidade resultará numa reavaliação das suas crenças centrais, o que vai ser determinante para o CPT (Calhoun & Tedeschi, 2013; Cann et al., 2010; Janoff-Bulman, 2006). Quando o indivíduo não interpreta o acontecimento como traumático, o seu mundo assumptivo não sofre nenhuma ameaça e, conseqüentemente, não ocorrerá o CPT (Calhoun & Tedeschi, 2006; 2013; Lindstrom, et al., 2013, Tedeschi et. al 2018).



O processamento cognitivo é, então, considerado como outro fator determinante e preditor do processo de CPT, dizendo respeito ao envolvimento cognitivo na reconstrução das crenças centrais. Recorrendo à mesma metáfora anteriormente apresentada, a reconstrução das crenças centrais compara-se a uma reconstrução física da casa, onde se recorre a estruturas mais fortes capazes de resistir a futuras ameaças. Diante de um acontecimento traumático, o processamento cognitivo é motivado pela disrupção das crenças centrais e tende, em primeiro lugar, a ser automático (ruminação intrusiva). A ruminação intrusiva, por norma acontece após a rutura, e caracteriza-se pela ocorrência de pensamentos e imagens intrusivos, automáticos e negativos, que o indivíduo não consegue controlar. No entanto, o processo de reconstrução das crenças centrais é angustiante e nem todos os indivíduos são capazes de o fazer de uma forma confortável. Ou seja, quando o processo de ruminação intrusiva é longo, tal pode resultar no aparecimento de sintomas depressivos e/ou de stress pós-traumático (Janoff-Bulman, 2006; Taku et al. 2009).

No decorrer do tempo este processamento cognitivo deixa de ser involuntário e passa para voluntário, traduzindo a vontade do indivíduo de se confrontar intencionalmente com o acontecimento traumático. Os pensamentos intrusivos são substituídos por uma ruminação deliberada, que surge como mais reflexiva, podendo dar lugar a pensamentos voluntários e construtivos, fundamentalmente mais positivos e focados na atribuição de significado ao acontecimento (Cann et al., 2010; Calhoun & Tedeschi, 2006; 2013). Este processo ajuda a reconstruir as crenças centrais, desestabilizadas pelo acontecimento traumático, existindo uma tentativa de maior compreensão do acontecimento e do seu significado real. Ou seja, quanto maior for o envolvimento do indivíduo nos pensamentos que dão sentido ao evento traumático e quanto maior for a sua capacidade para lidar com as consequências do acontecimento traumático de uma forma natural, mais provável será a experiência de CPT (Calhoun & Tedeschi, 2006; Taku et al. 2009).

Embora, ao longo dos anos, o processo de ruminação tenha tido uma conotação negativa e intrusiva, a ruminação pode ser adaptativa em resposta a um acontecimento adverso potencialmente traumático, e não é mais do que o pensamento repetido que é fundamental para a reconstrução das crenças centrais e para a compreensão e integração do trauma na narrativa de vida do indivíduo, uma vez que permite a atribuição



de significado ao acontecimento (Calhoun & Tedeschi, 2006; Cann et al., 2011). Isto é, não será exatamente o stress inerente ao acontecimento, em si, que promove o CPT, mas sim a ameaça ao mundo assumptivo e o envolvimento no processamento cognitivo implicado no restabelecimento das crenças centrais. Ainda, no que respeita ao envolvimento no processamento cognitivo, este pode ser influenciado e influenciar a expressão emocional que se considera ser, também, um fator fundamental no processo de CPT. O processamento cognitivo de conteúdos mais emotivos depende, por sua vez, do suporte social que é fornecido pelo contexto cultural onde se insere o indivíduo. (Tedeschi & Calhoun, 2004). Cordova e colaboradores (2001), demonstraram num estudo com sobreviventes de cancro de mama que, quando o contexto cultural desencoraja a expressão emocional, o processamento cognitivo é menor e, por conseguinte, também o CPT será menor.

O conceito de resiliência está, de igual forma, contido no modelo de CPT (Tedeschi et al., 2018) e implica que o indivíduo retome o seu funcionamento anterior global após o confronto com acontecimento traumático. Este é o resultado esperado quando o stress emocional passa depois do acontecimento traumático. No entanto, no processo de resiliência não existe lugar para a transformação, mas apenas uma recuperação dos níveis de funcionamento base anteriores ao acontecimento traumático. Este pormenor é o que diferencia resiliência de CPT, pois este último exige uma transformação cognitiva e uma alteração do conjunto de esquemas cognitivos pré-existentes ao trauma (Tedeschi & Calhoun, 2004; Tedeschi, et al., 2018). Em síntese, o indivíduo pode experienciar CPT pelas mudanças das crenças centrais pré-existentes que constituem o seu mundo assumptivo, mudando a sua narrativa de vida e desenvolvendo mais sabedoria (seja, através da destruição dos antigos esquemas cognitivos que forneciam uma orientação para a vida, seja integrando novos esquemas). Sendo observável a forma destes novos esquemas, presume-se que o mundo assumptivo do indivíduo tenha agora integrado novas crenças centrais, tornando-se mais complexo e menos rígido e preparando o indivíduo para futuros eventos traumáticos. Retomando o exemplo do sismo, a casa está agora preparada com estruturas mais fortes para enfrentar futuras situações difíceis (Calhoun & Tedeschi, 2013).



O CPT não acontece em todos os indivíduos que se confrontam com acontecimentos difíceis, não significando, por isso, para todos eles um aumento de bem-estar ou uma diminuição do stress (Tedeschi & Calhoun, 2004). De acordo com Janoff-Bulman (2004), o legado do acontecimento traumático inclui perdas e ganhos e o indivíduo pode focar-se mais num ou noutra aspeto, tendo sempre certo de que ambos estão presentes. Assim, na consequência do acontecimento traumático o indivíduo pode experienciar desilusão e apreciação, imprevisibilidade e preparação, vulnerabilidade e resistência (Nunes, 2019).

Em suma, o facto de o CPT se relacionar com uma aprendizagem cognitiva que se vai construindo depois do acontecimento traumático e que vai sendo integrada na narrativa de vida, é o que o diferencia de outros processos de desenvolvimento pessoal que podem ocorrer durante o ciclo de vida do indivíduo (Tedeschi & Calhoun, 2004). Se o indivíduo considera que a confrontação com o acontecimento traumático conduziu a um ponto de viragem positivo, como por exemplo uma nova filosofia de vida mais clarificada, essa integração na narrativa favorece a história de vida. Se, pelo contrário, o indivíduo considerar que esse enfrentamento foi negativo, dando uma maior atenção aos aspetos negativos do acontecimento, essa integração pode promover uma insatisfação para com a vida (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Estudos prévios têm explorado as características e os contextos dos indivíduos que parecem experimentar maior CPT perante uma situação adversa. Por exemplo, no caso particular do cancro da mama, maior CPT tem sido associado a idades mais jovens, ao facto de se ser casado ou viver em união de facto e a minorias étnicas (Caeiro, 2014; Danhauer et al., 2013; Koutrouli et al., 2012; Ramos, 2016). Estudos recentes têm, também, de forma particular, demonstrado uma associação entre o CPT e a Autocompaixão, sugerindo que, em pessoas que passaram por uma situação traumática, a Autocompaixão pode funcionar como um fator de proteção para a adaptação ao trauma (Chan et al., 2019; Khursheed & Shahnawaz, 2020; Wong & Yeung, 2017). Em indivíduos que têm crenças negativas sobre si próprios, nomeadamente sentindo culpa relacionada com o acontecimento traumático, a autocompaixão pode ter um papel fundamental na flexibilização das crenças negativas enraizadas no indivíduo sobre si próprio, uma vez que atitudes mais autocompassivas



pressupõem o confronto com emoções difíceis sem autojulgamento, o que pode ajudar o indivíduo a ter um funcionamento psicológico mais saudável (Rodrigues, 2016).

Vettese e colaboradores (2011), por exemplo, realizaram um estudo com uma amostras de 81 indivíduos de ambos os sexos, com idades entre os 16 e os 24 anos, com o objetivo de explorar se eventuais diferenças individuais na autocompaixão poderiam influenciar o impacto negativo a longo prazo da ocorrência de maus-tratos na infância, nomeadamente nas dificuldades posteriores de regulação emocional. Concluíram que a autocompaixão é mediadora na relação entre os maus-tratos infantis e a desregulação emocional que acontece posteriormente, o que sugere que indivíduos que foram traumatizados quando crianças e que exibem maiores índices de autocompaixão, quando adultos, parecem ser mais capazes de enfrentar situações difíceis. De igual forma, num estudo realizado com jovens universitários de diferentes nacionalidades é sugerido que a autocompaixão pode facilitar o CPT, porque pessoas com níveis mais elevados de autocompaixão tendem a interpretar os eventos negativos de uma forma menos violenta e parecem, também, ser mais capazes de regular as suas emoções ao enfrentar uma situação traumática (Wong & Yeung, 2017). No entanto, a relação anterior parece não ser consensual, uma vez que outros estudos apontam para a inexistência de uma relação linear entre a autocompaixão e o CPT (Costa et al., 2015).

Tanto quanto é do nosso conhecimento, escassos são os estudos que avaliaram a prevalência de PSPT em mulheres Angolanas, o que nos parece de grande relevância tendo em consideração a exposição continuada e, por vezes, cumulativa a diferentes situações adversas potencialmente traumáticas, foco central do presente estudo. Para além disso, tal como referido anteriormente, a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos pode, de igual forma, conduzir a mudanças positivas no indivíduo, traduzidas em crescimento pós-traumático. Desta forma, o contexto de guerra e o seu estudo será também pertinente para continuar a explorar a relação entre o Stress Pós-traumático e o CPT, bem como o papel de outros fatores interrelacionados que possam contribuir para o esclarecimento dos resultados não consensuais que têm surgido na literatura quanto à relação entre estes dois conceitos. Por último, tendo em consideração as evidências prévias que apontam para o papel determinante da autocompaixão na forma como o indivíduo se regula emocionalmente quando sujeito a



acontecimentos adversos, o presente estudo pretende também analisar a influência da autocompaixão na sintomatologia traumática e no CPT de mulheres Angolanas expostas à Guerra Civil, o que dará importantes pistas para o planeamento de futuras intervenções com estas mulheres. Assim, de forma particular, este estudo propõe:

1. Estimar a prevalência de mulheres Angolanas que evidenciam sintomatologia de stress pós-traumático a níveis clinicamente significativos na sequência da Guerra Civil de Angola;
2. Comparar os níveis de stress Pós-traumático, de crescimento pós-traumático, e de auto-compaixão de mulheres Angolanas em função da vivência direta ou não da guerra civil;
3. Avaliar o efeito preditor da exposição direta ou indireta à guerra civil e das diferentes dimensões de auto-compaixão no stress pós-traumático e no crescimento pós-traumático de mulheres Angolanas.

Método

Participantes

Participaram no estudo 156 mulheres Angolanas, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: mulheres de nacionalidade Angolana, com idades superiores a 18 anos no momento de realização do estudo, que sabiam ler e escrever e que não tinham nenhuma condição que, na sua perceção, as impedia de participar e preencher o protocolo de investigação.

Como se pode verifica na Tabela 1, a maior parte das participantes residia em Angola, tinha o ensino superior e estava empregada no momento de realização do estudo. Relativamente à saúde psicológica, a maior parte considerava ter uma saúde psicológica boa. No que se refere à necessidade de intervenção psicológica, 56 mulheres referem já ter recorrido e as restantes 100 referem não ter tido essa



necessidade. Em relação aos problemas psicológicos apresentados, o luto destacou-se como a tipologia de problemas psicológicos mais referenciada, seguida da depressão e de insónias. Relativamente aos problemas apresentados a maior parte das participantes refere ter recorrido a psicólogos para apoio, mas há também uma percentagem considerável de mulheres que recorreram a outras fontes de apoio informal (e.g., familiares ou amigos, conselheiros espirituais). Por último, a maior parte das mulheres participantes vivia acompanhada, algumas com os filhos, esposos ou família alargada e a maior parte delas é crente.

Tabela 1.

Caracterização sociodemográfica das mulheres participantes (N=156)

Variáveis		n (%)
Residência atual	Angola	120 (76.9)
	França	6 (3.8)
	Portugal	17 (10.9)
	Outra	13 (8.3)
Habilitações académicas	1º Ciclo	3 (1.9)
	2º Ciclo	20 (12.8)
	Ensino superior	133 (85.3)
Estatuto profissional	Estudante	23 (14.7)
	Empregada	100 (64.1)
	Desempregada	33 (21.2)
Perceção de saúde psicológica	Muito má	2 (1.3)
	Má	23 (14.7)
	Boa	108 (69.2)
	Muito boa	23 (14.7)
Intervenção para os problemas psicológicos	Sim	56 (35.9)
	Não	100 (64.1)



Tipologia de problemas de saúde psicológica	Ansiedade	8 (5.1)
	Ansiedade e depressão	6 (3.8)
	Luto	16 (10.3)
	Insónias	12 (7.7)
	Depressão	13 (8.3)

Suporte para problemas psicológicos	Padre	4 (2.6)
	Pastor	6 (3.8)
	Familiares/amigos	18 (11.5)
	Médico Psiquiatra	8 (5.1)
	Psicólogo	26 (16.7)
	Outro	2 (1.3)

Podemos observar na Tabela 2 que a maior parte das participantes esteve em Angola durante o período da guerra civil, tendo a maioria vivenciado diretamente esta guerra. É de destacar que a maior parte destas mulheres vivenciou a guerra na infância e adolescência e nesta altura é de salientar também que a maioria destas mulheres residiam no sul de Angola (uma das áreas mais afetada pela guerra).



Tabela 2.

Caracterização do evento traumático (Guerra Civil de Angola) e sua vivência pelas mulheres participantes (N=156)

Variáveis		n (%)
Esteve em Angola durante período de guerra civil (1976-2002)?	Sim	148 (94.9)
	Não	8 (5.1)
Vivenciou a guerra diretamente?	Sim	103 (66)
	Não	51 (32.7)
Que idade tinha na altura?	Infância	40 (25.6)
	Infância e adolescência	11 (7.1)
	Adolescência	29 (18.6)
	Adulto	16 (10.3)
	A vida toda	7 (4.5)
Na altura da guerra em que zona estava?	Norte	10 (6.4)
	Centro	17 (10.9)
	Sul	44 (28.2)

Instrumentos

Questionário de Dados Sociodemográficos

Para caracterização das participantes este questionário está subdividido em diferentes secções: dados sociodemográficos, caracterização da saúde psicológica e dados sobre o período da Guerra Civil em Angola (cf. anexo).



Crescimento Pós-traumático

O Inventário de Crescimento Pós-traumático foi desenvolvido por Tedeschi e Calhoun, em 1996. A sua tradução e adaptação para a população portuguesa foi realizada por Teixeira & Pereira (2007). Este inventário pretende avaliar positivamente a forma como o indivíduo ressignifica a sua vida quando passa por uma situação traumática. É composto por 21 itens e as respostas são classificadas numa escala tipo Likert, variando entre 0 (“não experimentei esta mudança como resultado da minha crise”) e 5 (“experimentei esta mudança em grau muito elevado como resultado da minha crise”). As transformações positivas percebidas podem ser organizadas em cinco dimensões (Relações Interpessoais; Novas Possibilidades; Competências Pessoais; Desenvolvimento Espiritual e Valorização da Vida). A pontuação máxima na escala é de 105 pontos, sendo que valores mais altos indicam um maior crescimento pós-traumático. Este instrumento revela uma boa consistência interna – $\alpha = .90$. (Teixeira & Pereira, 2013). Na adaptação da escala para a população Angolana os alfas de Cronbach obtidos nas diferentes dimensões encontram-se distribuídos entre .79 e .94, podendo ser considerados bastante satisfatórios [Novas Possibilidades: $\alpha = .92$; Competências Pessoais: $\alpha = .94$; Valorização da vida: $\alpha = .92$; Desenvolvimento Espiritual: $\alpha = .79$; Relacionamento interpessoal: $\alpha = .93$. O Alfa da escala total foi de .98.

Impact of Event Scale - Revised (IES-R)

A IES-R foi desenvolvida por Weiss e Marmar (1997). Existem duas versões portuguesas conhecidas da escala, tendo uma delas sido desenvolvida por Pereira e Figueiredo (2007), no âmbito de uma dissertação de mestrado, e as suas propriedades psicométricas publicadas (Pereira & Figueiredo, 2008). A versão da IES-R selecionada foi adaptada por Rocha et al., 2006. A IES-R é um instrumento de autorrelato, composto por 22 itens, que avalia as dificuldades sentidas pelas pessoas após terem passado por acontecimentos de vida difíceis. Várias dimensões são avaliadas pela presente escala. A componente 1 (Hiper vigilância) é constituída por 12 itens (e.g., “Outras coisas faziam-me sempre pensar no acontecimento”). A componente 2 (Intrusão) é composta por 5



itens (e.g., “Evitava deixar-me aborrecer quando pensava no acontecimento ou quando alguém me lembrava do mesmo”). A componente 3 (Evitamento) é composta por 5 itens (e.g., “Tive problemas em dormir”). O instrumento apresenta uma boa consistência interna e um Alfa de Cronbach de .93 (Teixeira, 2013). Os alfas de Cronbach obtidos para as suas três dimensões, no presente estudo, foram bastante satisfatórios: $\alpha = .79$ (Evitamento), $\alpha = .89$ (Intrusão) e $\alpha = .94$ (Hiper vigilância). O Alfa total foi de .96.

Auto-compassão

A Escala de Auto-Compaixão de Neff (SCS, Self-Compassion Scale, Neff, 2003) foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Castilho & Pinto-Gouveia (2006). Esta escala é composta por 26 itens e pretende avaliar três componentes da autocompaixão (Autocompaixão, Condição Humana e Mindfulness). Os itens encontram-se organizados em seis subescalas: Auto-compassão/Autocrítica, isto é, a capacidade para ser amável e compreensível para consigo próprio, em vez de ser demasiado crítico e punitivo [Auto-compassão (5 itens) e.g., “Tento ser compreensivo e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade e que não gosto” versus Autocrítica (5 itens) e.g., “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”]; Condição humana/ Isolamento, que significa entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior [Condição humana (4 itens) e.g., “Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição Humana” versus Isolamento (4 itens) e.g., “Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado e desligado do resto do mundo”]; Mindfulness/ Sobre-Identificação, diz respeito à consciência equilibrada e aceitação dos próprios sentimentos e sentimentos dolorosos, sem uma excessiva sobre-identificação com os mesmos [Mindfulness (4 itens) e.g., “Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação” versus Sobre-Identificação (4 itens) e.g., “Quando me sinto em baixo tendo a ficar obcecado com tudo aquilo que está errado”]. O instrumento apresenta uma consistência interna de .93. (Castilho & Gouveia, 2011). No presente estudo, os resultados da análise da consistência interna revelaram valores razoáveis, respetivamente para as dimensões de Humanidade comum – $\alpha = .56$;



Mindfulness - $\alpha = .58$; Sobre-Identificação - $\alpha = .60$; Isolamento - $\alpha = .64$; Auto-bondade - $\alpha = .67$; Autoajuizamento - $\alpha = .62$; O Alfa para a escala total foi de $.84$.

Procedimentos

Procedimentos de investigação

Após aprovação da presente investigação, de natureza transversal correlacional, pela Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Portucalense foi efetuada a divulgação do estudo e o recrutamento dos participantes por duas vias: uma por meio da técnica da amostragem não probabilística (tipo bola de neve), com recurso a redes sociais (Facebook, WhatsApp e E-mail) da investigadora em formação, e a outra de forma presencial em Angola, também pela investigadora. O preenchimento do protocolo de investigação, foi feito em momento único nas duas formas de recolha. Na primeira forma o protocolo de investigação foi disponibilizado online através da plataforma *Google Forms*, onde os questionários de auto-relato foram precedidos por uma página de apresentação do estudo, direitos e garantias dos participantes e solicitada a confirmação do seu consentimento informado. Na recolha presencial, o procedimento implementado foi o mesmo com diferença de a recolha de dados ter sido feita em papel. Em ambos os casos cada participante foi identificada com um código de forma a garantir o anonimato das mulheres e dos dados recolhidos. Houve a necessidade de se fazer a recolha de forma presencial e via online de forma a aumentar a heterogeneidade da amostra e também a permitir a participação de mulheres que não tinham acesso à internet.

Procedimentos de análise estatística dos dados

Os dados anónimos recolhidos foram armazenados numa base de dados e analisados no programa *IBM SPSS* versão 24, considerando um nível de significância de $.05$.



Para a concretização do objetivo 1 foi feita uma análise de frequências, assim como efetuada uma análise de qui-quadrado de modo a explorar a associação entre esta prevalência e a exposição direta ou não à guerra. Para a identificação de sintomatologia de Stress Pós-traumático a níveis clinicamente significativos foi considerado o ponto de corte 35, tal como indicado em estudos prévios (Brewin, 2005; Creamer, Bell & Failla, 2003; Matthiesen & Einarsen, 2004).

Para a concretização do objetivo 2 foram aplicadas diferentes Análises de Variância Multivariadas considerando as como variáveis dependentes as diferentes dimensões de cada uma das escalas, respetivamente. Teste T para amostras independentes foram usados para comparar os grupos relativamente a cada uma das escalas totais.

Para a concretização do objetivo 3 foram feitas análises de regressão linear múltipla (método Stepwise), englobando como preditores do stress pós-traumático e do crescimento pós-traumático, respetivamente, a exposição direta à guerra (sim vs. não) e as diferentes dimensões da escala de auto-compaixão.

Resultados

Prevalência de sintomatologia traumática clinicamente significativa em mulheres angolanas.

No primeiro objetivo procuramos estimar a prevalência de sintomatologia traumática clinicamente significativa nas mulheres Angolanas da amostra. Quase metade da amostra (45,8%) apresentava níveis de sintomatologia traumática acima do ponto de corte.

Esta prevalência é superior nas mulheres que vivenciaram a guerra diretamente comparativamente às que não tiveram esta experiência direta $\chi^2(1) = 8.23, p=.003$



Crescimento pós-traumático, Stress Pós-traumático e Auto-compaixão de mulheres angolanas em função da vivência direta da guerra civil

No segundo objetivo buscamos comparar os níveis de Stress pós-traumático, de Crescimento pós-traumático e de auto-compaixão de mulheres angolanas em função da vivência direta ou indireta da Guerra Civil de Angola.

Ao nível do stress pós-traumático foram encontradas diferenças entre os grupos e é possível verificar que as participantes expostas diretamente à guerra evidenciam maiores níveis de hipervigilância, intrusão e evitamento que as mulheres que não vivenciaram esta guerra diretamente.

Tabela 3.

Diferenças do stress pós-traumático nas mulheres que vivenciaram a guerra diretamente daquelas que não vivenciaram a guerra diretamente nas diferentes subescalas da Escala de Impacto Evento.

	Vivenciou a guerra diretamente?	M(DP)	N
Hipervigilância	Sim	18.79 (10.40)	102
	Não	11.31 (13.80)	51
	Total	16.30 (12.13)	153
Intrusão	Sim	12.36 (6.46)	102
	Não	7.69 (8.92)	51
	Total	10.80 (7.66)	153
Evitamento	Sim	7.96 (4.33)	102
	Não	5.45 (5.35)	51
	Total	7.12 (4.83)	153



Nas subescalas do crescimento pós-traumático, foram também encontradas algumas diferenças nas diferentes dimensões. Assim, tal como se observa na tabela 4, as participantes expostas diretamente à guerra apresentam maiores scores nas dimensões de crescimento pós-traumático relativas às *novas possibilidades*, *competência pessoal*, *relações interpessoais* e *valorização da vida*, do que as mulheres que não vivenciaram esta guerra diretamente.

Tabela 4.

Diferenças do stress pós-traumático nas mulheres que vivenciaram a guerra diretamente daquelas que não vivenciaram a guerra diretamente nas diferentes subescalas do Inventário de Crescimento Pós-Traumático.

	Vivenciou a guerra diretamente?	M(DP)	N
Novas possibilidades	Sim	12.16 (8.02)	102
	Não	8.12 (8.09)	51
	Total	10.81 (8.24)	153
Competência pessoal	Sim	12.16 (8.02)	102
	Não	8.12 (8.09)	51
	Total	10.81 (8.24)	153
Desenvolvimento espiritual	Sim	5.07 (3.60)	102
	Não	3.59 (3.69)	51
	Total	4.57 (3.69)	153
Relações interpessoais	Sim	15.08 (9.38)	102
	Não	10.84 (10.23)	51
	Total	13.67 (9.85)	153



Valorização da vida	Sim	7.78 (5.28)	102
	Não	4.88 (5.33)	51
	Total	6.82 (5.46)	153

Na escala de autocompaixão, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para nenhuma das dimensões.

Tabela 5.

Diferenças do stress pós-traumático nas mulheres que vivenciaram a guerra diretamente daquelas que não vivenciaram a guerra diretamente nas diferentes subescalas da Autocompaixão.

	Vivenciou a guerra diretamente?	M(DP)	N
Autobondade	Sim	16.28 (3.63)	102
	Não	16.96 (3.76)	51
	Total	16.51 (3.68)	153
Autoajuizamento	Sim	15.25 (3.49)	102
	Não	15.49 (3.61)	51
	Total	15.33 (3.52)	153
Humanidade comum	Sim	13.84 (3.05)	102
	Não	13.47 (2.84)	51
	Total	13.72 (2.98)	153
Isolamento	Sim	12.89 (3.26)	102
	Não	13.19 (3.29)	51
	Total	12.99 (3.27)	153



Mindfulness	Sim	13.61 (2.71)	102
	Não	14.02 (2.79)	51
	Total	13.74 (2.74)	153
Sobreidentificação	Sim	12.69 (3.35)	102
	Não	11.94 (2.59)	51
	Total	12.44 (3.13)	153

Efeito preditor da exposição direta à Guerra Civil e das diferentes dimensões de auto-compaixão no crescimento pós-traumático e no stress pós-traumático de mulheres Angolanas

O terceiro objetivo geral deste estudo prendeu-se com a análise do efeito preditor da vivência direta da guerra civil e das diferentes dimensões de autocompaixão no crescimento pós-traumático e no stress pós-traumático de mulheres Angolanas.

Os resultados da análise de regressão linear múltipla (método stepwise) implementada para a predição do stress pós-traumático das mulheres Angolanas demonstraram, como preditores significativos, por ordem decrescente de peso preditivo, a exposição direta à guerra e a dimensão de autoajuizamento, explicando, no seu conjunto, 13.3% da variabilidade explicada na variável dependente, $F(2,150) = 12.666$ $p < .001$. De acordo com os resultados obtidos, a exposição direta à guerra e maiores níveis de autoajuizamento permitem predizer maiores níveis de stress pós-traumático.

No caso do crescimento pós-traumático, a análise de regressão linear múltipla (método stepwise) apontou como preditores significativos, por ordem decrescente de peso preditivo, os resultados na dimensão Humanidade comum, a exposição direta à guerra, os resultados na dimensão de autobondade e na dimensão de Isolamento. De acordo com os resultados obtidos, a exposição direta à guerra e os resultados mais elevados nestas subescalas permitem predizer um maior crescimento pós-traumático, explicando 14.1% da variabilidade explicada na variável dependente, $F(4,148) = 7.250$ $p < .000$.



Tabela 6.

Efeito preditor da exposição direta à guerra e das dimensões de autocompaixão no Crescimento Pós-traumático e no Stress Pós-traumático: Regressão Linear Múltipla - Método Stepwise.

	Variáveis	B	SD(B)	β	T	p
Stress pós-traumático (VD)	Exposição direta da guerra (Sim vs. Não)	7.142	1.891	.285	3.776	.000
	Autoajuizamento da Autocompaixão	1.628	.508	.242	3.207	.002
Crescimento pós-traumático (VD)	Humanidade comum	1.954	.970	.174	2.014	.002
	Exposição direta da guerra (Sim vs. Não)	8.445	2.686	.239	3.144	.002
	Autobondade	1.963	.803	.216	2.445	.016
	Isolamento	1.655	.793	.164	2.087	.039



Discussão

O presente estudo teve como objetivo geral analisar a influência da Autocompaixão no Crescimento Pós-traumático e no Stress Pós-traumático em mulheres Angolanas que vivenciaram a guerra civil de Angola. De forma particular, propôs os seguintes objetivos específicos: 1) Estimar a prevalência de mulheres Angolanas que evidenciavam sintomatologia de stress pós-traumático a níveis clinicamente significativos na sequência da Guerra Civil de Angola; 2) Comparar os níveis de stress Pós-traumático, de crescimento pós-traumático, e de auto-compaixão de mulheres Angolanas em função da vivência direta ou não da guerra civil; e 3) Avaliar o efeito preditor da exposição direta ou indireta à guerra civil e das diferentes dimensões de auto-compaixão no stress pós-traumático e no crescimento pós-traumático destas mulheres Angolanas.

Os resultados encontrados permitiram verificar que, relativamente à prevalência de sintomatologia traumática clinicamente significativa, quase metade (45,8%) da amostra de mulheres Angolanas apresentava níveis de sintomatologia traumática acima do ponto de corte. A prevalência da PSPT em mulheres já tem sido estudada e, a nível mundial, é considerada a quarta perturbação psiquiátrica mais comum, afetando 10% dos homens e 18% das mulheres (Norrholm & Jovanovic, 2010). Nesta amostra de mulheres Angolanas, contudo, esta prevalência é significativamente superior, sinalizando o risco de morbilidade psicológica a que estas mulheres estão sujeitas, no decurso do evento traumático da Guerra Civil, volvidos quase 20 anos do seu término. Tal facto, alerta para a necessidade de intervenção junto destas mulheres, no sentido de melhorar a sua mental e, conseqüentemente, o seu bem-estar e qualidade de vida.

Na globalidade, através dos resultados obtidos na concretização do segundo objetivo, onde buscamos comparar os níveis de stress pós-traumático, crescimento pós-traumático e de auto-compaixão de mulheres Angolanas em função da vivência direta ou indireta da Guerra Civil de Angola, foi possível constatar que, as mulheres que vivenciaram a situação de guerra diretamente apresentavam maiores níveis de stress pós traumático e maior crescimento pós traumático em comparação com as mulheres que não vivenciaram diretamente esta guerra. Este facto vai ao encontro da literatura, que demonstra a possível co-existência entre a PSPT e o CPT no mesmo indivíduo, não



sendo necessariamente duas condições opostas, nem implicando que inexistência de sintomas de PSPT signifique presença de CPT, ou vice-versa (Tedeschi et al., 2018). Adicionalmente, este facto demonstra também, no trabalho de intervenção psicológica com estas mulheres, a necessidade de reforçar as dimensões de crescimento e mudança positiva resultantes da experiência traumática, que possam ser potencializadas e usada como estratégia de adaptação a novas situações traumáticas, nomeadamente através do reenquadramento do significado da experiência traumática no estabelecimento de novas metas pessoais, nova hierarquia de valores e o estabelecimento de relações interpessoais suportivas (Janoff-Bulman, 2006; Taku et al. 2009). Este aspeto é particularmente relevante no caso das mulheres Angolanas que continuam a ser expostas a situações de violência e traumas repetidos que continuam a fragilizar a sua saúde mental (Denov, 2008; Nacandumbo, 2017; Wessells, 2010).

Relativamente à autocompaixão, não se observaram diferenças entre as mulheres Angolanas expostas direta vs. indiretamente à guerra o que pode sugerir esta dimensão como uma característica traço / de personalidade, a qual, apesar de apresentar algumas diferenças entre os indivíduos, está fortemente ligada a uma estratégia de regulação emocional, ou seja, de autoproteção no desenvolvimento de psicopatologia (Neff, 2003). Apesar de não se conhecerem estudos feitos com as mulheres Angolanas envolvendo estes construtos, supõem-se que também a questão cultural possa ter alguma influência nesta ausência de diferenças significativas entre os grupos com vivência mais ou menos direta da guerra nestas atitudes compassivas, que parecem ser, na sociedade Angolana, independentes da exposição a esta situação de guerra. Tal como sugerido pelo modelo de crescimento traumático, os contextos onde os indivíduos estão inseridos são importantes para perceber a forma como as entidades culturais pensam o acontecimento adverso (traumático) e as narrativas que são aceites, uma vez que dessa maneira se percebe a forma como o indivíduo dará sentido a esses mesmos acontecimentos. Já nos contextos mais proximais, importa entender quem são as pessoas mais significativas para o indivíduo, visto que serão aquelas que exercerão uma maior influência sobre ele, quer pela forma como vivenciam normalmente os acontecimentos traumáticos, quer pelo que é permitido, desprezado e valorizado no grupo onde o indivíduo está integrado (Calhoun & Tedeschi, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2004). De facto, tal como podemos constatar nos dados de caracterização da amostra, a maioria das mulheres Angolanas participantes no estudo revelam que são crentes,



valorizando a dimensão espiritual e, até certo ponto, atribuem o seu sofrimento a razões divinas. Por este motivo, quando se questiona sobre as fontes de suporte para os problemas de saúde psicológica, estas mulheres referem recorrer a familiares, amigos, líderes espirituais e religiosos, para além de profissionais de saúde. Colocamos por hipótese que este facto possa explicar esta ausência de diferenças significativas entre os grupos ao nível da autocompaixão, decorrente da existência de um contexto cultural valorizador das atitudes compassivas perante as múltiplas situações adversas potencialmente traumáticas que caracterizam também a população Angolana.

O terceiro objetivo geral deste estudo prendeu-se com a análise do efeito preditor da vivência direta da guerra civil e das diferentes dimensões de autocompaixão no stress pós-traumático e crescimento pós-traumático de mulheres Angolanas. A este nível é de salientar que, no stress pós-traumático surgiram como preditores significativos a exposição direta à guerra e o autoajuizamento, ou seja, quanto maior for a exposição direta a guerra e mais crítico e punitivo o indivíduo for consigo próprio, maiores serão os seus níveis de stress pós-traumático. Este resultado vai ao encontro de evidências prévias que indicam que a exposição a este tipo de acontecimentos traumáticos potencia o aparecimento e desenvolvimento de doenças mentais, tais como a depressão, a ansiedade, a Perturbação de Stress Pós-Traumático ou mesmo situações de trauma complexo (Bryant, 2019; De Rond, 2016; Kim et al., 2017). Adicionalmente, os resultados relativos ao autoajuizamento, parecem ser consistentes com a ideia segundo a qual as consequências do acontecimento traumático dependerem da forma como o indivíduo interpreta este acontecimento e o foco que dá mais às perdas e ou aos ganhos resultantes do mesmo (Janoff-Bulman, 2006; Nunes, 2019). Deste modo, se o indivíduo considerar que a forma como enfrentou o acontecimento traumático foi negativa, nomeadamente sendo mais crítico e punitivo consigo próprio, e dando uma maior atenção aos aspetos negativos do acontecimento, a integração que fará desse mesmo acontecimento pode promover uma insatisfação para com a vida (Tedeschi & Calhoun, 2004). Os resultados vão também ao encontro da literatura que sugere que Autocompaixão pode funcionar como um fator de proteção para a adaptação ao trauma (Chan et al., 2019; Khursheed & Shahnawaz, 2020; Wong & Yeung, 2017). Em indivíduos que têm crenças negativas sobre si próprios, nomeadamente sentindo culpa relacionada com o acontecimento traumático, a autocompaixão pode ter um papel fundamental na flexibilização das crenças negativas enraizadas no indivíduo sobre si



próprio, uma vez que atitudes mais autocompassivas pressupõem o confronto com emoções difíceis sem autojulgamento, o que pode ajudar o indivíduo a ter um funcionamento psicológico mais saudável (Rodrigues, 2016).

Por outro lado, os resultados do presente estudo indicam também que as mulheres que vivenciaram diretamente a guerra e que evidenciam maiores atitudes compassivas nomeadamente nas dimensões de condição humana e isolamento apresentam maior crescimento pós-traumático. De acordo com o modelo de crescimento pós-traumático inicialmente apresentado, pode-se colocar como hipótese que a exposição direta a guerra pode ter desafiado as crenças centrais das mulheres, as quais foram sendo construídas ao longo do tempo e tendem a ser resistentes à mudança uma vez que ajudam os indivíduos a adaptarem-se, funcionando como uma bússola emocional (Janoff-Bulman, 1992). Esta situação prolongada de guerra, de que é exemplo a guerra civil de Angola, pelo elevado sofrimento que provocou, nomeadamente pela exposição direta e repetida a múltiplas situações potencialmente traumáticas, impôs uma necessidade de processamento e desconstrução das crenças centrais pré-existentes, o que implicou a necessidade de usar os recursos necessários para enfrentar a situação traumática, quer do ponto de vista cognitivo, quer do ponto de vista emocional, desenvolvendo mecanismos para entender o mundo. De acordo com este modelo este processo é composto por diferentes etapas, a primeira das quais, de natureza automática, correspondendo à ruminação intrusiva. A ruminação intrusiva, por norma, acontece após a rutura e caracteriza-se pela ocorrência de pensamentos e imagens intrusivos, automáticos e negativos, que o indivíduo não consegue controlar, o que pode justificar a associação encontrada entre maior isolamento e maior crescimento pós-traumático. No entanto, o processo de reconstrução das crenças centrais é angustiante e nem todos os indivíduos são capazes de o fazer de uma forma confortável. Ou seja, quando o processo de ruminação intrusiva é longo, tal pode resultar no aparecimento de sintomas depressivos e/ou de stress pós-traumático (Janoff-Bulman, 2006; Taku et al. 2009). Embora, ao longo dos anos, o processo de ruminação tenha tido uma conotação negativa e intrusiva, a ruminação pode ser adaptativa em resposta a um acontecimento adverso potencialmente traumático, e não é mais do que o pensamento repetido que é fundamental para a reconstrução das crenças centrais e para a compreensão e integração do trauma na narrativa de vida do indivíduo, uma vez que permite a atribuição de significado ao acontecimento (Calhoun & Tedeschi, 2006;



Cann et al., 2011). De facto, ao longo do tempo parece existir uma aprendizagem cognitiva que se vai construindo depois do acontecimento traumático e que vai sendo integrada na narrativa de vida, o que contribui para o processo de crescimento pós-traumático (Tedeschi & Calhoun, 2004). Para este crescimento parecem contribuir atitudes mais compassivas do indivíduo, existindo evidências que demonstram uma associação entre o CPT e a Autocompaixão, sugerindo que, em pessoas que passaram por uma situação traumática, a Autocompaixão pode funcionar como um fator de proteção para a adaptação ao trauma (Chan et al., 2019; Khursheed & Shahnawaz, 2020; Wong & Yeung, 2017). Em indivíduos que têm crenças negativas sobre si próprios, nomeadamente sentindo culpa relacionada com o acontecimento traumático (manifesta nas dimensão de isolamento da autocompaixão), atitudes mais autocompassivas podem ter um papel fundamental na flexibilização das crenças negativas enraizadas no indivíduo sobre si próprio, uma vez que permitem o confronto com emoções difíceis sem autojulgamento, o que pode ajudar o indivíduo a ter um funcionamento psicológico mais saudável (Rodrigues, 2016). De igual forma, num estudo realizado com jovens universitários de diferentes nacionalidades é sugerido que a autocompaixão pode facilitar o CPT, porque pessoas com níveis mais elevados de autocompaixão tendem a interpretar os eventos negativos de uma forma menos violenta e parecem, também, ser mais capazes de regular as suas emoções ao enfrentar uma situação traumática (Wong & Yeung, 2017).

Apesar da importância do presente estudo, é pertinente referir algumas limitações do mesmo, nomeadamente a baixa representatividade da amostra. De facto, foi possível verificar que a maioria da amostra era diferenciada a nível socioeconómico e de escolaridade na recolha feita online, o que não traduz a maioria das mulheres Angolanas. Tendo em conta este facto houve a preocupação de se estender a recolha de forma presencial, em Angola, para aumentar a heterogeneidade da amostra, embora sem sucesso uma vez que a adesão por parte da população alvo continuou baixa. Tal limita a generalização dos resultados do estudo. Deixa-se assim como sugestão que, em investigações futuras, se contemple uma amostra com uma maior representatividade das mulheres Angolanas, garantindo que as mulheres que estão em maior risco sejam representadas na amostra. Sabendo-se que são as participantes em maior risco psicossocial que participam menos nas investigações, depreende-se que a prevalência de morbilidade psicológica fosse maior se tivéssemos tido a possibilidade



de avaliar as mulheres em maior risco, sendo estas que mais precisariam de rastreio e intervenção psicológica.

Apesar destas limitações o estudo teve como potencialidades a avaliação de uma população nem sempre considerada na investigação, particularmente considerando os efeitos adversos da guerra. Para além disso, esta investigação focou-se em mecanismos protetores e não apenas na avaliação do risco e pelo facto de se ter introduzido o papel da autocompaixão enquanto elemento com potencial para ser incluído em programas de intervenção psicológica futuros com estas mulheres.

Conclusões

O presente estudo teve como principais conclusões que o stress pós-traumático e o crescimento pós-traumático é maior nas mulheres Angolanas que vivenciaram a guerra diretamente. Quanto à autocompaixão esta revelou-se como amortecedora do stress pós-traumático decorrente da exposição à guerra, quer de forma direta, considerando o efeito gravoso no stress pós-traumático no caso das mulheres que evidenciam maior autoajuizamento, quer, de forma indireta, no efeito protetor que tem ao estar associado a um maior crescimento pós-traumático. Considera-se o presente estudo como inovador e pertinente por se ter focado numa população alvo de pouca investigação e intervenção e que, ao longo dos tempos, tem sido sujeita à exposição a inúmeros acontecimentos adversos potencialmente traumáticos. De facto, os resultados demonstram o quanto estas mulheres estão em risco, porque apesar de ter passado muitos anos depois da guerra ainda existem sequelas graves que se refletem no aparecimento da sintomatologia de stress pós-traumático, e isto sugere a necessidade de inculcar o desenvolvimento de um plano de intervenção com elas. A este nível, ao explorar o papel da autocompaixão na saúde mental das mulheres Angolanas, esta investigação tem ainda como potencialidade dar pistas para o desenvolvimento de futuras intervenções psicológicas dirigidas a este público-alvo, onde a autocompaixão parece ser um fator importante a promover.



Referências Bibliográficas

- Ahram, A. I. (2019). Sexual violence, competitive state building, and Islamic State in Iraq and Syria. *Journal of Intervention and State Building*, 13(2), 180-196. <https://doi.org/10.1080/17502977.2018.1541577>
- Bensimon, M. (2012). Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*, 52(7), 782–787. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011>.
- Brewin, C. R. (2005). Systematic Review of Screening Instruments for Adults at Risk of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 1 (18), 53-62. <https://doi.org/10.1002/jts.20007>
- Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 18(3), 259-269. <https://doi.org/10.1002/wps.20656>
- Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_8
- Catraio, I., Baptista, G., & Pereira, AMGR (2020). Desnutrição infantil e fatores associados no município de Benguela-Angola. XIX Congresso de Nutrição e Alimentação . Associação Portuguesa de Nutrição. <http://doi.hdl.handle.net/10198/22736>



- Caeiro, Â. M. M. (2014). *Crescimento pós-traumático, stress pós-traumático, processo cognitivo e expressão emocional: Comparação entre Mulheres com cancro da mama e Mulheres sem doença oncológica* [Master's thesis, Instituto universitário ISPA] <http://repositorio.ispa.pt>
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology, 20*, 176–185. doi: 10.1037//0278-6133.20.3.176
- Cristóvão, E. D. (2019). *O papel da mulher no desenvolvimento econômico em Angola: análise da contribuição feminina nos mercados formal e informal* [Master's thesis, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira] [Repositorio unilab.http//doi.repositorio.unilab.edu.br](http://repositorio.unilab.edu.br/doi/repositorio.unilab.edu.br)
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry, 15*(1), 93–102.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi, *The handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 1–23). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Creamer, M., Bell, R., Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale- Revised. *Behaviour Research and Therapy, 41*(12), 1489-1496. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.07.010>



- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2013). The Process of Posttraumatic Growth in Clinical Practice. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi, *Posttraumatic growth in clinical practice* (pp. 1–22). New York, NY US: Routledge/Taylor&Francis Group.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Vishnevsky, T., & Danhauer, S. C. (2010). The core beliefs inventory: a brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(1), 19–34. doi:10.1080/10615800802573013
- Chan, B.S.M, Deng, J., Li, Y., Li, T., Shen, Y., Wang, Y., & Yi, L. (2019). O papel da autocompaixão na relação entre crescimento pós-traumático e sofrimento psíquico em cuidadores de crianças com autismo. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 1692–1700. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01694-0>
- Costa, H. M. M. D. (2015). *Os contributos da autocompaixão e da esperança para o bem-estar psicológico e subjetivo de adolescentes do ensino secundário* [Master's thesis, Universidade de Coimbra] Repositorio científico de da UC. <https://doi.estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/32438>
- De Rond, M., & Lok, J. (2016). Some things can never be unseen: The role of context in psychological injury at war. *Academy of Management Journal*, 59(6), 1965-1993.
- Denov, M. (2008). Girl soldiers and human rights: lessons from Angola, Mozambique, Sierra Leone and Northern Uganda. *The International Journal of Human Rights*, 12(5), 813-836.



- Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 94–101. <https://doi.org/10.1037/a0021865>
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-Change Perspectives on Posttraumatic Growth. In Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G., *The handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 81–99). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kim, M. S., Kim, S. Y., Kim, J. H., Park, B., & Choi, H. G. (2017). Depression in breast cancer patients who have undergone mastectomy: a national cohort study. *PloS one*, 12(4), e0175395.
- Lindstrom, C., Cann, A., Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2013). The Relationship of Core Belief Challenge, Rumination, Disclosure, and Sociocultural Elements to Posttraumatic Growth. *Psychological Trauma*, 5(1), 50–55.
- Mattson, E., James, L., & Engdahl, B. (2018). Personality factors and their impact on PTSD and post-traumatic growth is mediated by coping style among OIF/OEF veterans. *Military Medicine*, 183(9-10), e475-e480.
- Morrill, E. F., Brewer, N. T., O'Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, E. C., Carey, L. A., & Rimer, B. K. (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 17(9), 948-953.
- Muekalia, J. (2013). *Angola: a segunda revolução: [memórias da luta pela democracia]*. Sextante editora.



- Matthiesen, S. B., & Einarsen, S. (2004). Psychiatric Distress and Symptoms of PTSD among Victims of Bullying at Work. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32, 335-356. <http://dx.doi.org/10.1080/03069880410001723558>
- Nacandumbo, M. M. (2017). *Estudo dos efeitos psicológicos decorrentes de eventos traumáticos em jovens: o impacto da guerra em Angola*. [Master's thesis, Universidade Católica de São Paulo] Repositório PUCSP. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/20511>
- Nishi, D., Matsuoka, Y., & Kim, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *Biopsychosocial Medicine*, 4(7), 1-6.
- Norrholm, S. D. & Jovanovic, T. (2010). Tailoring therapeutic strategies for treating posttraumatic stress disorder symptom clusters. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 517-532.
- Nunes, R. I. C. (2019). *Crescimento, depreciação e stress pós-traumático: análise fatorial e qualidades psicométricas do PTGDI-50 e PCL-5 numa amostra portuguesa* [Master's thesis, ISPA] Repositório do Ispa. <https://core.ac.uk/download/pdf/250355294.pdf>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). *Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. Diário da República, 2.ª série, 78, 17931- 17936.



Psychiatric Association- - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014

Park, C. L. & Lechner, S. C. (2006). Measurement Issues in Assessing Growth Following Stressful Life Experiences. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (pp. 47-67). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum

Rozanov, V., Frančišković, T., Marinić, I., Macarenco, M. M., Letica-Crepulja, M., Mužinić, L., ... & Wiederhold, M. (2019). Mental health consequences of war conflicts. In *Advances in Psychiatry* (pp. 281-304). Springer: Cham.

Ramos, C. & Leal, I. Crescimento pós-traumático após o trauma: uma revisão da literatura sobre fatores relacionados e contextos de aplicação. *Psychology, Community & Health*, [SI], v. 2, n. 1, pág. 43-54, março. 2013. ISSN 2182-438X. Disponível em: <https://pch.psychopen.eu/article/view/39> . Data de acesso: 01 abr. 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.5964/pch.v2i1.39> .

Rocha, J., Leal, P., Frade, B., Teixeira, A., Freiras, D., Sousa, V., & Almeida, V. (2016). *Portuguese assessment toolbox for traumatic and bereavement episodes in adults*. Paper presented at the I Portuguese Congress Trauma Psychology and Grief, Portugal.

Rodrigues, C. N., & Espírito-Santo, H. O. (2016). *Estados emocionais negativos em mulheres vítimas de violência doméstica: sua relação com autocompaixão, autocrítica e vergonha* [Master's thesis, Instituto Superior Miguel Torga] Repositório ismt. <http://doi.ismt.pt/handle/123456789/700>



- Santos, V. M. (2018). *O trauma complexo e a sua relação com os traços de personalidade* [Master's thesis, Universidade de Lisboa] Sistema integrado de bibliotecas repositório. <http://doi.hdl.handle.net/10451/37563>
- Stockon, H., Hunt, N., & Joseph, S. (2011). Cognitive Processing, Rumination, and Posttraumatic Growth. *Journal of Traumatic Stress, 24*(1), 85–92. <https://doi.org/10.1002/jts.20606>
- Stanley, E. A. (2018). War duration and the micro-dynamics of decision making under stress. *Polity, 50*(2), 178-200. <http://dx.doi.org/10.1086/696359>
- Tedeschi, RG, Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, LG (2018). *Crescimento pós-traumático: Teoria, pesquisa e aplicações*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315527451>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 455-471.
- Teixeira, R. J., & Pereira, M. G. (2013). Growth and the cancer caregiving experience: Psychometric properties of the Portuguese Posttraumatic Growth Inventory. *Families, Systems, & Health, 31*(4), 382.
- Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. L., Paglia-Boak, A., & MAP Research Team. (2011). As ligações entre maus-tratos na infância, saúde mental do adolescente e autocompaixão em adolescentes de bem-estar infantil. *Abuso e Negligência Infantil, 35* (10), 887-898.
- Taku, K. , Calhoun, LG , Cann, A. e Tedeschi, RG 2008 . O papel da ruminação na coexistência de angústia e crescimento pós-traumático entre estudantes



universitários japoneses enlutados. *Estudos da Morte*, 32: 428 – 444 .
<https://doi.org/10.1080/10615800802317841>

Vieira, M. J. T. (2019). *Resiliência, stress e crescimento pós-traumático: um estudo comparativo entre ex-combatentes e população geral* [Master's thesis, Universidade de Lisboa] Sistema integrado de bibliotecas repositório.
<http://doi:hdl.handle.net/10451/37563>

Valentine, P. (2003). Trauma: definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In M.G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (coords), *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp. 91-197). Lisboa: Climepsi.

Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). A autocompaixão atenua a associação entre maus-tratos na infância e posteriores dificuldades de regulação emocional? Uma investigação preliminar. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9 (5), 480-491.

Wong, C. C. Y., & Yeung, N. C. (2017). Self-compassion and posttraumatic growth: Cognitive processes as mediators. *Mindfulness*, 8(4), 1078-1087. [http //doi.10.1007/s12671-017-0683-4](http://doi.10.1007/s12671-017-0683-4)

Wessells, MG (2016). *Reintegração de crianças-soldado: O papel da identidade social no recrutamento e reintegração de crianças-soldado*. Em S. McKeown, R. Haji, & N. Ferguson (Eds.), *Série de livros de psicologia da paz. Compreender a paz e o conflito através da teoria da identidade social: Perspectivas globais contemporâneas* (p.105-120). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29869-6_7



Yarnell, L. M., Stafford, R. E., Neff, K. D., Reilly, E. D., Knox, M. C., & Mullarkey, M.

(2015). Meta-análise das diferenças de gênero na autocompaixão. *Self and Identity*, 14 (5), 499–520. <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1029966>

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A

critical review and introduction of a two-component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626–653. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>



Anexos



Questionário Sociodemográfico

(Pena Candeia & Conde, 2020)

Código de identificação:

Data de preenchimento: __/__/__

Dados sociodemográficos

Idade: _____

Local de residência atual:

Angola

França

Portugal

Outro: _____

Habilitações académicas (último ano de ensino concluído):

Ensino pré-escolar

Ensino primário

1ºciclo

2ºciclo

Ensino superior



Estatuto Profissional:

- Estudante
- Empregada
- Desempregada

Vive sozinha?

- Sim
- Não

Se vive acompanhada, com quem vive?

É crente?

- Sim
- Não

Qual é a crença religiosa que professa/defende?

- Católica
- Protestante
- Testemunha de Jeová



Adventista

Outra: _____

Caracterização da Saúde Psicológica

Como descreve a sua saúde psicológica?

- Má
- Muito má
- Boa
- Muito boa

Porquê? _____

Já alguma vez procurou ajuda psicológica?

- Sim
- Não

Se _____ sim, _____ quando?

Quais _____ os _____ problemas _____ que
apresentava? _____



A quem recorreu para resolver esses problemas?

- Padre
- Pastor
- Familiar/ amigo(a)
- Soba
- Psicólogo
- Médico

Dados sobre o período de guerra civil em Angola

Esteve em Angola durante o período da guerra civil (1976-2022)?

- Sim
- Não

Se respondeu sim, em que período (entre que anos) e que idade tinha na altura?

Período: _____

Idade: _____

Se respondeu que não na questão anterior, indique porque não estava em Angola:

- Já estava fora do país, emigrado noutro país Africano, antes de começar a Guerra



- Já estava fora do país, emigrado noutro país fora de África, antes de começar a Guerra
- Emigrei para outro país africano como refugiado da Guerra Civil
- Emigrei para outro país fora de África como refugiado da Guerra Civil
- Emigrei para outro país africano, na sequência da Guerra Civil, em busca de melhor qualidade de vida
- Emigrei para outro país fora de África, na sequência da Guerra Civil, em busca de melhor qualidade de vida

Vivenciou a guerra diretamente?

- Sim
- Não

Se sim, em que período e que idade tinha na altura?

Período: _____

Idade:

Durante o período em que vivenciou a guerra, assinale os acontecimentos adversos que presenciou diretamente:

- Perda de familiares ou amigos próximos por fome ou outras consequências indiretas das ações de guerra.
- Perda de familiares ou amigos próximos por ações de guerra (foi baleado, foi atacado, etc.)



- Violação
- Amputações
- Perdas das habitações
- Desaparecimento dos familiares ou amigos próximos
- Perseguições políticas
- Raptos
- Divisão familiar
- Ameaças de morte

Outros:

Combateu na guerra?

- Sim
- Não

Se sim, porque combateu?

- Por opção (ofereci-me para combater)
- Fui obrigada a combater
- Já era militar
- Fui recrutada para combater (seja por opção própria, seja porque fui obrigada) e a seguir fiz carreira militar



Quando combateu na guerra, que posição ocupava? _____

Na altura da guerra estava em que zona?

- Norte
- Centro
- Sul

Foi desmobilizada para a reforma?

- Sim
- Não

Se sim, em que ano foi desmobilizada e que idade tinha?

Período _____

Idade _____

Considerando uma escala de 0 a 10, em que 0 significa absolutamente nada e 10 significa uma influência muito acentuada, indique quanto é que a guerra civil de Angola ainda a continua a afetar psicologicamente atualmente:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10