

Estudo comparativo e validação da National Stressful  
Events Survey PTSD Short Scale (NSESSS) na população  
portuguesa e angolana

**Versão Final Após Defesa**

**Gina Tinoco Ramos**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)



# **Estudo comparativo e validação da National Stressful Events Survey PTSD Short Scale (NSESSS) na população portuguesa e angolana**

**Versão Final Após Defesa**

**Gina Tinoco Ramos**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2<sup>o</sup> ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Carla Sofia Lucas do Nascimento  
Co-orientadores: Professora Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires & Doutor  
Luís Miguel de Jesus Lopes Barreiros

**dezembro de 2025**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Gina Tinoco Ramos, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M13257 de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 08/12/2025

Gina Tinoco Ramos



# Agradecimentos

Chegar ao fim deste projeto é mais do que concluir um ciclo acadêmico — é fechar um capítulo cheio de desafios, descobertas e crescimento pessoal. Este percurso foi feito de muitas madrugadas, dúvidas, aprendizagens e pessoas que, de forma direta ou silenciosa, deixaram a sua marca neste trabalho.

À minha orientadora, Professora Doutora Carla Nascimento, deixo o meu mais profundo agradecimento. Pela orientação atenta e generosa, pela paciência nas revisões, pela clareza nas orientações e, sobretudo, por acreditar no meu trabalho quando eu própria hesitava. A sua exigência e o seu apoio foram fundamentais para que esta tese se tornasse o que é hoje. Agradeço também à professora Ana Torres e ao Doutor Luís Barreiros por me terem acompanhado neste processo.

Às minhas amigas, obrigada por tornarem o processo mais leve e por me lembrarem que, apesar de tudo, também é possível rir no meio do caos.

À minha família, obrigada pelo amor incondicional, pela paciência infinita e por me ensinarem, desde cedo, o valor do esforço e da empatia. Às pessoas mais próximas, que me ouviram, apoiaram e acreditaram em mim nos momentos em que o cansaço falava mais alto — obrigada por estarem aí.

Ao PP, agradeço do fundinho do coração por todo o apoio, todo o companheirismo, todo o amor e toda a paciência.



# Resumo

A Perturbação do Stress Pós-Traumático (PTSD) é uma perturbação mental grave, desenvolvida após a exposição a eventos traumáticos, como violência, situações de guerra e/ou desastres naturais. O diagnóstico precoce é essencial para mitigar as consequências graves da patologia, como o isolamento social, desemprego, abuso de substâncias e até comportamentos suicidas. Em Angola e Portugal, a prevalência de traumas ligados à Guerra Colonial e à Guerra Civil é significativa, reforçando a necessidade de ferramentas eficazes para identificar e posteriormente tratar a patologia. O objetivo deste estudo é adaptar, validar e comparar as propriedades psicométricas da *National Stressful Events Survey PTSD Short Scale* (NSESSS-PTSD) original tanto para a população portuguesa, como para a população angolana, explorando as diferenças deste instrumento nos dois contextos geográficos.

O estudo foi conduzido em Portugal e Angola, com uma amostra total de 287 participantes, subdivididos em dois grupos: grupo A (Portugal): n= 158 e grupo B (Angola): n=129, com idade mínima de 18 anos. Os métodos utilizados foram o Questionário sociodemográfico que inquiriu inicialmente os participantes acerca de várias características sociodemográficas, o NSESSS-PTSD, que pretendeu medir a gravidade dos sintomas de PTSD e o *Posttraumatic Checklist for DSM-5* (PCL5) que é composto por 20 *itens* e que avalia sintomas de PTSD com base nos critérios do DSM-5.

Os resultados revelaram que a versão adaptada da NSESSS-PTSD é um instrumento fiável, válido e culturalmente sensível para a avaliação de sintomas de PTSD em populações lusófonas, contribuindo para a investigação transcultural e para a prática clínica em Portugal e Angola. Torna-se necessário dar continuidade a estes estudos com amostras mais representativas de ambos os países.

## Palavras-chave

Perturbação de *Stress* Pós-Traumático;trauma de guerra;validação transcultural; NSESSS-PTSD;saúde mental



# Abstract

The Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a severe mental disorder that develops following exposure to traumatic events such as violence, war situations, and/or natural disasters. Early diagnosis is essential to mitigate the serious consequences of the condition, such as social isolation, unemployment, substance abuse, and even suicidal behaviors. In Angola and Portugal, the prevalence of trauma related to the Colonial War and the Civil War is significant, reinforcing the need for effective tools to identify and subsequently treat the disorder. The aim of this study is to adapt, validate, and compare the psychometric properties of the original National Stressful Events Survey PTSD Short Scale (NSESSS-PTSD) for both the Portuguese and Angolan populations, exploring differences in this instrument across the two geographical contexts.

The study was conducted in Portugal and Angola, with a total sample of 287 participants, divided into two groups: Group A (Portugal):  $n = 158$  and Group B (Angola):  $n = 129$ , with a minimum age of 18 years. The instruments used were a Sociodemographic Questionnaire, which collected various sociodemographic characteristics; the NSESSS-PTSD, designed to assess the severity of PTSD symptoms; and the Posttraumatic Checklist for DSM-5 (PCL-5), composed of 20 items that evaluate PTSD symptoms based on DSM-5 criteria.

The results revealed that the adapted version of the NSESSS-PTSD is a reliable, valid, and culturally sensitive instrument for assessing PTSD symptoms in Portuguese-speaking populations, contributing to cross-cultural research and clinical practice in Portugal and Angola. Further studies with more representative samples from both countries are needed to consolidate these findings.

## Keywords

Post-Traumatic Stress Disorder; war-related trauma; cross-cultural validation; NSESSS-PTSD; mental health



# Índice

Introdução .....	1
Capítulo I – Fundamentação teórica .....	3
1. Perturbação do Stress Pós-Traumático.....	3
1.1 Definição e conceptualização da PTSD.....	3
1.2 Critérios diagnósticos e sintomatologia .....	4
1.3 Epidemiologia.....	6
1.4 PTSD em contexto de guerra.....	7
1.5 Comorbilidades e alterações neurobiológicas .....	7
1.6 Consequências psicossociais e impacto funcional .....	8
1.7 Abordagens terapêuticas .....	9
1.8 Instrumentos de avaliação existentes .....	10
2. Relevância da adaptação de instrumentos psicológicos.....	12
Capítulo II – Estudo Empírico .....	15
1. Metodologia.....	15
2. Resultados.....	23
3. Discussão .....	33
Capítulo III – Conclusão.....	37
Referências.....	39



# Lista de Tabelas

- Tabela 1 -Caracterização da amostra referente à variável Grupo (N =287)
- Tabela 2 - Caracterização da amostra referente à variável sexo
- Tabela 3 - Caracterização da amostra referente à variável Idade
- Tabela 4 - Caracterização da amostra referente à variável Estatuto
- Tabela 5 - Caracterização da amostra referente à variável Guerra\_Conflito
- Tabela 6 - Caracterização da amostra referente à variável Eventos Marcantes
- Tabela 7 - Teste de Normalidade da Amostra A
- Tabela 8 - Teste de Normalidade da Amostra B
- Tabela 9 – Resultados do teste de Mann-Whitney
- Tabela 10 – Posto médio para as variáveis
- Tabela 11- Teste KMO e Bartlett
- Tabela 12 – Comunalidades
- Tabela 13 - Variância Total Explicada
- Tabela 14 – Cargas fatoriais
- Tabela 15 – Análise paralela
- Tabela 16- Teste KMO e Bartlett
- Tabela 17 – Comunalidades
- Tabela 18 - Variância Total Explicada
- Tabela 19 – Cargas fatoriais
- Tabela 20 – Análise paralela
- Tabela 21 - Cargas fatoriais
- Tabela 22 - AVE e confiabilidade
- Tabela 23 - Consistência interna do NSESSS
- Tabela 24 - Correlações de Spearman entre clusters do NSESSS e PCL-5
- Tabela 25 – Validade de critério – curva de ROC



## Lista de Acrónimos

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AUC	Área sob a curva
AVE	<i>Variância media extraída</i>
BPD	Borderline Personality Disorder
CAPS	<i>Clinician-Administered PTSD Scale</i>
CAPS-CA-5	<i>Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents</i>
CID-11	Classificação Internacional de Doenças
COSMIN	<i>Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments</i>
C-PTSD	<i>Complex PTSD</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition</i>
EMDR	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>
GABA	<i>Gamma-Aminobutyric Acid</i>
HHS	Hipotálamo-hipofisário-supra-renal
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
ITC	<i>International Test Commission</i>
ITQ	<i>International Trauma Questionnaire</i>
JASP	<i>Jeffreys's Amazing Statistics Program</i>
NSESSS-	<i>National Stressful Events Survey PTSD Short Scale</i>
PTSD	Perturbação do Stress Pós-Traumático
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
PCL5	<i>Posttraumatic Checklist for DSM-5</i>
PTSD	<i>Post-traumatic stress disorder</i>
ROC	<i>Receiver Operating Characteristic Curve</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>IBM Statistical Package for the Social Science</i>
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
UBI	Universidade da Beira Interior
WHODAS	<i>WHO Disability Assessment Schedule</i>
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>



# Introdução

O presente estudo, elaborado no âmbito da Unidade Curricular Dissertação do 2º ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade da Beira Interior (UBI) foi realizado no seio do projeto “Perturbação de *Stress* Pós-Traumático nos PALOP e em Portugal: Avaliação, Fatores Sociodemográficos e Estudo Comparativo”.

Este tema é particularmente relevante dado que a história de Angola é marcada por longos períodos de conflito armado, nomeadamente a Guerra de Independência (1961–1975) e a Guerra Civil (1975–2002), e por persistentes carências socioeconómicas e de recursos em saúde mental, cujos impactos psicológicos permanecem uma preocupação significativa e atual (Sousa & Marshall, 2010).

O documento apresenta-se estruturado em formato de dissertação e contempla 3 capítulos principais. O Capítulo I apresenta o enquadramento teórico, descrevendo a PTSD, a sua conceptualização, critérios diagnósticos, epidemiologia, impacto psicossocial, principais comorbilidades e abordagens terapêuticas. Além disso, aborda os instrumentos de avaliação disponíveis e discute a relevância da adaptação transcultural destes para diferentes contextos culturais.

O Capítulo II descreve o estudo empírico, incluindo metodologia, caracterização da amostra, instrumentos utilizados e procedimentos estatísticos aplicados. Esta secção integra também o processo de tradução, adaptação e validação psicométrica da *National Stressful Events Survey PTSD Short Scale* (NSESSS) para as populações portuguesa e angolana. São detalhados os métodos de recolha de dados, os critérios de inclusão e exclusão, bem como as análises estatísticas necessárias à avaliação das propriedades psicométricas do instrumento.

O Capítulo III apresenta as principais conclusões do estudo, assim como as limitações, potencialidades e perspetivas de estudos futuros na mesma temática.

Assim, esta investigação visa contribuir para a disponibilização de uma ferramenta breve, válida e fidedigna que possa ser utilizada tanto em contexto clínico como em investigação, adequada às especificidades culturais de Portugal e Angola, e que promova uma avaliação mais precisa e eficaz da PTSD.



# Capítulo I – Fundamentação teórica

Este capítulo tem como objetivo apresentar uma abordagem teórica aprofundada sobre a PTSD. De forma organizada, serão explorados a sua definição e conceptualização, os critérios de diagnóstico e sintomatologia, os dados de epidemiologia e etiologia, bem como as principais comorbidades, consequências clínicas e psicossociais. Serão igualmente descritas as abordagens terapêuticas mais utilizadas e discutida a importância da adaptação e validação de instrumentos de avaliação psicológica, com destaque para a sua relevância na precisão diagnóstica e na promoção de uma prática clínica e investigação científica baseadas na evidência.

## 1. Perturbação do Stress Pós-Traumático

### 1.1 Definição e conceptualização da PTSD

Segundo Pinto et al. (2012), as experiências humanas podem ser agrupadas em dois tipos de situações: a primeira refere-se à necessidade de adaptação rápida e contínua que a vida atual exige, através das estratégias de *coping*, permitindo lidar de forma positiva com a maioria das situações. Em contrapartida, e segundo os últimos autores, na segunda situação, há circunstâncias que impõem exigências extremas e que ultrapassam as possibilidades de adaptação imediata dos indivíduos. Deste modo, distingue-se o conceito de *stress* e de trauma (Pinto et al., 2012).

Farinha Pereira (2012) explica que o trauma psíquico tem sido amplamente estudado em diversas abordagens da Psicologia, sendo definido como um evento inesperado e de grande impacto emocional, que excede a capacidade do indivíduo de lidar com a situação. Originalmente, o termo *trauma* era usado na medicina para descrever ferimentos físicos, mas foi progressivamente incorporado à Psicologia para caracterizar danos emocionais e os seus efeitos a longo prazo. Etimologicamente, o termo tem origem no grego e significa “ferida” ou “lesão”, aplicando-se, assim, tanto a lesões físicas como emocionais (Kolaitis & Olf, 2017).

De acordo com Lazarus (1999), o *stress* associa-se a um processo de adaptação que pressupõe que a pessoa é capaz de lidar com os acontecimentos sem desenvolver sintomas severos de desadaptação. Contudo, há contextos extremos em que a pessoa não é capaz de lidar de forma funcional, resultando em estados de pânico, desespero e depressão. O trauma está, assim, associado a uma disfunção dos mecanismos cognitivos e de *coping*, resultando na perceção de um acontecimento como traumático e ao desenvolvimento de respostas desadaptativas, incluindo a PTSD (Lazarus, 1999).

Sbardelloto et al. (2011) descrevem a PTSD como um conjunto de sintomas envolvendo altos níveis de ansiedade e episódios em que o indivíduo revive, involuntariamente, o evento traumático. Estes autores estimam que a perturbação atinja cerca de 6,8% da população geral.

A PTSD foi oficialmente reconhecida como diagnóstico em 1980, com a publicação do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition* (DSM-III), após forte mobilização de investigadores e veteranos da Guerra do Vietname (Bryant, 2019). Antes disso, fenómenos semelhantes já eram descritos sob outras designações como “neurose de guerra” ou “choque de bombas”, principalmente durante a Primeira e a Segunda Guerras Mundiais (Crocq & Crocq, 2000).

## **1.2 Critérios diagnósticos e sintomatologia**

De acordo com a American Psychiatric Association (2022), a PTSD é uma condição psiquiátrica que pode ocorrer após a vivência ou testemunho de um evento traumático, uma série de eventos ou um conjunto de circunstâncias. Estas experiências podem ser percebidas como algo emocional ou fisicamente prejudicial ou com risco de vida e pode afetar o bem-estar mental, físico, social e/ou espiritual.

Esta condição clínica, segundo o National Center for PTSD (2025), caracteriza-se por quatro categorias de sintomas que devem persistir, pelo menos, um mês:

1. **Intrusão:** inclui pensamentos intrusivos, memórias indesejadas e perturbadoras, pesadelos recorrentes, *flashbacks*, sensação ou ação como se o evento ainda estivesse a ocorrer, angústia intensa ou reatividade física quando exposto a pessoas, locais ou conversas relacionadas com o trauma;
2. **Evasão:** envolve o evitamento de situações, pessoas, pensamentos ou sentimentos relacionados com o trauma, bem como a evitação de recordações ou lembretes do evento traumático;
3. **Alterações negativas na cognição e no humor:** engloba a incapacidade de recordar aspetos importantes do trauma, pensamentos ou crenças excessivamente negativas sobre si próprio ou sobre o mundo, atribuição exagerada de culpa a si ou a outros pelo acontecimento, afeto negativo persistente, diminuição do interesse ou participação em atividades significativas, sensação de isolamento social e dificuldade em experimentar emoções positivas;
4. **Alterações na excitação e reatividade:** inclui irritabilidade ou agressividade, comportamentos de risco ou destrutivos, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, dificuldades de concentração e perturbações do sono.

A primeira descrição dos sintomas desta patologia remonta a cerca de 4 000 anos atrás, associada à destruição de cidades, com registos de perturbação do sono na população (Ben-Ezra, 2002; Pinto et al., 2012). Posteriormente, foram descritos sintomas semelhantes entre combatentes da Guerra de Tróia e, em contexto nacional, após o terramoto de 1755 (Pinto et al., 2012).

Segundo este último autor, a Guerra do Vietname (1959-1975) foi determinante para a consolidação de PTSD como diagnóstico formal, dado a frequência e sistematicidade dos sintomas relatados pelos veteranos.

O DSM-I e o DSM-II ancoravam esta perturbação numa vulnerabilidade prévia da pessoa, sendo que o DSM-I nomeava como Grande Reação de Stress (*Gross Stress Reaction*), e caracterizava-a como resposta a um trauma grave, enquanto o DSM-II (1968-1980) designava por Perturbação Situacional Transitória (*Transient Situational Disturbance*) e incluía nas reações de adaptação do adulto (Pinto et al., 2012).

De acordo com o autor anterior citado, em 1980, foi introduzida na classificação oficial de perturbações psiquiátricas no DSM-III, enquanto perturbação de ansiedade, com a designação de Perturbação do Stress Pós-Traumático (*Post Traumatic Stress Disorder*), classificação esta que se manteve na sua edição revista, DSM-III-R (1987), no DSM-IV (1996), e na atual edição revista DSM-IV-TR (2002).

No DSM-III, a PTSD é definida como um síndrome caracterizado por três sintomas centrais que podem surgir como reação a qualquer tipo de acontecimento traumático: **(1)** sintomas de intrusão – reexperienciar o acontecimento de forma intrusiva; **(2)** sintomas de evitamento - de qualquer estímulo evocador do acontecimento - e embotamento da reatividade geral; e **(3)** sintomas de reatividade aumentada - designadamente fisiológica, da capacidade de concentração, hipervigilância, entre outros (Pinto et al., 2012).

Segundo Sbardelloto et al. (2011), no DSM-III, o diagnóstico exigia a experiência direta de um evento ameaçador à vida, excluindo indivíduos que testemunharam situações traumáticas. Já no DSM-III-R de 1987, passou a ser considerado que testemunhar um evento traumático também poderia levar ao desenvolvimento da patologia. No DSM-IV, que data de 1994, o critério de exposição ao trauma foi ampliado para incluir não apenas a gravidade objetiva do evento, mas também a resposta emocional do indivíduo, como medo intenso, horror ou desamparo (Sbardelloto et al., 2011). Essa mudança, segundo este último autor, ocorreu devido a evidências clínicas indicarem que eventos quotidianos, como assaltos ou acidentes, também poderiam desencadear sintomas de PTSD. Essa abordagem foi mantida na revisão do DSM-IV-TR (2002), consolidando a patologia como uma condição caracterizada por revivência persistente do trauma, evitação de estímulos associados ao

evento e hiperexcitação (Sbardelloto et al., 2011). Como mencionado anteriormente, o DSM-5-TR reorganizou o diagnóstico em quatro categorias de sintomas: Intrusão, Evasão, Alterações negativas na cognição e no humor e Alterações de excitação e reatividade. Além disso, foram introduzidos especificadores para formas dissociativas, despersonalização e desrealização, e para casos de início tardio (National Center for PTSD, 2025).

No manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, na sua 11<sup>a</sup> edição (CID-11), a abordagem da PTSD é mais concisa, centrando-se em três domínios principais: (1) Reexperienciar um ou mais eventos traumáticos na forma de memórias vívidas e intrusivas, flashbacks ou pesadelos, geralmente acompanhados por emoções intensas como medo ou horror, fortes sensações físicas e a sensação de ser oprimido ou imerso nas mesmas emoções vivenciadas durante o evento traumático; (2) Evasão de pensamentos e memórias relacionadas com o trauma, ou evitamento de atividades, situações ou pessoas que lembrem o evento; (3) Estado persistente de ameaça contínua, manifestada por hipervigilância ou resposta de sobressalto exagerada a estímulos inesperados, como ruídos súbitos (World Health Organization, 2018).

Segundo a WHO (2018), os sintomas devem persistir por várias semanas e causar prejuízo significativo no funcionamento pessoal, familiar, educacional, ocupacional ou em outras áreas sociais importantes.

Além disso, a CID-11 introduz o conceito de PTSD complexo, caracterizado pela presença adicional de dificuldades persistentes na regulação emocional, relacionamentos interpessoais disfuncionais e uma imagem negativa de si mesmo (World Health Organization, 2018).

### **1.3 Epidemiologia**

Estudos epidemiológicos mostram que a exposição a eventos traumáticos é bastante comum, mas a prevalência de PTSD varia conforme a região geográfica, critérios diagnósticos utilizados, método de avaliação e características da amostra (Koenen et al., 2017).

A PTSD tem uma incidência estimada em cerca de 7% da população (10% em mulheres e 5% em homens), com uma prevalência de cerca de 1,1% na Europa, e de 3,6% nos EUA (Araújo, 2025). Segundo este último autor, a patologia é mais frequente no sexo feminino, embora os homens tenham maior probabilidade de experienciar eventos traumáticos. No sexo masculino, ocorre sobretudo após experiências violentas, como combate e acidentes de trabalho, enquanto no sexo feminino, está frequentemente associada a abuso físico e violência sexual.

Segundo Koenen et al. (2017), existe uma prevalência global de PTSD de cerca de 3,9% para a população geral, e 5,6% entre aqueles que foram expostos a trauma. Estes últimos autores referem também que países com histórias de conflito, catástrofes naturais ou violência sistemática tendem a apresentar prevalências mais elevadas, sobretudo em subgrupos vulneráveis, como refugiados ou populações com menor apoio social ou económico (Atwoli et al., 2015; Koenen et al., 2017).

Relativamente ao contexto angolano, a escassez de informação resulta numa lacuna de conhecimento que impede a caracterização precisa da prevalência de PTSD, assim como a identificação dos fatores de risco e das necessidades específicas da população. A evidência disponível limita-se a estudos com amostras específicas, como mulheres expostas à guerra, profissionais de saúde ou militares, não permitindo generalizações para a população em geral.

#### **1.4 PTSD em contexto de guerra**

Estudos indicam que veteranos de guerra apresentam taxas de PTSD entre 12% e 20%, dependendo do contexto cultural e histórico (Silva et al., 2018). Além dos sintomas centrais anteriormente descritos, frequentemente enfrentam dificuldades psicossociais, como isolamento social, agressividade e maior vulnerabilidade a comorbilidades, incluindo depressão e abuso de substâncias (Heinz et al., 2015).

Em Portugal, um estudo com uma amostra de 350 veteranos da Guerra Colonial revelou que 39% preenchiam os critérios diagnósticos para PTSD e 50% apresentavam níveis elevados de sofrimento psicológico (Maia et al., 2011). Além disso, e segundo estes últimos autores, a exposição a eventos traumáticos durante a guerra foi associada a uma maior prevalência de problemas de saúde física e mental, incluindo dores crónicas, fadiga e distúrbios gastrointestinais.

Comparativamente, estudos internacionais indicam que veteranos da Guerra do Vietname apresentam taxas de PTSD entre 15% e 30%, enquanto envolvidos nas guerras do Afeganistão e do Iraque apresentam prevalências de 13% a 20%, refletindo diferenças nas experiências de combate, na duração do conflito e nos recursos de apoio disponíveis (Hoge et al., 2004; Tanielian & Jaycox, 2008).

#### **1.5 Comorbilidades e alterações neurobiológicas**

Um dos principais desafios na formulação diagnóstica da PTSD deriva da elevada taxa de comorbilidade (Câmara Filho e Sougey 2001). Estes últimos autores referem que aproximadamente 80% dos indivíduos com este diagnóstico de PTSD apresentam

pelo menos uma comorbilidade psiquiátrica, sendo mais frequentes a depressão major, a perturbação de ansiedade generalizada e o abuso de substâncias.

Em contextos específicos, como em veteranos de guerra, as taxas de comorbilidade revelam-se ainda mais elevadas (Klaric et al., 2017). Estes autores identificaram que aproximadamente 97,4% dos veteranos diagnosticados com PTSD apresentavam comorbilidade psiquiátrica, frequentemente acompanhada por problemas somáticos crónicos.

De forma semelhante, Walter et al. (2018) conduziu um estudo realizado com membros ativos das Forças Armadas dos Estados Unidos, no período de 2006 a 2013. Este estudo revelou que 1,8% dos militares apresentavam diagnóstico de PTSD e destes, cerca de 83,3% apresentavam pelo menos uma comorbilidade psiquiátrica, destacando-se a perturbação depressiva (49,0%), a perturbação de ajustamento (37,0%), a perturbação de ansiedade generalizada (36,1%) e a perturbação por uso de álcool (26,9%) (Walter et al., 2018).

Para além da elevada taxa de comorbilidade com perturbações psiquiátricas, a PTSD apresenta ainda impacto neurobiológico significativo no ser humano. Guerreiro et al. (2007) identificam impactos associados à PTSD, como disfunção do eixo hipotálamo-hipofisário-supra-renal (HHS), redução dos níveis de serotonina e GABA, hiperatividade da amígdala – estrutura central na resposta ao medo - e alterações estruturais no hipocampo, que comprometem a memória e a regulação emocional. Em consonância, González-Bracamonte & Alvarenga (2022) salientam que a PTSD se relaciona com dificuldades acrescidas de adaptação a mudanças, défices na supressão de respostas automáticas e prejuízos na memória de trabalho, estando, então, implicadas alterações funcionais no córtex pré-frontal dorsolateral, no hipocampo e na amígdala.

## **1.6 Consequências psicossociais e impacto funcional**

A PTSD não se limita a sintomas subjetivos de ansiedade ou memórias traumáticas, ela exerce um impacto abrangente na vida diária, social, ocupacional e física dos indivíduos afetados (Atwoli et al., 2015).

Veteranos com PTSD apresentam alterações neuroendócrinas, nomeadamente altos níveis de cortisol, associados a dores crónicas e doenças cardiovasculares (Silva et al., 2018). Estes autores, ressaltam ainda que a resposta neuroendócrina ao trauma reforça a necessidade de abordagens integradas que considerem tanto os aspetos psicológicos quanto os biológicos.

Outros indicam que indivíduos com PTSD apresentam um risco maior para doenças cardiovasculares, com uma incidência que pode ser entre 25% a 50% superior em comparação à população geral (Coughlin, 2011).

Começanha e Maia (2011) investigaram fatores associados ao uso de serviços de saúde por ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa. Os resultados indicaram que indivíduos com PTSD recorrem com maior frequência a consultas médicas devido a queixas somáticas, como dor crónica e insónia, bem como a elevados níveis de neuroticismo. Estes autores associam o baixo apoio social a uma maior dependência de consultas especializadas, sugerindo que intervenções que fortaleçam redes de suporte podem reduzir a carga sobre os sistemas de saúde.

Segundo Vieira et al. (2021), a legislação portuguesa evoluiu gradualmente, consolidando a proteção dos ex-militares, no entanto, a inclusão da saúde mental nesse contexto manteve-se marginal até ao final do século XX. Durante a Guerra Colonial (1961-1974), as políticas públicas estavam predominantemente focadas na atribuição de pensões de invalidez e compensações materiais, sem um enfoque significativo na saúde psicológica dos militares (Vieira et al., 2021).

Referido pelos autores anteriores, com a Lei n.º 46/99, de 16 de junho, reconheceu-se formalmente a PTSD como sendo uma perturbação psicológica crónica e por tal com critério para a atribuição do estatuto de Deficiente das Forças Armadas. Esta legislação representou um avanço importante ao incluir veteranos com PTSD na proteção social do Estado, expandindo os serviços de acompanhamento psicológico e a rede de apoio aos ex-combatentes (Vieira et al., 2021).

### **1.7 Abordagens terapêuticas**

A compreensão do trauma como parte de um *continuum* sugere que intervenções precoces, antes da manifestação completa da PTSD, podem ser eficazes na prevenção do agravamento da perturbação e no surgimento de comorbilidades (Marques Pinto et al., 2012). Além disso, é fundamental que as intervenções sejam sensíveis às especificidades culturais, aumentando a eficácia do tratamento, particularmente em veteranos e populações militares (Silva et al., 2018).

A literatura aponta para a importância da combinação de terapias farmacológicas e psicoterapêuticas na mitigação dos efeitos do trauma no funcionamento cerebral (Guerreiro et al., 2007). Para estes autores, o uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) é recomendado para reduzir sintomas de hiperexcitabilidade, ansiedade exacerbada, irritabilidade e perturbações do sono.

No domínio da psicoterapia, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem demonstrado elevada eficácia na reestruturação cognitiva e no processamento do

trauma (Câmara Filho & Sougey, 2001). Estes autores defendem, ainda, que a terapia de dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR) também apresenta resultados consistentes na redução de sintomas de PTSD.

Apesar do foco nas terapias psicológicas, a farmacoterapia mantém um papel fundamental, especialmente em casos moderados a severos, bem como em sintomas persistentes de hipervigilância, perturbações do sono e irritabilidade (Zhao et al., 2025). As diretrizes clínicas como as do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), recomendam a utilização de farmacoterapia quando a psicoterapia não está disponível ou não produz efeito imediato, sendo que intervenções combinadas tendem a apresentar melhores resultados (Zhao et al., 2025).

## **1.8 Instrumentos de avaliação existentes**

Tal como já foi referido, a avaliação da PTSD é fundamental para um diagnóstico precoce e rápida intervenção. Na literatura surgem diversos instrumentos de avaliação psicológica que podem ser utilizados na avaliação psicológica de indivíduos com suspeita de PTSD. Passamos agora a apresentar alguns desses instrumentos.

Um dos instrumentos mais referidos na literatura é o *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS), que se caracteriza por ser um instrumento semiestruturado amplamente utilizado para avaliar a gravidade dos sintomas da PTSD em adultos, sendo que a versão mais recente, o CAPS-5, inclui 30 *itens* que avaliam a frequência e a intensidade dos sintomas através de uma escala de 0 a 4, permitindo uma avaliação quantitativa da gravidade dos sintomas (National Center for PTSD, 2023). Existe uma versão deste mesmo instrumento para crianças e adolescentes *Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents* (CAPS-CA-5) que na linha da versão para adultos tem como objetivo auxiliar o diagnóstico de PTSD em crianças e adolescentes, de acordo com os critérios do DSM-5 (National Center for PTSD, 2019). Esta versão foi validada para a população portuguesa por Barroca e colaboradores (2022).

Outro instrumento de referência é o *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5), um questionário de autorrelato destinado a avaliar a presença e a severidade dos sintomas de PTSD de acordo com os critérios do DSM-5 (Carvalho et al., 2020). Este instrumento consiste em 20 *itens* que abrangem os quatro *clusters* de sintomas — reexperiência, evitamento, alterações negativas em cognições e humor, e hiperativação — pontuados numa escala *Likert* de 0 a 4, permitindo calcular tanto uma pontuação total como pontuações por *cluster*. Este instrumento revela-se útil em contextos de triagem, avaliação clínica e investigação (Carvalho et al., 2020).

Um instrumento também amplamente utilizado para a avaliação dos sintomas de perturbações relacionadas com o trauma é o *International Trauma Questionnaire* (ITQ), desenvolvido por Cloitre e colaboradores para avaliar sintomas de PTSD, *Complex PTSD* (C-PTSD) de acordo com os critérios da CID-11 (Guerreiro et al., 2020). A versão portuguesa do ITQ foi validada por Guerreiro e colaboradores (2020), seguindo um processo de tradução, retroversão e consenso sobre a versão final do instrumento, sendo composta por 18 *itens* distribuídos por seis subescalas (Guerreiro et al., 2020).

Relativamente à avaliação de sintomas de PTSD em contextos angolanos, observa-se uma escassez significativa de instrumentos psicométricos validados especificamente para esta população. Apesar da existência de escalas robustas em outros países africanos, como a versão em Shona do *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5) validada no Zimbábue (Verhey et al., 2018), não há registos de adaptações ou validações formais destes instrumentos para contextos angolanos. Esta lacuna evidencia a necessidade de estudos futuros que considerem as particularidades culturais, linguísticas e contextuais da população de Angola, de forma a garantir que os instrumentos utilizados em investigação ou prática clínica sejam fiáveis, válidos e culturalmente sensíveis.

## **2. Relevância da adaptação de instrumentos psicológicos**

A validação e adaptação de instrumentos de avaliação psicológica torna-se essencial para garantir que as decisões clínicas e de investigação, em psicologia, se baseiem em dados fiáveis, válidos e interpretáveis (American Educational Research Association [AERA], 2014). Alguns estudos destacam que a seleção de um instrumento deve assentar em provas claras das suas propriedades psicométricas (consistência interna, validade de conteúdo, estrutura fatorial, fiabilidade teste–reteste, sensibilidade/especificidade e evidência de validade de critério), bem como na transparência do processo de revisão e na avaliação do risco de viés dos estudos de validação (Mokkink et al., 2024; Prinsen et al., 2018). Diretrizes e normas internacionais, como o *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) e os *Standards for Educational and Psychological Testing*, enfatizam a necessidade de procedimentos padronizados para evitar a utilização de medidas com qualidade insuficiente que possam conduzir a decisões clínicas erradas (AERA, 2014; Mokkink et al., 2024).

Assim, adaptação de instrumentos psicológicos constitui um processo complexo, que requer planeamento cuidadoso e rigor científico, a fim de assegurar a preservação do conteúdo, das propriedades psicométricas e da validade para a população-alvo (Borsa et al., 2012). Para além destes aspetos, é igualmente fundamental a adequação cultural, garantindo que o instrumento seja apropriado e aplicável ao novo contexto em que será utilizado (Borsa et al., 2012).

No caso específico de Angola, um dos grupos-alvo de estudo neste projeto, é um país que enfrentou quase quatro décadas de conflitos armados, incluindo a Guerra de Independência (1961-1975) e a Guerra Civil (1975-2002), e que está em situação de paz desde 2002, os impactos psicológicos do conflito continuam a ser uma preocupação significativa (Sousa & Marshall, 2010). Estudos indicam que a ansiedade, o trauma e a depressão afetam tanto adultos quanto crianças, refletindo as consequências prolongadas da exposição à violência e ao deslocamento forçado (Ventura & Chaves, 2019), destacando a necessidade de instrumentos breves e fiáveis que permitam identificar sintomas de PTSD de forma eficiente e culturalmente sensíveis (Sousa & Marshall, 2010; Ventura & Chaves, 2019).

Começanha e Maia (2011), como referido anteriormente, relataram maior prevalência de PTSD em ex-combatentes, associada a um aumento na procura por serviços de saúde devido a queixas físicas e emocionais. O mesmo é observado em populações angolanas afetadas pela guerra, exigindo ferramentas adequadas para

diagnóstico e tratamento. Por tal, alguns autores consideram que a validação de instrumentos de avaliação psicológica em países africanos, como Angola, é particularmente relevante devido à elevada exposição a eventos traumáticos relacionados com conflitos armados, deslocamento forçado, violência comunitária e desigualdades socioeconómicas persistentes (Bovey et al., 2024).

Os instrumentos psicológicos frequentemente utilizados para avaliar PTSD, como o *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-5), foram desenvolvidos em contextos ocidentais, contudo, a sua aplicação em países africanos requer adaptações rigorosas e cuidadosas, de modo a assegurar que sejam sensíveis às especificidades culturais e linguísticas das populações avaliadas (Hambleton et al., 2005).

Em Angola, os sintomas de trauma podem ser expressos de formas culturalmente específicas. Por exemplo, as manifestações de sofrimento psicológico podem ser descritas em termos somáticos ou espirituais, como dores no corpo ou maldições, o que pode não ser capturado por instrumentos ocidentais (Kohrt et al., 2011).

Instrumentos como a *WHO Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0) já passaram por adaptações bem-sucedidas em Angola, demonstrando que é possível criar instrumentos culturalmente sensíveis (Sousa & Marshall, 2010). Outros exemplos é a adaptação do *Child PTSD Symptom Scale* para o Nepal, incorporando termos culturais relevantes para expressar sofrimento psicológico (Kohrt et al., 2011) e a validação de ferramentas para medir depressão em Uganda, demonstrando que inclusão de descritores locais melhora a sensibilidade do diagnóstico (Bolton et al., 2007).

Tendo em conta a revisão da literatura efetuada, que salienta a importância do estudo da PTSD associada a históricos de conflito em Portugal e Angola, bem como a complexa sintomatologia e comorbilidade da perturbação, e a necessidade crítica de instrumentos de avaliação breves, válidos e culturalmente adaptados para um rastreio e diagnóstico eficazes, torna-se premente responder à seguinte questão de investigação: Quais são as propriedades psicométricas (fiabilidade e validade) da versão adaptada da *National Stressful Events Survey Short Scale* (NSESSS) para a população portuguesa e para a população angolana, e como se comparam entre si? Este estudo pretende, assim, não apenas contribuir com uma ferramenta de avaliação robusta para ambos os contextos nacionais, mas também compreender as nuances transculturais na manifestação e avaliação da PTSD.



# Capítulo II – Estudo Empírico

Com base na fundamentação teórica apresentada, que salienta a necessidade de instrumentos de rastreio de PTSD válidos e culturalmente adaptados para as populações portuguesa e angolana, o presente capítulo descreve o desenho metodológico do estudo empírico realizado. Serão detalhados os objetivos e hipóteses que orientaram a investigação, as características da amostra, os instrumentos utilizados, os procedimentos de recolha de dados e as estratégias de análise estatística empregues.

## 1. Metodologia

Esta secção tem como propósito descrever a metodologia adotada no presente estudo. Inicialmente, é apresentada uma visão geral da investigação, assim como o processo para a validação de artigos, seguida da caracterização sociodemográfica dos participantes. Posteriormente, são descritos os instrumentos utilizados na recolha de dados e, por fim, os procedimentos estatísticos aplicados na sua análise. Todos estes procedimentos são importantes para dar resposta à questão de investigação.

Nesta linha, o estudo aqui apresentado tem como objetivo geral a adaptação, validação e comparação das propriedades psicométricas do *National Stressful Events Survey Short Scale* (NSESSS) para as populações portuguesa e angolana. Dentro deste objetivo geral foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Realizar a adaptação transcultural da NSESSS para o português de Portugal e para o português de Angola, garantindo a equivalência conceptual, semântica e cultural.
- 2) Analisar a estrutura fatorial da NSESSS nas amostras portuguesa e angolana.
- 3) Avaliar a fiabilidade (consistência interna) da NSESSS em ambas as amostras.
- 4) Investigar a validade convergente da NSESSS através da sua correlação com a *Posttraumatic Checklist for DSM-5* (PCL-5).
- 5) Comparar as propriedades psicométricas (estrutura fatorial, fiabilidade e validade convergente) da escala entre as amostras portuguesa e angolana.
- 6) Explorar pontos de corte clínicos para a NSESSS adequados a cada contexto cultural.

Tendo por base a revisão da literatura, os objetivos deste estudo e para dar resposta à questão de investigação elaboramos as seguintes hipóteses:

**H1:** A estrutura fatorial unidimensional da NSESSS apresentará um ajustamento adequado entre as amostras portuguesa e angolana.

**H2:** A NSESSS demonstrará uma elevada consistência interna ( $\alpha$  de *Cronbach* > .80) em ambas as versões (portuguesa e angolana).

**H3:** A NSESSS apresentará uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa ( $r > .70$ ) com a PCL-5, evidenciando uma boa validade convergente em ambos os contextos.

**H4:** (Hipótese Exploratória) Serão identificadas diferenças significativas nas propriedades psicométricas (e.g., estrutura fatorial, magnitude das correlações) da NSESSS entre as amostras portuguesa e angolana, refletindo influências culturais na manifestação e medição dos sintomas de PTSD.

## 1.1 Apresentação do Estudo

O presente estudo fundamenta-se numa investigação de natureza quantitativa, de tipologia transversal, apresentando um design de investigação correlacional. Baseia-se na recolha e no tratamento estatístico e sistemáticos de dados, com a finalidade de validar o instrumento para os contextos referidos.

## 1.2 Método

### 1.2.1 Procedimento

O presente estudo enquadra-se no projeto: Perturbação de *Stress* Pós-Traumático nos PALOP e em Portugal: Avaliação, Fatores Sociodemográficos e Estudo Comparativo, tendo obtido aprovação pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior com o código n.º CE-UBI-Pj-2025-020. Após esta aprovação, foi iniciado o processo de validação do instrumento NSESSS para os contextos de Portugal e Angola. A adaptação seguiu as etapas propostas por Borsa et al. (2012):

1. **Tradução inicial** – realizada por dois tradutores bilíngues independentes, com o objetivo de reduzir possíveis enviesamentos linguísticos ou culturais;
2. **Síntese das traduções** – comparação e ajuste das versões traduzidas para assegurar equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceptual;
3. **Avaliação por juízes especialistas** – revisão da versão traduzida, garantindo a adequação cultural e a pertinência dos *itens*;

4. **Avaliação pelo público-alvo** – aplicação experimental junto de uma pequena amostra representativa da população, para verificar a clareza dos *itens*;
5. **Tradução reversa e estudo piloto** – realizados para confirmar a precisão da adaptação;
6. **Validação psicométrica** – conduzida com o intuito de assegurar que o instrumento mantivesse a sua estrutura, consistência interna e validade no novo contexto cultural.

Após a conclusão da fase de adaptação, procedeu-se à divulgação dos questionários sendo que os participantes receberam a apresentação do projeto de investigação, a descrição dos seus principais objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como instruções relativas ao preenchimento dos instrumentos. Em ambos os contextos, foi recolhida amostra de conveniência.

Os critérios de inclusão na amostra assentam em: **a)** adultos (maior 18 anos); **b)** nacionalidade portuguesa e angolana; **c)** fluência em português.

Relativamente aos critérios de exclusão: **a)** menores de 18 anos; **b)** não-fluente em português; **c)** nacionalidade estrangeira (fora portuguesa e angolana) e **d)** não responder ao instrumento de avaliação na íntegra.

### 1.3 Participantes

A amostra deste estudo contava inicialmente com 289 participantes, mas devido à aplicação dos critérios de exclusão, a amostra total passou a 287 participantes (ver tabela 1). Para fins de comparação e validação do instrumento NSESSS em dois contextos distintos, os participantes foram divididos em dois grupos, sendo o grupo A – Portugal (n=158) e o grupo B – Angola (n =129).

Para o tamanho amostral, a literatura apresenta recomendações divergentes (Boateng et al., 2018). Estes últimos autores referem que existe como regra prática a utilização de 5 a 10 participantes por *item* da escala, enquanto outros defendem que amostras superiores a 300 sujeitos oferecem maior robustez para análises fatoriais e psicométricas.

Neste estudo, a amostra (pode ser observada na tabela 1) de 158 participantes no grupo A pode ser considerada dentro do rácio aceitável, ao passo que a amostra de 129 participantes no grupo B, embora ligeiramente abaixo do recomendado, permanece metodologicamente defensável por corresponder a cerca de 14,5 participantes por *item* (Boateng et al., 2018).

Nos gráficos descritivos dos dados sociodemográficos optou-se por incluir os *missing values*, identificados como categoria separada (“sem resposta”), de modo a

garantir uma visualização completa da distribuição das respostas. No entanto, para as análises estatísticas subsequentes (descritivas e inferenciais), os *missing values* foram excluídos, assegurando a consistência e o rigor dos resultados apresentados.

**Tabela 1**

*Caracterização da amostra referente à variável Grupo (N =287)*

	<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>
<b>Válido</b>	A	158	55.1	55.1
	B	129	44.9	44.9
	<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

No que concerne à análise da amostra face ao sexo, constata-se, tal como relatado na tabela 2, que o grupo A, quarenta e três (43) participantes (27.2%) são do sexo feminino e cento e catorze (114) participantes (72.2%) do sexo masculino. Neste grupo existiu um valor omissos (0.6%) (ver tabela 2). No grupo B, setenta e nove (79) participantes (61.2%) são do sexo feminino e quarenta e sete (47) participantes (36.4%) são do sexo masculino. Neste grupo existiram 3 valores omissos (2.3%) (ver tabela 2).

**Tabela 2**

*Caracterização da amostra referente à variável sexo*

	<b>Grupo</b>	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>
<b>Válido</b>	A	Feminino	43	27.2	27.4
		Masculino	114	72.2	72.6
		<b>Total</b>	157	99.4	100.0
<b>Válido</b>	B	Feminino	79	61.2	62.7
		Masculino	47	36.4	37.3
		<b>Total</b>	126	97.7	100.0

A variável Idade foi distribuída por categorias, sendo que para o grupo A, o intervalo com maior prevalência foi o de +55 anos (57.6%). Neste grupo existiram 2 valores omissos (1.3%) (ver tabela 3).

No grupo B, o intervalo mais prevalente foi o de 18-25 anos (38%). Neste grupo existiram 3 valores omissos (2.3%) (ver tabela 3).

**Tabela 3***Caracterização da amostra referente à variável Idade*

	<b>Grupo</b>	<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>
<b>Válido</b>	A	18-25 anos	2	1.3	1.3
		26-35 anos	8	5.1	5.1
		36-45 anos	17	10.8	10.9
		46-55 anos	38	24.1	24.4
		+ 55 anos	91	57.6	58.3
		<b>Total</b>	156	98.7	100.0
<b>Válido</b>	B	18-25 anos	49	38.0	38.9
		26-35 anos	43	33.3	34.1
		36-45 anos	18	14.0	14.3
		46-55 anos	10	7.8	7.9
		+ 55 anos	6	4.7	4.8
		<b>Total</b>	126	97.7	100.0

No que concerne ao estatuto, dividido entre “civil” e “militar”, o grupo A, com 1 valor omissos (0.6%), é representado maioritariamente por civis (51.9%) (ver tabela 4).

No grupo B, a maior percentagem pertence também ao grupo “civil” (93.8). Conta com 1 valor omissos (0.8%) (ver tabela 4).

**Tabela 4***Caracterização da amostra referente à variável Estatuto*

	<b>Grupo</b>	<b>Estatuto</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>
<b>Válido</b>	A	Civil	82	51.9	52.2
		Militar	75	47.5	47.8
		<b>Total</b>	157	99.4	100.0
<b>Válido</b>	B	Civil	121	93.8	94.5
		Militar	7	5.4	5.5
		<b>Total</b>	128	99.2	100.0

Referente à variável “Guerra\_Conflito”, no grupo A, 98 participantes não participaram na guerra (62%) (ver tabela 5).

Relativamente ao grupo B, com 3 valores omissos (2.3%), sendo a amostra maioritariamente de estudantes, apenas 7 colocaram “participou” (5.4%) (ver tabela 5).

**Tabela 5**

*Caracterização da amostra referente à variável Guerra\_Conflito*

	<b>Grupo</b>	<b>Guerra_Conflito</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>
<b>Válido</b>	A	Não participou	98	62	62
		Participou	60	38	38
	<b>Total</b>		158	100.0	100.0
<b>Válido</b>	B	Não participou	121	93.8	94.5
		Participou	7	5.4	5.5
	<b>Total</b>		128	99.2	100.0

A variável referente a “Eventos Marcantes”, relativamente o grupo A, apresenta 8 tipos de eventos que marcaram a população em estudo, sendo as categorias mais evidentes: “perdas/mortes e saúde” (22.8%); “família e relacionamentos” (17.1%); e “guerras e conflitos” (16.5%). Este grupo contém 48 dados omissos (30.4%) (ver tabela 6).

O grupo B, também com 48 dados omissos (37.2), a categoria com maior prevalência foi: “perdas/morte e saúde” (22.5%); seguida de “família e relacionamentos” (14.7%); e “educação e carreira” (7.8%) (ver tabela 6). Neste grupo é adicionada uma categoria, não presente no grupo A, “espiritualidade” (1.6%).

**Tabela 6**

*Caracterização da amostra referente à variável Eventos Marcantes*

	<b>Grupo</b>	<b>Eventos marcantes</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>
<b>Válido</b>	A	Perdas/morte e saúde	36	22.8	32.7
		Acidentes e traumas	11	7.0	10.0
		Família e relacionamentos	27	17.1	24.5
		Educação e carreira	4	2.5	3.6
		Conquistas e celebrações	2	1.3	1.8
		Guerras e conflitos	26	16.5	23.6
		Migrações e deslocamentos	3	1.9	2.7
		Perdas materiais e crimes	1	0.6	0.9

		<b>Total</b>	110	69.6	100.0
<b>Válido</b>	B	Perdas/morte e saúde	29	22.5	35.8
		Acidentes e traumas	8	6.2	9.9
		Família e relacionamentos	19	14.7	23.5
		Educação e carreira	10	7.8	12.3
		Espiritualidade	2	1.6	2.5
		Conquistas e celebrações	2	1.6	2.5
		Guerras e conflitos	1	0.8	1.2
		Perdas materiais e crimes	2	1.6	2.5
		Mais de um evento	8	6.2	9.9
		<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>62.8</b>	<b>100.0</b>

#### 1.4 Variáveis

No presente estudo, nas variáveis dependentes são incluídas: a gravidade dos sintomas de PTSD (avaliada pela NSESSS-PTSD) e a pontuação na PCL-5; dentro das variáveis independentes, incluímos o contexto cultural (Portugal vs. Angola); as características demográficas (idade, género) surgem como variáveis de controlo e a exposição a trauma (militares vs. civis) considerou-se uma variável moderadora.

#### 1.5 Instrumentos

Na presente investigação, para responder aos objetivos delineados, recorreu-se à administração de três instrumentos:

- (1) **Questionário sociodemográfico**, para a recolha de dados que permitem caracterizar a amostra, como a idade, género, nacionalidade, estado marital, agregado familiar, estatuto socioeconómico, habilitações académicas, local de residência, situação profissional, habilitações académicas, etc.
- (2) **NSESSS-PTSD**, desenvolvida pela APA no âmbito da operacionalização dos critérios diagnósticos do DSM-5 para a PTSD (LeBeau et al., 2014). Trata-se de uma escala breve de autorrelato composta por 9 *itens*, que avaliam sintomas nucleares de PTSD definidos no DSM-5, como reexperiência, evitamento, alterações cognitivas/afetivas negativas e hiperexcitação (LeBeau et al., 2014; Kim et al., 2022). Cada *item* é pontuado numa escala de *Likert* de 5 pontos (0 = "nada" a 4 = "extremamente"), sendo o resultado a média das pontuações obtidas, classificando os sintomas como ausentes, ligeiros, moderados, severos ou extremos (LeBeau et al., 2014).

A escala foi inicialmente validada nos Estados Unidos, numa amostra representativa da população adulta, demonstrando elevada consistência interna ( $\alpha = 0,90$ ) e forte validade convergente com o PCL-5 (LeBeau et al., 2014). Estes dados indicaram que a NSESSS-PTSD apresenta propriedades psicométricas vigorosas, sendo adequada tanto para rastreio clínico como para investigação (LeBeau et al., 2014).

Na Turquia, Evren et al. (2016) aplicaram a NSESSS-PTSD a uma amostra de estudantes universitários com história de exposição a eventos traumáticos. Os autores reportaram consistência interna elevada ( $\alpha = 0,87$ ), bem como correlação significativa com o PCL-5 ( $r = 0,79$ ), evidenciando boa validade convergente. Através da análise dos resultados, foi sugerido um ponto de corte de 24 para a deteção de casos com risco elevado de PTSD. Este ponto de corte representa o valor da pontuação total a partir do qual se considera que o indivíduo apresenta sintomas clínicos significativos, permitindo assim distinguir, de forma estatisticamente fundamentada, entre participantes com e sem probabilidade da perturbação (Evren et al., 2016).

No contexto asiático, Kim et al. (2022) conduziram uma avaliação psicométrica da versão coreana da NSESSS-PTSD junto de pacientes psiquiátricos ambulatoriais. Os resultados indicaram consistência interna aceitável ( $\alpha = 0,81$ ) e forte validade convergente com o PCL-5 ( $r = 0,78$ ), tendo sido proposto um ponto de corte de 16 para a deteção de PTSD (Kim et al., 2022).

**(3)PCL5**, composta por 20 *itens* que avalia sintomas de PTSD com base nos critérios do DSM-5. Permite o diagnóstico provisório e o acompanhamento de sintomas, sendo amplamente validada e utilizada em diferentes contextos clínicos e culturais (Osório et al., 2017).

Os participantes assinalam numa escala de *Likert* de 5 pontos (0 = Nada; 1 = Um pouco; 2 = Moderadamente; 3 = Bastante; 4 = Extremamente) o grau em que foram afetados por cada sintoma durante o último mês (Weathers et al., 2013). A consistência interna, medida pelo alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ ), onde valores  $\geq .70$  são considerados adequados na versão portuguesa (Marôco, 2010) e na versão original a consistência interna corresponde a ( $\alpha = .94$ ) (Blevins et al., 2015). Este instrumento foi usado para a análise convergente.

## 1.6 Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o *JASP* (versão 0.95.3) (*Jeffreys's Amazing Statistics Program*). Foram conduzidas análises descritivas para

caracterizar as amostras, análise das correlações entre as variáveis e a análise da consistência interna, para avaliar a confiabilidade do instrumento.

## 2. Resultados

Nesta secção são apresentados os resultados referentes às análises psicométricas realizadas ao instrumento *National Stressful Events Survey PTSD Short Scale*, aplicadas às amostras de Portugal e de Angola.

### 2.1 Análise da normalidade da amostra

Com o propósito de testar a normalidade das variáveis, optou-se pela utilização do teste *Shapiro-wilk* em ambos os grupos (ver tabela 7 e 8).

#### 2.1.1 Grupo A

**Tabela 7**

*Teste de Normalidade*

Variáveis	Shapiro-wilk		
	Estatística	gl	Sig.
nsesss_1	.792	158	<,001
nsesss_2	.826	158	<,001
nsesss_3	.827	158	<,001
nsesss_4	.733	158	<,001
nsesss_5	.780	158	<,001
nsesss_6	.764	158	<,001
nsesss_7	.800	158	<,001
nsesss_8	.780	158	<,001
nsesss_9	.706	158	<,001

#### 2.1.2 Grupo B

**Tabela 8**

*Teste de Normalidade*

Variáveis	Shapiro-wilk		
	Estatística	gl	Sig.
nsesss_1	.858	128	<,001
nsesss_2	.885	128	<,001
nsesss_3	.892	128	<,001
nsesss_4	.860	128	<,001
nsesss_5	.874	128	<,001
nsesss_6	.818	128	<,001
nsesss_7	.874	128	<,001
nsesss_8	.821	128	<,001
nsesss_9	.702	128	<,001

Com base nos resultados das tabelas 7 e 8, que indicaram a rejeição da hipótese de normalidade, realizou-se o teste de *Mann-Whitney* para verificar a existência de diferenças significativas entre os grupos A e B nas variáveis analisadas (ver tabela 9).

**Tabela 9**

*Resultados do teste de Mann-Whitney*

<b>Variáveis</b>	<b>Z</b>	<b>Sig.</b>
nsesss_1	-3.046	0.002
nsesss_2	-2,760	0.006
nsesss_3	-5.090	<0.001
nsesss_4	-5.334	<0.001
nsesss_5	-4.459	<0.001
nsesss_6	-1.347	0.178
nsesss_7	-4.840	<0.001
nsesss_8	-1.569	0.117
nsesss_9	-0.031	0.975

Para complementar a análise estatística, apresentam-se os postos médios das variáveis para os Grupos A e B (ver tabela 10). Estes postos médios permitem visualizar as diferenças entre os grupos, complementando os resultados do teste de *Mann-Whitney*.

**Tabela 10**

*Posto médio para as variáveis*

<b>Variável</b>	<b>Grupo</b>	<b>N</b>	<b>Posto médio</b>
nsesss_1	A	158	131,13
nsesss_1	B	129	159,76
nsesss_2	A	158	131,76
nsesss_2	B	128	157,99
nsesss_3	A	158	122,13
nsesss_3	B	129	170,79
nsesss_4	A	158	121,68
nsesss_4	B	129	171,34
nsesss_5	A	158	125,02
nsesss_5	B	129	167,25
nsesss_6	A	158	138,44
nsesss_6	B	129	150,81

nsesss_7	A	158	123,29
nsesss_7	B	129	169,36
nsesss_8	A	158	137,42
nsesss_8	B	129	152,06
nsesss_9	A	158	143,88
nsesss_9	B	129	144,15

A comparação entre os grupos A e B, conforme evidenciado nas tabelas anteriores, revelou diferenças significativas nas pontuações médias da maioria dos *itens* da NSESSS. O grupo B apresentou valores médios superiores aos do grupo A, com exceção do *item* 9, no qual não se observaram diferenças relevantes.

## 2.2 Análise fatorial exploratória (EFA)

A análise fatorial exploratória do NSESSS revelou a extração de um único fator no grupo A, explicando 73,8% da variância (ver tabela 13). O teste de adequação da amostra KMO apresentou um valor excelente de 0,931, e o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ( $p < 0,001$ ) (tabela 11), confirmando a adequação dos dados à análise fatorial. As comunalidades indicaram que a maioria dos *itens* apresentou boa variância explicada pelo fator único, com valores entre 0,586 e 0,784 (tabela 12). As cargas fatoriais variaram de 0,766 a 0,885 (tabela 14). A análise paralela reforçou a decisão de extrair apenas um fator, uma vez que o *eigenvalue* do primeiro fator (6,356) foi substancialmente superior ao valor simulado (0,771), enquanto os fatores subsequentes apresentaram *eigenvalues* iguais ou inferiores aos simulados (tabela 15).

### 2.2.1 Grupo A

**Tabela 11**

*Teste KMO e Bartlett*

Teste de KMO e Bartlett	
<b>KMO</b>	.931
<b>Bartlett</b>	<.001

**Tabela 12**

*Comunalidades*

	Inicial	Extração
nsesss_1	.775	.784
nsesss_2	.788	.749
nsesss_3	.762	.722

nsesss_4	.580	.586
nsesss_5	.757	.754
nsesss_6	.658	.656
nsesss_7	.812	.775
nsesss_8	.789	.729
nsesss_9	.598	.601

**Tabela 13**

*Variância Total Explicada*

<b>Componente</b>	<b>Total</b>	<b>% de variância</b>
1	6.644	73.817
2	.482	5.356
3	.449	4.988
4	.386	4.287
5	.336	3.729
6	.287	3.188
7	.156	1.736
8	.140	1.559
9	.121	1.339

**Tabela 14**

*Cargas fatoriais*

	<b>Fator 1</b>	<b>Singularidade</b>
nsesss_1	0.885	0.216
nsesss_2	0.880	0.225
nsesss_3	0.868	0.246
nsesss_4	0.866	0.251
nsesss_5	0.854	0.271
nsesss_6	0.850	0.278
nsesss_7	0.810	0.344
nsesss_8	0.775	0.399
nsesss_9	0.766	0.414

### Tabela 15

Análise paralela

	<i>Real data factor eigenvalues</i>	<i>Simulated data mean eigenvalues</i>
Fator 1*	6.356	0.771
Fator 2	0.204	0.297
Fator 3	0.138	0.204
Fator 4	0.040	0.111
Fator 5	0.017	0.034
Fator 6*	-0.039	-0.047
Fator 7*	-0.094	-0.116
Fator 8*	-0.130	-0.200
Fator 9*	-0.135	-0.284

A análise fatorial exploratória para o grupo B revelou a extração de um único fator com 51,6% da variância total (tabela 18). O teste KMO foi de 0,866 e o teste de Bartlett significativo ( $p < 0,001$ ) (tabela 16), indicando também adequação para análise fatorial. As comunalidades variaram entre 0,332 e 0,593 (tabela 17), demonstrando uma variância razoável explicada pelo fator único. As cargas fatoriais oscilaram entre 0,570 e 0,770 (tabela 19). A análise paralela corroborou a extração de um único fator, uma vez que o *eigenvalue* do primeiro fator (4,112) excedeu substancialmente o valor simulado (0,764), enquanto os fatores subsequentes apresentaram *eigenvalues* iguais ou inferiores aos simulados (tabela 20).

#### 2.2.2 Grupo B

### Tabela 16

Teste KMO e Bartlett

Teste de KMO e Bartlett	
KMO	.866
Bartlett	<.001

**Tabela 17***Comunalidades*

	<b>Inicial</b>	<b>Extração</b>
nsesss_1	.511	.546
nsesss_2	.510	.517
nsesss_3	.507	.523
nsesss_4	.412	.342
nsesss_5	.538	.593
nsesss_6	.387	.362
nsesss_7	.497	.449
nsesss_8	.532	.458
nsesss_9	.424	.332

**Tabela 18***Variância Total Explicada*

<b>Componente</b>	<b>Total</b>	<b>% de variância</b>
1	4.648	51.641
2	.938	10.426
3	.748	8.308
4	.670	7.439
5	.565	6.279
6	.436	4.841
7	.397	4.408
8	.336	3.733
9	.263	2.925

**Tabela 19***Cargas fatoriais*

	<b>Fator 1</b>	<b>Singularidade</b>
nsesss_5	0.770	0.407
nsesss_1	0.739	0.454
nsesss_3	0.722	0.479
nsesss_2	0.720	0.481
nsesss_8	0.678	0.540

nsesss_7	0.671	0.550
nsesss_6	0.601	0.639
nsesss_4	0.581	0.662
nsesss_9	0.570	0.675

**Tabela 20**

*Análise paralela*

	Real data factor eigenvalues	Simulated data mean eigenvalues
Fator 1*	4.112	0.764
Fator 2	0.327	0.336
Fator 3	0.179	0.207
Fator 4*	0.125	0.114
Fator 5	0.033	0.042
Fator 6	-0.061	-0.039
Fator 7*	-0.110	-0.128
Fator 8*	-0.167	-0.220
Fator 9	-0.327	-0.313

## 2.3 Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

### 2.3.1 Grupo A

A análise fatorial confirmatória da NSESSS no grupo A indicou que todos os *itens* carregam significativamente no fator único, com cargas fatoriais variando entre 0,806 e 1,123 ( $p < .001$ ; IC 95% entre 0,698 e 1,259) (tabela 21), confirmando a contribuição de cada indicador para o construto latente. A variância média extraída (AVE = 0,710) evidencia validade convergente adequada, indicando que a maioria da variância dos *itens* é explicada pelo fator único. A fiabilidade da escala foi considerada excelente, com coeficiente  $\alpha = 0,955$  e coeficiente  $\omega = 0,956$ , demonstrando consistência interna elevada (tabela 22).

**Tabela 21***Cargas fatoriais*

Fator	Indicador	Estimativa	Erro padrão	Z	p	95% Intervalo de Confiança	
						Inferior	Superior
Fator 1	nsesss_1	1.000	0.000			1.000	1.000
	nsesss_2	1.042	0.064	16.20	< .001	0.916	1.168
	nsesss_3	1.010	0.062	16.40	< .001	0.889	1.131
	nsesss_4	0.806	0.055	14.63	< .001	0.698	0.913
	nsesss_5	1.093	0.067	16.28	< .001	0.961	1.225
	nsesss_6	0.912	0.059	15.37	< .001	0.795	1.028
	nsesss_7	1.103	0.067	16.37	< .001	0.971	1.235
	nsesss_8	1.123	0.069	16.21	< .001	0.987	1.259
	nsesss_9	0.926	0.062	14.94	< .001	0.804	1.047

**Tabela 22***AVE e confiabilidade*

Fator	Coefficiente $\alpha$	Coefficiente $\omega$	AVE
Fator 1	0.955	0.956	0.710

### 2.3.2 Grupo B

A tentativa de estimar o modelo de AFC no grupo B não resultou em convergência, possivelmente devido a um tamanho amostral reduzido ( $n = 129$ ) e à distribuição não normal dos *itens*.

### 2.4 Consistência interna do instrumento NSESSS em ambos os contextos

De modo a determinar a consistência interna do presente instrumento, procedeu-se à avaliação do Alfa de *Cronbach*. Para o grupo A, a escala NSESSS apresentou um valor superior ao reportado por LeBeau et al. (2014) ( $\alpha$  reportado = .90;  $\alpha$  do presente estudo = .955). Este resultado indica uma consistência interna excelente, sugerindo que os *itens* apresentam elevada homogeneidade entre si (ver tabela 23). No grupo B, a escala apresentou um valor de Alfa de *Cronbach* ligeiramente abaixo do valor reportado por LeBeau et al. (2014), ( $\alpha$  reportado = .90;  $\alpha$  do presente estudo = .882) mas ainda dentro da faixa considerada boa (ver tabela 23).

**Tabela 23***Consistência interna do NSESSS*

LeBeau et al. (2014)	$\alpha$ do presente estudo	coefficient $\omega$
.90	<b>A</b>	.955
	<b>B</b>	.882

## 2.5 Validade convergente

### 2.5.1 Grupo A

Para investigar a validade convergente entre o NSESSS e o PCL-5 no grupo A, os *itens* de ambas as escalas foram agrupados em *clusters* correspondentes aos principais domínios de sintomas do PTSD, sendo eles: intrusão, evitação, alterações cognitivo-emocionais e hiperativação. No NSESSS, os *clusters* foram definidos da seguinte forma: intrusão (*itens* 1 e 2), evitação (*item* 3), cognitivo-emocional (*itens* 4 a 6) e hiperativação (*itens* 7 a 9). No PCL-5, os *clusters* corresponderam a intrusão (*itens* 1 a 5), evitação (*itens* 6 e 7), cognitivo-emocional (*itens* 8 a 14) e hiperativação (*itens* 15 a 20). Esta organização permitiu comparar diretamente os mesmos domínios sintomáticos entre as duas escalas. As médias de cada *cluster* foram calculadas para cada participante e, em seguida, foram realizadas correlações de *Spearman*, entre os *clusters* do NSESSS e os *clusters* correspondentes do PCL-5 (ver tabela 24).

**Tabela 24***Correlações de Spearman entre clusters do NSESSS e PCL-5*

NSESSS \ PCL-5	Intrusão	Evitação	Cognitivo-Emocional	Hiperativação
<b>Intrusão</b>	$\rho = 0,841, p < 0,001$	$\rho = 0,749, p < 0,001$	$\rho = 0,840, p < 0,001$	$\rho = 0,828, p < 0,001$
<b>Evitação</b>	$\rho = 0,769, p < 0,001$	$\rho = 0,767, p < 0,001$	$\rho = 0,802, p < 0,001$	$\rho = 0,791, p < 0,001$
<b>Cognitivo-Emocional</b>	$\rho = 0,806, p < 0,001$	$\rho = 0,752, p < 0,001$	$\rho = 0,856, p < 0,001$	$\rho = 0,811, p < 0,001$
<b>Hiperativação</b>	$\rho = 0,777, p < 0,001$	$\rho = 0,689, p < 0,001$	$\rho = 0,811, p < 0,001$	$\rho = 0,844, p < 0,001$

As correlações de *Spearman* entre os *clusters* homólogos do NSESSS e do PCL-5, apresentadas na tabela anterior, variaram entre  $p = 0,689$  e  $p = 0,856$  ( $p < 0,001$ ),

indicando uma associação forte a muito forte entre os dois instrumentos de avaliação. Estes resultados confirmam que ambos medem de forma consistente o mesmo construto. As correlações cruzadas elevadas entre os diferentes *clusters*, também observadas na tabela, sugerem interdependência entre as dimensões somáticas.

### **2.5.2 Grupo B**

Como referido anteriormente, devido à falta de instrumentos validados para o contexto angolano, não foi possível efetuar a validade convergente para este grupo.

## **2.6 Validade de critério – Curva de ROC**

A análise da curva ROC indicou que a NSESSS-PTSD apresenta boa capacidade discriminativa em ambas as amostras. No grupo A, a AUC foi .974, com ponto de corte ótimo de 17,5 (sensibilidade = 75,6%; especificidade = 96,5%). Para o grupo B, a AUC foi .837, com ponto de corte de 20,5 (sensibilidade = 69,4%; especificidade = 93,5%). Estes resultados confirmam a validade de critério da escala nos dois contextos (tabela 25).

**Tabela 25**

*Validade de critério*

<b>Grupo</b>	<b>AUC</b>	<b>Ponto de corte</b>	<b>S</b>	<b>E</b>	<b>I. Youden</b>
A	.974	17.5	.756	.965	.720
B	.837	20.5	.694	.935	.629

### 3. Discussão

O presente estudo teve como objetivo central responder à seguinte questão de investigação: Quais são as propriedades psicométricas (fiabilidade e validade) da versão adaptada da *National Stressful Events Survey Short Scale* (NSESSS) para as populações portuguesa e angolana, e como se comparam entre si? Este objetivo não se limita à disponibilização de um instrumento de avaliação robusto para ambos os contextos geográficos, mas estende-se à compreensão das nuances transculturais na manifestação e avaliação da PTSD.

A análise fatorial exploratória revelou, em ambas as amostras, um único fator predominante para a escala em avaliação, confirmando a unidimensionalidade esperada (H1). No grupo A, este fator explicou 73,8% da variância total, enquanto no grupo B explicou 51,6%. Estes valores situam-se dentro do intervalo observado noutras validações transculturais do instrumento, como reportado por LeBeau et al. (2014), 58% da variância num contexto norte-americano, e Evren et al. (2016), com 49,9% em estudantes turcos. Embora, no contexto angolano, tenha emergido um segundo fator de natureza residual (10,4% da variância), a predominância do primeiro fator em ambos os contextos reforça a consistência estrutural da escala. Assim, os resultados obtidos sustentam a utilização da pontuação total do NSESSS como uma medida válida para a avaliação dos sintomas de PTSD, evidenciando a sua adequação psicométrica e a consistência transcultural da escala.

A análise paralela e os elevados valores de KMO (A = 0,931; B = 0,866), bem como a significância do teste de Bartlett ( $p < 0,001$ ), sustentam a adequação dos dados à análise fatorial. As comunalidades variaram entre 0,586–0,784 no grupo A e 0,332–0,593 no grupo B, confirmando que os *itens* apresentam boa variância explicada pelo fator único, embora de forma mais expressiva no contexto português.

A análise fatorial confirmatória, conduzida apenas na amostra portuguesa, corroborou a estrutura unidimensional da escala, com cargas fatoriais elevadas (0,806–1,123), excelente fiabilidade ( $\alpha = 0,955$ ;  $\omega = 0,956$ ) e validade convergente adequada (AVE = 0,710). Estes resultados indicam que a maior parte da variância dos *itens* é explicada pelo fator latente subjacente, sustentando a validade estrutural da NSESSS para o contexto português.

Assim, os resultados obtidos estão em consonância com a literatura internacional que sustenta a estrutura unifatorial da escala, refletindo a conceptualização teórica da PTSD como um construto dimensional único em medidas breves de autorrelato (LeBeau et al., 2014; Kim et al., 2022; Brewin, 2023). Esta coerência estrutural reforça a validade do instrumento e a sua adequação para captar de forma sintética a

sintomatologia central da PTSD. Contudo, a literatura tem enfatizado que diferentes contextos culturais podem influenciar a expressão e a interpretação dos sintomas de saúde mental, incluindo os traumáticos, o que torna essencial garantir uma adaptação transcultural rigorosa e sensível às particularidades locais (Patel et al., 2021). Nesse sentido, a atenção à equivalência semântica, conceptual e métrica assume um papel fundamental na validação de instrumentos psicológicos em contextos culturais distintos (van de Vijver & Tanzer, 2004; Sousa & Rojjanasrirat, 2011).

No que respeita à consistência interna (H2), os alfas de *Cronbach* obtidos foram elevados: 0,955 para Portugal e 0,882 para Angola, ambos acima do critério mínimo de 0,80, indicando fiabilidade ótima. A ligeira redução observada no grupo angolano pode refletir diferenças culturais na interpretação dos *itens* ou maior heterogeneidade da amostra, mantendo-se, no entanto, dentro da faixa considerada de elevada confiabilidade (Tavakol & Dennick, 2011). Estes resultados corroboram a robustez psicométrica do instrumento e estão em consonância com estudos prévios que reportaram coeficientes semelhantes em diferentes contextos culturais (LeBeau et al., 2014; Evren et al., 2016; Kim et al., 2022). Este achado reforça o argumento de que a consistência interna não depende apenas da homogeneidade amostral, mas também da adequação cultural e semântica dos *itens* — aspetos centrais em processos de adaptação transcultural (Sousa & Rojjanasrirat, 2011; van de Vijver & Leung, 2011).

A validade convergente (H3) foi avaliada apenas no grupo A, dado que não existem instrumentos padronizados para avaliação da PTSD no grupo B, o que evidencia uma lacuna significativa na investigação psicométrica naquele contexto. No grupo A, observou-se uma correlação positiva e forte entre os domínios sintomáticos da NSESSS e os correspondentes da PCL-5 (por exemplo: intrusão  $\rho = 0,841$ ; hiperativação  $\rho = 0,844$ ), evidenciando forte convergência entre os construtos medidos pelas duas escalas. Estes resultados são consistentes com estudos prévios (Kim et al., 2022; Evren et al., 2016), reforçando a validade da escala em contextos clínicos lusófonos.

Em relação às diferenças entre os contextos (H4), algumas propriedades psicométricas variaram significativamente entre os grupos. O rendimento fatorial no grupo B (51,6%) foi inferior ao observado no grupo A (73,8%), sugerindo maior heterogeneidade de respostas ou influência de fatores culturais. Estes achados corroboram a hipótese exploratória de que fatores culturais influenciam a manifestação e mensuração de sintomas de PTSD, embora a escala se mantenha adequada para avaliação breve em ambos os contextos. Estudos anteriores destacam que elementos culturais podem afetar a expressão de sintomas traumáticos e a interpretação de *itens* em instrumentos psicológicos, sendo essencial considerar equivalência transcultural na avaliação (van de Vijver & Tanzer, 2004; Ibrahim et al., 2019). Esses estudos

evidenciam que diferenças culturais podem modificar percepções de gravidade, frequência ou relevância dos sintomas, influenciando diretamente os resultados de medidas psicométricas e reforçando a importância de validações adaptadas para contextos culturais específicos.

A literatura psicométrica tem documentado amplamente o impacto das variáveis culturais na avaliação de sintomas psicológicos, destacando que diferenças nos significados atribuídos a emoções e experiências podem alterar a forma como os indivíduos respondem a instrumentos de autorrelato (van de Vijver & Tanzer, 2004; Patel et al., 2021). Estudos transculturais indicam que, embora os sintomas nucleares da PTSD sejam universais, a sua saliência e expressão variam consoante o contexto sociocultural, refletindo influências de linguagem, valores e experiências históricas (Kohrt et al., 2014).

Embora o *gold standard* para o diagnóstico de PTSD seja a entrevista clínica estruturada — como a *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5* (CAPS-5) —, a aplicação deste tipo de instrumento não foi possível no presente estudo. Assim, optou-se por utilizar o PCL-5 como medida de referência, dada a sua ampla validação internacional, elevada consistência interna e forte correlação com a CAPS-5 (Bovin et al., 2016; Weathers et al., 2018). Esta escolha encontra suporte metodológico na literatura, uma vez que o PCL-5 é amplamente utilizado como critério de validade em estudos de adaptação e validação de escalas de PTSD (Ashbaugh et al., 2016; Roberts et al., 2021). Os resultados deste estudo fornecem evidências robustas da validade convergente do NSESSS, indicando que ambos os instrumentos (NSESSS e PCL-5) avaliam de forma semelhante os principais domínios sintomáticos da PTSD. Embora a utilização da CAPS-5 pudesse ter reforçado a validade criterial, a sua ausência não compromete a análise, permitindo ainda assim obter resultados consistentes quanto à equivalência construtiva entre os instrumentos utilizados na avaliação da validade convergente do NSESSS.

Assim, os pontos de corte identificados no presente estudo (17,5 para o grupo A e 20,5 para o grupo B) situam-se dentro da variação observada em investigações anteriores — como Evren et al. (2016) [*cut-off* = 24] e Kim et al. (2022) [*cut-off* = 16], o que sugere que diferenças nos valores críticos podem dever-se a características culturais, populacionais e metodológicas, incluindo o tipo de amostra (clínica vs. comunitária) e o instrumento de referência utilizado. Estas variações reforçam a importância de uma abordagem sensível à cultura na definição de parâmetros psicométricos.

Adicionalmente, importa reconhecer que não existe consenso absoluto na literatura quanto aos critérios para a avaliação da qualidade das amostras em estudos

psicométricos. Enquanto alguns autores defendem que a adequação dos *itens* e a presença de comunalidades elevadas são mais determinantes do que o tamanho amostral (MacCallum et al., 1999; Mundfrom et al., 2005), outros privilegiam critérios quantitativos mais rígidos. Deste modo, a inclusão de ambas as amostras foi considerada metodologicamente adequada, garantindo a robustez e validade das análises psicométricas realizadas (Boateng et al., 2018).

Em síntese, os resultados sugerem que a escala NSESSS mantém uma estrutura unidimensional consistente em diferentes contextos culturais, apresentando elevada fiabilidade e validade convergente, ainda que se verifiquem nuances culturais que afetam parcialmente o padrão das respostas.

# Capítulo III – Conclusão

## Limitações do presente estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas que devem ser consideradas na interpretação dos resultados.

Em primeiro lugar, a tentativa de estimar o modelo de análise fatorial confirmatória no grupo angolano não resultou em convergência, possivelmente devido ao tamanho amostral reduzido ( $n = 129$ ) e à violação do pressuposto de normalidade, limitando a robustez estatística da análise confirmatória e a generalização das conclusões para esta amostra.

Em segundo lugar, a ausência de instrumentos padronizados equivalentes para avaliação de PTSD em Angola impediu a análise da validade convergente nesse contexto, restringindo a comparação direta com medidas já validadas internacionalmente. Além disso, diferenças culturais e linguísticas entre os participantes portugueses e angolanos, ainda que parcialmente mitigadas pelo processo de adaptação linguística, podem ter influenciado a compreensão e interpretação dos itens, refletindo-se nas diferenças observadas na estrutura fatorial e nos valores de fiabilidade.

Os testes de normalidade indicaram que os dados não seguiram uma distribuição normal, pelo que se recorreram a análises não paramétricas, que, embora adequadas, podem apresentar menor sensibilidade estatística.

Por fim, o tamanho das amostras, embora suficiente para análises fatoriais exploratórias, e a utilização de amostras predominantemente não clínicas em ambos os contextos podem ter limitado a variabilidade das respostas, afetando a sensibilidade do instrumento na deteção de níveis elevados de sintomatologia e a generalização dos resultados, sobretudo em contextos culturais diversos.

## Recomendações para Investigações Futuras

Para futuras investigações, recomenda-se uma ampliação das amostras, incluindo participantes de diferentes regiões e contextos socioeconómicos para aumentar a representatividade e robustez dos resultados. Em conclusão, uma recomendação é incluir entrevistas ou grupos focais que explorem a interpretação cultural dos *itens*, oferecendo *insights* sobre nuances que não podem ser captadas por medidas quantitativas.

## **Conclusão**

Em síntese, o presente estudo adaptou, validou e comparou a versão portuguesa e angolana da NSESSS, demonstrando que ambas as versões apresentam estrutura fatorial unidimensional e elevada consistência interna. A validade convergente foi confirmada no grupo A, evidenciando fortes correlações com os domínios equivalentes do PCL-5, enquanto algumas diferenças observadas entre as amostras sugerem que fatores culturais e contextuais podem influenciar a forma como os sintomas de PTSD são experienciados e reportados. Estes resultados destacam a complexidade da avaliação de sintomas traumáticos em diferentes contextos socioculturais e a importância de considerar a diversidade de experiências individuais na interpretação de medidas psicométricas.

Além disso, os achados deste estudo contribuem para a compreensão de como instrumentos breves de autorrelato podem captar constructos psicopatológicos consistentes em múltiplos contextos culturais, oferecendo evidência de que a NSESSS é sensível à manifestação de sintomas traumáticos em populações lusófonas. Este trabalho reforça a relevância de abordagens transculturais em pesquisa psicológica, sublinhando que a avaliação de PTSD não é apenas uma questão de medir sintomas, mas também de compreender como o contexto cultural, social e histórico dos indivíduos molda a sua percepção e expressão do sofrimento. Ao evidenciar semelhanças e diferenças psicométricas entre Portugal e Angola, o estudo fornece uma base sólida para investigações futuras sobre a adaptação e aplicabilidade de instrumentos de saúde mental em contextos culturalmente diversos, contribuindo para a consolidação de práticas de avaliação mais sensíveis e informadas.

# Referências

- Afonso de Albuquerque, C., Soares, C., Martins de Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16(3), 309-320. <https://doi.org/10.20344/amp.1209>
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. (2022). What is PTSD? American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>
- Araújo, R. (2025). *Perturbação de stress pós-traumático*. Centro Hospitalar de Leiria. <https://www.chleiria.pt/saude/saude-em-toda-a-vida/-/perturbacao-de-stress-pos-traumatico-97/>
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the PCL-5. *PLOS ONE*, 11(10), e0161645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., & McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current opinion in psychiatry*, 28(4), 307–311. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000167>
- Barroca, I., Velosa, A., Cotovio, G., Santos, C. M., Riggi, G., Costa, R. P., Macieira, J., Machado, L. S., Simões, D. S., Pereira, P. A., Pinto, I., & Carvalho, P. S. (2022). Translation and validation of the Clinician Administered PTSD Scale (CAPS-CA-5) for Portuguese children and adolescents. *Acta Médica Portuguesa*, 35(13), Artigo A2. <https://doi.org/10.20344/amp.16718>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Ben-Ezra, M. (2002). Trauma 4,000 years ago? *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1437. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1437>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>

- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health*, 6, Article 149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdeli, H., Clougherty, K. F., Wickramaratne, P., Speelman, L., Ndogoni, L., & Weissman, M. (2007). Depression in rural Uganda: Validation of a brief screening instrument. *Journal of Affective Disorders*, 98(1–2), 161–166. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.016>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 423–432. <https://doi.org/10.1590/1982-43272253201314>
- Bovey, M., Hosny, N., Dutray, F., & Heim, E. (2024). PTSD and complex PTSD manifestations in Sub-Saharan Africa: A systematic review of qualitative literature. *SSM - Mental Health*, 5, 100298. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2024.100298>
- Bovin, M. J., et al. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379–1391. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>
- Brewin, C.R., Atwoli, L., Bisson, J.I., Galea, S., Koenen, K. and Lewis-Fernández, R. (2025), Post-traumatic stress disorder: evolving conceptualization and evidence, and future research directions. *World Psychiatry*, 24: 52-80. <https://doi.org/10.1002/wps.21269>
- Bryant, R. A. (2019). *Post-traumatic stress disorder: A state-of-the-art review of evidence and challenges*. Cambridge University Press.
- Câmara Filho, J. W. S., & Sougey, E. B. (2001). Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 221-228. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400009>
- Cardoso, I. (2006). Aspectos transculturais na adaptação de instrumentos de avaliação psicológica. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, 10. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/178/184>
- Carvalho, T., da Motta, C., & Pinto-Gouveia, J. (2020). Versão Portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparação de modelos latentes e outras análises psicométricas. *Journal of Clinical Psychology*, 76(7), 1267–1282. <https://doi.org/10.1002/jclp.22930>
- Começanha, R., & Maia, A. (2011). Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: Estresse pós-traumático,

- neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos*, 4(2), 123–131.  
<https://doi.org/10.4013/ctc.2011.42.06>
- Coughlin S. S. (2011). Post-traumatic Stress Disorder and Cardiovascular Disease. *The open cardiovascular medicine journal*, 5, 164–170.  
<https://doi.org/10.2174/1874192401105010164>
- Crocq, M. A., & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2(1), 47–55. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/macrocq>
- Decreto-Lei n.º 46/99, de 16 de junho. (1999, 16 de junho). *Diário da república- I Série – A*, n.º 46/1999 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/46-1999-306922>
- Evren, C., Dalbudak, E., Aydemir, O., Koroglu, E., Evren, B., Ozen, S., & Coskun, K. S. (2016). Psychometric Properties of the Turkish PTSD-Short Scale in a Sample of Undergraduate Students. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni - Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 26(3), 294–302.  
<https://doi.org/10.5455/bcp.20151205113132>
- Farinha Pereira, A. R. G. M. (2012). *Trauma e Perturbação de Stress Pós-Traumático* [Dissertação de Mestrado, ISPA – Instituto Universitário]. ISPA Repositório.
- González-Bracamonte, Y., & Alvarenga, M. A. S. (2022). Transtorno de Estresse Pós-traumático e Funções Executivas em Adultos: Uma Revisão Sistemática. *Avaliação Psicológica*, 21(3), 339-349. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2022.2103.21908.10>
- Guerreiro, D., Brito, B., Baptista, J. L., & Galvão, F. (2007). Stresse pós-traumático: Os Mecanismos do Trauma. *Acta Médica Portuguesa*, 20(4), 347-354. Recuperado de <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/866>
- Guerreiro, D., Rocha, M., Almeida, H., & Figueira, I. (2020). Translation and validation of the International Trauma Questionnaire (ITQ) for PTSD and complex PTSD in the Portuguese population. Universidade Portucalense. Repositório UPT.  
<https://repositorio.upt.pt/handle/10216/126795>
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (2005). *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Heinz, A. J., Makin-Byrd, K., Blonigen, D. M., Reilly, P., & Timko, C. (2015). Aggressive behavior among military veterans in substance use disorder treatment: the roles of posttraumatic stress and impulsivity. *Journal of substance abuse treatment*, 50, 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.10.014>
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and

- barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351(1), 13–22.  
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa040603>
- Ibrahim, H., et al. (2019). Dimensional structure and cultural invariance of DSM-V post-traumatic stress disorder among Iraqi and Syrian displaced people. *Frontiers in Psychology*, 10, 1505. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01505>
- Kapczynski, F., & Margis, R. (2003). Transtorno de estresse pós-traumático: Critérios diagnósticos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25(suppl 1), 3–7.  
<https://doi.org/10.1590/s1516-44462003000500002>
- Kim, I., Kim, D., Kim, N. H., & Park, J. E. (2022). A psychometric evaluation of the National Stressful Events Survey for PTSD-Short Scale (NSESSS-PTSD) among Korean psychiatric outpatients. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2117905. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2117905>
- Klarić, M., Lovrić, S., Kresić Čorić, M., Galić, K., Čorić, S., & Frančičković, T. (2017). Psychiatric comorbidity and PTSD-related health problems in war veterans: Cross-sectional study. *The European Journal of Psychiatry*, 31(4), 151-157.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.09.005> (www.elsevier.com)
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., ... (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260-2274.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Kohrt, B. A., Jordans, M. J., Tol, W. A., Luitel, N. P., Maharjan, S. M., & Upadhaya, N. (2011). Validation of cross-cultural child mental health and psychosocial research instruments: adapting the Depression Self-Rating Scale and Child PTSD Symptom Scale in Nepal. *BMC psychiatry*, 11, 1-17. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-127>
- Kohrt, B. A., Rasmussen, A., Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Maharjan, S. M., Mutamba, B. B., de Jong, J. T., & Hinton, D. E. (2014). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. *International journal of epidemiology*, 43(2), 365–406. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt227>
- Kolaitis, G., & Olff, M. (2017). Psychotraumatology in Greece. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup4), 135175.  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351757>
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York, NY: Free Association Books.

- LeBeau, R., Mischel, E., Resnick, H., Kilpatrick, D., Friedman, M., & Craske, M. (2014). Dimensional assessment of posttraumatic stress disorder in DSM-5. *Psychiatry Research*, 218(1–2), 143–147. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.03.032>
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84–99. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.1.84>
- Maia, Â., & Fernandes, E. M. (2003). *Epidemiologia da perturbação pós-stress traumático (PTSD) e avaliação da resposta ao trauma*. In M. G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds.), *Stress traumático: Aspetos teóricos e intervenção* (pp. 35–54). Lisboa: Climepsi Editores.
- Maia, Â., McIntyre, T., Pereira, M. G., & Ribeiro, E. (2011). War exposure and post-traumatic stress as predictors of Portuguese colonial war veterans' physical health. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(3), 273–285. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.521238>
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações*. ISBN:978-989-96763-1-2
- Marques Pinto, A., Gonçalves, S. P., & Lima, M. L. (2012). Stress e trauma: Continuidade e descontinuidade – Uma reflexão sobre a PPST. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 49–65. <https://doi.org/10.15309/12psd130103>
- Mokkink, L. B., Elsman, E. B. M., & Terwee, C. B., et al. (2024). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures, version 2.0. *Quality of Life Research*. <https://doi.org/10.1007/s11136-024-03761-6>
- Mundfrom, D. J., Shaw, D. G., & Ke, T. L. (2005). Minimum sample size recommendations for conducting factor analyses. *International Journal of Testing*, 5(2), 159–168. [https://doi.org/10.1207/s15327574ijt0502\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327574ijt0502_4)
- National Center for PTSD, 2019. Clinician-administered PTSD scale for DSM-5 - child/adolescent version (CAPS-CA-5). [cited setembro 25]. Available from: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/child/caps-ca.asp>
- National Center for PTSD. (2023). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5) – Past Week Version*. U.S. Department of Veterans Affairs. [https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/CAPS\\_5\\_Past\\_Week.pdf](https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/CAPS_5_Past_Week.pdf)
- National Center for PTSD. (2025, September 10). DSM-5 criteria for PTSD. U.S. Department of Veterans Affairs. [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/dsm5\\_ptsd.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/dsm5_ptsd.asp)

- Osório, F. L., et al. (2017). *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL5): Transcultural adaptation of the Brazilian version*. *Archives of Clinical Psychiatry*, 44(1), 10–19. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000107>
- Patel, V., Chowdhary, N., Rahman, A., & Verdeli, H. (2021). Beyond the DSM-5 diagnoses: A cross-cultural approach to conceptualising mental health. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 355-364.
- Pereira, M. (Coord.). (2015). *Intervenção psicológica em crise e catástrofe*. Ordem dos Psicólogos Portugueses. ISBN 978-989-99037-3-9.
- Pinto, A. M., Gonçalves, S. P., & Lima, M. L. (2012). Stress e trauma, continuidades e descontinuidades: Para uma reflexão sobre a PPST. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 49–65. <https://doi.org/10.15309/12psd130103>
- Prinsen, C. A. C., Mokkink, L. B., Bouter, L. M., Alonso, J., Patrick, D. L., de Vet, H. C. W., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Quality of Life Research*, 27(5), 1147–1157. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>
- Prodrossimo, A. F., Dias, J. P. P., Iankilevich, L., & Souza, J. M. (2021). Validação, tradução e adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa clínico-educacionais: uma revisão integrativa. *Espaço Para a Saúde - Revista De Saúde Pública Do Paraná*, 22, 1–11. <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2021v22.e736>
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Lewis, C. E., Downes, A. J., & Bisson, J. I. (2021). Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5 in a sample of trauma exposed mental health service users. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1863578. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1863578>
- Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Justo, A. R., & Kristensen, C. H. (2011). Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF*, 16(1), 67-73. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000100008>
- Silva, A., Carvalho, A. C., Francisco, M., Fernandes, V., Oliveira, M. C., Porto, F., & Nassar, P. (2018). Transtorno de estresse pós-traumático em veteranos de guerra: Uma revisão integrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(3), 628–643. <https://doi.org/10.15309/18psd190313>
- Sousa, C. A., & Marshall, S. W. (2010). Disability and mental health impact of landmines in Angola: Assessing health status beyond the injuries. *Health Policy and Planning*, 25(4), 316–324. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq008>
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and

- user-friendly guideline. *Journal of evaluation in clinical practice*, 17(2), 268–274.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Sperber, A. D., Devellis, R. F., & Boehlecke, B. (1994). Cross-cultural translation. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 25(4), 501–524.  
<https://doi.org/10.1177/0022022194254006>
- Tanielian, T., & Jaycox, L. H. (Eds.). (2008). Invisible wounds of war: Psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery. RAND Corporation. <https://www.rand.org/pubs/monographs/MG720.html>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Van de Vijver, F. J. R., & Tanzer, N. K. (2004). Bias and equivalence in cross-cultural assessment: An overview. *European Review of Applied Psychology*, 54(2), 119–135.  
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.04.004>
- Ventura, M., & Chaves, J. (2019). Saúde mental: um estudo sobre transtorno de stress pós-traumático, ansiedade e depressão nas zonas rurais e urbanas do Sul de Angola. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 21(2), 51-57. <https://doi.org/10.21722/rbps.v21i2.29079>
- Verhey, R., Chibanda, D., Gibson, L., Brakarsh, J., & Seedat, S. (2018). Validation of the posttraumatic stress disorder checklist – 5 (PCL-5) in a primary care population with high HIV prevalence in Zimbabwe. *BMC Psychiatry*, 18(1), 109.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1688-9>
- Vieira, I., Baptista, L., Romão, A., Baltazar, S., Silva, S. (2021). Políticas públicas de resposta ao stress militar desde a I Guerra Mundial. *Relatório da equipa da área sociológica do Centro de Recursos de Stress em Contexto Militar*. Lisboa: CICS.NOVA – Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais.
- Walter, K. H., Levine, J. A., Highfill-McRoy, R. M., Navarro, M., & Thomsen, C. J. (2018). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Comorbidities Among U.S. Active Duty Service Members, 2006-2013. *Journal of traumatic stress*, 31(6), 837–844. <https://doi.org/10.1002/jts.22337>
- Weathers, F. W., et al. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 30(3), 383–395. <https://doi.org/10.1037/pas0000486>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Standard [Measurement instrument]. Available from <https://www.ptsd.va.gov/>

- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision) – PTSD*. Geneva: WHO.  
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/424587965>
- World Health Organization. (2024, May 27). Post-traumatic stress disorder.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>
- Zhao, Y. F., Huang, C. Y., Zhang, Z. X., Liu, R. B., Liu, J. L., Li, X. Z., Guo, G. L., & Zhang, C. (2025). Psychotherapeutic, pharmacological and other active interventions from the NICE guideline for post-traumatic stress disorder with sleep disorder: systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 25(1), 699.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-025-07157-9>