

# **Validação do instrumento psicológico *Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5) para a população angolana**

## **Versão Final Após Defesa**

Beatriz Ferreira Cordeiro Viana

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

**Folha em branco**

**Validação do instrumento psicológico *Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5) para a população angolana**

**Versão Final Após Defesa**

**Beatriz Ferreira Cordeiro Viana**

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

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires  
Coorientador: Prof. Doutor Luís Miguel de Jesus Lopes Barreiros

**dezembro de 2025**

**Folha em branco**

## **Declaração de Integridade**

Eu, Beatriz Ferreira Cordeiro Viana, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M13539, do Mestrado em 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 Integridade 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 referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 10/12/2025

*Beatriz Ferreira C. Viana*

**Folha em branco**

# **Dedicatória**

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, familiares e amigos, pelo apoio incondicional, incentivo e presença ao longo de toda esta jornada acadêmica.

**Folha em branco**

# Agradecimentos

Começo por dizer que tenho uma longa lista de agradecimentos — e isso enche meu coração de alegria, pois significa que estive cercada de apoio, carinho e presença ao longo de toda esta jornada. Sou imensamente grata por isso.

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, por me conceder saúde, força, coragem e dedicação para seguir em frente nesta caminhada tão intensa e bonita. Sem Ele, nada disso teria sido possível.

À minha mãe — lindíssima e maravilhosa, como gosto de chamá-la — deixo a minha mais profunda gratidão. Pelo amor incondicional, pelo apoio constante e pela confiança que sempre depositou em mim, não apenas neste processo, mas em toda a minha vida. Você é um exemplo do que busco me tornar: uma mulher forte, resiliente e decidida. Isto é tudo pela senhora, essa conquista é nossa. Eu te amo!

Agradeço também à família de coração que Deus me deu: a família Silvano — Monique, Ivete, Antony e Mônica — pelo cuidado, apoio e amor que me ofereceram. Isso fez toda a diferença. Um agradecimento especial à Monique e à Ivete, cuja presença ao longo de toda essa jornada foi como um colo de mãe, uma conexão de almas e uma fonte constante de reflexão e acolhimento. Vocês são muito especiais na minha vida.

A todos os meus amigos, que acompanharam este percurso e compreenderam as abdicções necessárias para que este trabalho se tornasse realidade, deixo o meu sincero agradecimento. Aos amigos que a faculdade me presenteou, expresso o meu profundo carinho e reconhecimento. À Juliane e sua família, à Renata e à Ariane, agradeço por me acolherem com tanto amor e por serem fonte constante de apoio e afeto — vocês são parte da minha família. À Daniela, minha grande amiga, sou grata pelos abraços apertados e pelas palavras acolhedoras, que tantas vezes acalmaram o meu coração. À minha melhor amiga, Maria Eduarda, que mesmo à distância nunca deixou de estar presente. Com seu bom humor, cuidado constante e palavras sinceras, alegrou os meus dias e lembrou-me, diariamente, do verdadeiro valor da amizade. Você tornou essa caminhada muito mais leve e especial e por isso já valeu a pena. Cada um de vocês ocupa um lugar especial nesta conquista.

À minha equipa de investigação — Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Torres, Prof.<sup>a</sup> Dra. Carla Nascimento, Gina Ramos e Dr. Luís Barreiros — expresso meu sincero reconhecimento. Agradeço a colaboração, o tempo dedicado, a confiança e o apoio que me permitiram dar asas a este estudo e torná-lo possível.

Por fim, agradeço profundamente a todos os participantes que gentilmente aceitaram colaborar nesta investigação, permitindo-me contribuir para a compreensão e visibilidade de uma problemática tão relevante como a PSPT e para o avanço da psicometria no vosso país. Este gesto emociona-me profundamente, pois acredito que a Psicologia é, acima de tudo, um instrumento de transformação. Tornar esse conhecimento acessível a todos é uma missão pessoal e profissional que carrego com orgulho.

A todos, a minha mais sincera e eterna gratidão.

**Folha em branco**

# Resumo

**Introdução:** A perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) é prevalente em populações expostas a guerra e violência prolongada. Em Angola, apesar das consequências psicológicas da Guerra Civil (1975–2002), inexistem instrumentos validados para avaliar a PSPT. Este estudo teve como objetivo validar o *Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5; Weathers et al., 2013a) para a população angolana, garantindo adequação linguística, cultural e psicométrica. **Método:** Participaram 259 indivíduos (176 homens e 80 mulheres), com idades a partir dos 18 anos, civis e militares. O protocolo incluiu o PCL-5, o *National Stressful Events PTSD Short Scale* (NSESSS) e um questionário sociodemográfico, sendo a recolha de dados aprovada pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (UBI). Realizaram-se análises fatoriais exploratória e confirmatória, avaliação da consistência interna ( $\Omega$  de McDonald e  $\alpha$  de Cronbach) e comparações entre grupos. **Resultados:** A estrutura de dois fatores mostrou-se a mais adequada ( $KMO=.92$  e Bartlett  $\chi^2(190) = 2017.34, p < .001$ ), explicando 39.9% da variância total e apresentando elevada consistência interna ( $\omega=.89; \alpha=.89$ ). Os militares apresentaram níveis mais elevados de sintomas de PSPT do que os civis, e quanto ao género, os homens apresentaram médias superiores. **Discussão:** Os resultados confirmam que o PCL-5 é um instrumento fiável e válido para a avaliação da PSPT em Angola, com propriedades psicométricas adequadas e sensíveis ao contexto cultural local. Este estudo pioneiro contribui para o avanço da investigação e para o desenvolvimento de estratégias clínicas e políticas de saúde mental baseadas na evidência.

## Palavras-chave

Perturbação de Stress Pós-traumático; PCL-5; Validação instrumento psicológico; Angola; Propriedades psicométricas.

**Folha em branco**

# Abstract

**Introduction:** Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) is prevalent in populations exposed to war and prolonged violence. In Angola, despite the psychological consequences of the civil war (1975–2002), there are no validated instruments for assessing PTSD. This study aimed to validate the Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5; Weathers et al., 2013a) for the Angolan population, ensuring linguistic, cultural, and psychometric adequacy. **Method:** A total of 259 individuals (176 men and 80 women) aged 18 years and older, both civilians and military personnel, participated in the study. The protocol included the PCL-5, the National Stressful Events PTSD Short Scale (NSESSS) and a sociodemographic questionnaire, with data collection approved by the Ethics Committee of the University of Beira Interior (UBI). Exploratory and confirmatory factor analyses, internal consistency assessment (McDonald's  $\Omega$  and Cronbach's  $\alpha$ ), and comparisons between groups were performed. **Results:** The two-factor structure proved to be the most appropriate ( $KMO=.92$  and Bartlett  $\chi^2(190) = 2017.34, p < .001$ ), explaining 39.9% of the total variance and showing high internal consistency ( $\omega=.89; \alpha=.89$ ). Military personnel presented higher levels of PTSD symptoms than civilians, and in terms of gender, men presented higher averages. **Discussion:** The results confirm that the PCL-5 is a reliable and valid instrument for assessing PTSD in Angola, with adequate psychometric properties that are sensitive to the local cultural context. This pioneering study contributes to the advancement of research and the development of evidence-based clinical and mental health policy strategies.

## Keywords

Post-traumatic stress disorder; PCL-5; Psychological instrument validation; Angola; Psychometric properties.

**Folha em branco**

# Índice

Introdução.....	1
Capítulo I - Conceptualização Teórica .....	3
1. Definição de trauma .....	3
2. A Relevância, a prevalência e o impacto do trauma.....	4
3. Definição de Perturbação de Stress Pós-traumático.....	6
4. A Relevância, a prevalência e o impacto da Perturbação de Stress Pós-traumático .....	8
5. Perturbação de Stress Pós-traumático em Angola.....	10
6. <i>Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)</i> .....	12
Capítulo II – Objetivos.....	14
Capítulo III – Estudo Empírico .....	16
1. Metodologia .....	16
1.1. Participantes .....	16
1.2. Instrumentos .....	20
1.3. Procedimentos de recolha de dados .....	20
1.4. Procedimentos de tradução e adaptação .....	21
1.4.1. Etapa 1: Seleção da escala .....	21
1.4.2. Etapa 2: Equivalência conceptual e semântica.....	21
1.4.3. Etapa 3: Equivalência operacional .....	22
1.5. Análise estatística de dados .....	22
2. Resultados .....	23
2.1. Descrição da amostra.....	23
2.3. Consistência interna.....	23
2.4. Análise Fatorial Exploratória (AFE) .....	24
2.5. Análise Fatorial Confirmatória (AFC).....	28
2.6. Teste de hipóteses .....	31
3. Discussão .....	33
4. Limitações e contributos .....	36
5. Recomendações e direções futuras .....	37
6. Conclusão e considerações finais .....	38
Referência.....	40
Anexos .....	56

**Folha em branco**

# Lista de Figuras

Figura 1 – Gráfico *Scree plot* Análise Fatorial Exploratória PCL-5

Figura 2 – Diagrama modelo de dois fatores Análise Fatorial Exploratória

Figura 3 – Gráfico do modelo de dois fatores do PCL-5 com os valores padronizados

Figura 4 – Gráfico das médias da pontuação total do PCL-5 entre a população civil e militar e entre os géneros da amostra

**Folha em branco**

# Lista de Tabelas

- Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo o gênero
- Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo as faixas etárias
- Tabela 3 – Distribuição dos participantes segundo o estado civil
- Tabela 4 – Distribuição dos participantes segundo as habilitações literárias
- Tabela 5 – Distribuição dos participantes segundo a situação profissional
- Tabela 6 – Distribuição dos participantes segundo a condição militar ou civil
- Tabela 7 – Distribuição dos participantes segundo a profissão
- Tabela 8 – Análise Paralela dos fatores do PCL-5
- Tabela 9 – Itens do PCL-5 e as respectivas cargas fatoriais principais nos fatores extraídos
- Tabela 10 – Itens do PCL-5 e as respectivas cargas fatoriais principais em três fatores
- Tabela 11 – Itens do PCL-5 e as respectivas cargas fatoriais principais em quatro fatores
- Tabela 12 – Índices de ajustamento global do modelo de dois fatores do PCL-5
- Tabela 13 – Cargas fatoriais padronizadas dos itens do modelo de dois fatores do PCL-5
- Tabela 14 – Confiabilidade composta, variância média extraída, variância explicada e correlação entre os fatores do PCL-5
- Tabela 15 – Covariâncias residuais sugeridas pelos Índices de Modificação para o modelo de dois fatores do PCL-5
- Tabela 16 – Cargas cruzadas sugeridas pelos Índices de Modificação para o modelo de dois fatores do PCL-5

**Folha em branco**

# Lista de Acrónimos

AFE	Análise Fatorial Exploratória
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
APA	American Psychiatric Association
AVE	Average Variance Extracted
CAPS-5	Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5
CFI	Comparative Fit Index
CR	Composite Reliability
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 <sup>a</sup> edição
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 <sup>a</sup> edição Texto Revisto
DP	Desvio-Padrão
IC	Intervalo de Confiança
ISPT	Instituto Superior Politécnico Tundavala
JASP	Jeffreys's Amazing Statistics Program
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
M	Média
NSESSS	National Stressful Events Survey PTSD Short Scale
PCL-5	Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5
PSPT	Perturbação de Stress Pós-Traumático
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual
TLI	Tucker-Lewis Index
UBI	Universidade da Beira Interior
UMA	Universidade Metodista de Angola
WLSMV	Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted

**Folha em branco**



# Introdução

A presente dissertação e investigação associada assume como objetivo realizar a validação do instrumento psicológico *Pós-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5, Weathers et al., 2013a) para a população angolana. Em busca de contribuir para a realização de diagnósticos mais precisos, para intervenções mais adequadas às necessidades e para a monitorização da sintomatologia da Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT)<sup>1</sup> em Angola.

Segundo a Associação Americana de Psicologia (APA, 2025), a Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) é uma condição de saúde mental que pode surgir após a vivência ou testemunho de eventos traumáticos, como desastres naturais, acidentes graves, terrorismo, guerras, agressões, violência sexual e intimidação. Estas experiências, frequentemente percebidas como ameaças à vida, podem afetar profundamente o bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Embora a PSPT possa afetar qualquer pessoa, independentemente da sua origem étnica, nacionalidade ou idade, as mulheres têm o dobro da probabilidade de desenvolver esta perturbação em comparação com os homens. Há ainda uma estimativa de que 1 a cada 11 pessoas podem ser diagnosticadas com PSPT ao longo da vida (APA, 2025).

Os estudos de Musisi e Kinyanda (2020) no contexto africano revelam que sobreviventes de conflitos prolongados, como a Guerra Civil de Angola, frequentemente desenvolvem PSPT devido à exposição a traumas, incluindo combates, perdas familiares e violência. Esses sintomas podem tornar-se crónicos, afetando diversas áreas da vida, como a saúde mental, as relações sociais e o comportamento (Musisi e Kinyanda, 2020). Ademais, verificou-se que civis em áreas de intenso conflito apresentam taxas elevadas de sofrimento psicológico relacionados a PSPT (23.7%), depressão (25.7%) e agravamento do consumo de substâncias, muitas vezes intensificados pela falta de apoio em saúde mental no pós-conflito, dificultando a recuperação e o acesso ao tratamento adequado (Ahmed et al., 2024; Musisi e Kinyanda, 2020).

A avaliação psicológica para avaliar a Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) na população angolana apresenta-se limitada, dada a carência de instrumentos validados e atualizados para este contexto específico. Considerando o contexto único e as experiências traumáticas vividas após a guerra civil, é crucial avançar na validação de ferramentas adaptadas às necessidades locais, a fim de contribuir para a realização de

---

<sup>1</sup> Em contextos anglo-saxónicos, esta condição é conhecida pela sigla PTSD (*Post-traumatic Stress Disorder*). Neste texto, utilizaremos a designação em português europeu PSPT.

diagnósticos mais precisos, para intervenções mais adequadas às necessidades e para a monitorização da sintomatologia da PSPT. Sendo assim, o presente estudo desenvolve-se de modo a preencher esta lacuna.

O PCL-5 (*Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*) trata-se de um instrumento de autorrelato composto por 20 itens, que avalia os sintomas definidos pelos critérios do DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) para a PSPT, em que cada sintoma é classificado numa escala de zero a quatro pontos ("Não", "Um pouco", "Moderadamente", "Bastante", "Extremamente") (Ashbaugh et al., 2016; Bovin et al., 2016; U.S. Department of Veterans Affairs [VA], 2025a).

Este instrumento é amplamente reconhecido para o rastreio e diagnóstico provisório de Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT), conforme apontado *no U.S. Department of Veterans Affairs* (VA, 2025a). Já foi validado para diversas populações, incluindo as de língua portuguesa (Carvalho et al., 2020; Lima et al., 2016, Osório et al., 2017), inglesa e francesa (Ashbaugh et al., 2016), espanhola (Haghish et al., 2024), alemã (Krüger-Gottschalk et al., 2017), chinesa (Huang et al., 2021; Jiang et al., 2023) e árabe (Brahim et al., 2022; Ibrahim et al., 2018). Estes estudos foram realizados em países como Portugal, Brasil, Estados Unidos, Reino Unido, Países Baixos, Zimbábue, Canadá, França, Espanha, Alemanha, China, Tunísia e Iraque. O instrumento tem demonstrado, de forma geral, excelentes propriedades psicométricas, consolidando-se como uma ferramenta altamente fiável e válida para a avaliação desta sintomatologia.

Neste enquadramento psicométrico e descritivo, o estudo inicia-se com a definição e delimitação conceptual do trauma, da Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) e do instrumento PCL-5. Em seguida, são descritos os objetivos gerais e específicos do estudo, incluindo a variável do estudo, as hipóteses formuladas e as respetivas alternativas plausíveis, bem como os resultados esperados. Na vertente metodológica, descrevem-se as características da amostra, os instrumentos utilizados para a recolha de dados, a fundamentação dos procedimentos adotados em cada fase do estudo, bem como os critérios de inclusão e exclusão dos participantes. É referido ainda o processo de tradução e adaptação do instrumento, seguido da descrição das técnicas estatísticas aplicadas na análise dos dados recolhidos. Posteriormente, apresentam-se os resultados obtidos, os quais são objeto de discussão crítica, destacando-se as principais limitações, contributos, recomendações para investigações futuras e conclusão do estudo. Importa referir que a presente dissertação se encontra organizada em formato de monografia, em conformidade com a regulamentação em vigor, seguindo as normas da Universidade da Beira Interior (UBI).

# Capítulo I - Conceptualização Teórica

## 1. Definição de trauma

De acordo com a *American Psychiatric Association* (APA, 2018), o trauma psicológico pode ser definido como qualquer experiência que suscite medo intenso, desamparo, dissociação, confusão ou outros estados emocionais perturbadores capazes de gerar consequências negativas persistentes nas atitudes, comportamentos e funcionamento global do indivíduo. A definição abrange eventos traumáticos resultantes de ação humana — como violência sexual, guerra ou acidentes industriais —, bem como desastres naturais, tais como sismos, que muitas vezes desafiam a percepção do mundo como um lugar justo, seguro e previsível. Incluem-se ainda ferimentos físicos graves, como queimaduras extensas ou traumatismos cranianos. A quinta edição com revisão de texto do Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-5-TR; APA, 2022), amplia a conceptualização de trauma ao incluir a experiência de exposição crônica ou extrema a eventos traumáticos. De forma complementar, a Classificação Internacional de Doenças – 11.<sup>a</sup> Revisão (CID-11; World Health Organization, 2022) embora não forneça uma definição específica de trauma, descreve um evento traumático de forma mais global, como uma situação “extremamente ameaçadora ou horrível”, com elevado potencial para provocar sofrimento generalizado em praticamente qualquer indivíduo.

Apesar de o trauma poder ser compreendido como um fenómeno transversal, presente em diversas culturas e populações em todo o mundo (Kessler et al., 2017; Koenen et al., 2017; Olff et al., 2021), o DSM-5-TR e o CID-11 não fornecem uma lista exaustiva de eventos passíveis de serem classificados como traumáticos, suscitando assim um debate acerca do que pode ou não ser incluído neste conceito. Segundo Olff e colaboradores (2025), o termo “trauma” tem vindo a tornar-se cada vez mais vulgarizado entre leigos e especialistas, incluindo atualmente eventos anteriormente considerados de menor gravidade – por exemplo, experiências de abuso emocional. Os autores salientam que esta expansão do conceito acarreta consequências tanto positivas, como o reconhecimento de práticas potencialmente prejudiciais que antes eram desvalorizadas, como negativas, nomeadamente a patologização de experiências stressantes, mas não necessariamente traumáticas, podendo resultar em efeitos adversos para a saúde e fomentar uma mentalidade de vítima. Esta situação representa um desafio para os profissionais de saúde e outras áreas, criando dificuldades na definição de critérios para o acesso a tratamento ou a compensações legais (Olff et al., 2025).

Deste modo, já na introdução ao tema se evidencia a sua complexidade, uma vez que o trauma é multifacetado e requer investigação contínua para um refinamento

conceptual e uma compreensão mais precisa. Tal desenvolvimento poderá contribuir para a criação de instrumentos de avaliação mais rigorosos e adequados à identificação e mensuração de experiências traumáticas.

## **2. A Relevância, a prevalência e o impacto do trauma**

A prevalência da exposição ao trauma revela variações significativas entre diferentes regiões do mundo, as quais se explicam pela influência de fatores históricos, geopolíticos, económicos e culturais que moldam as taxas de lesões intencionais e não intencionais e outros eventos adversos que atuam como fatores de risco adicionais (Atwoli et al., 2015). Torna-se, assim, cada vez mais evidente a maior vulnerabilidade das populações em países afetados por guerras e conflitos, contextos em que frequentemente não existe uma distinção clara entre períodos pré e pós trauma, dado que a violência constitui uma realidade contínua e crónica (Kaminer et al., 2008). A dificuldade do que pode ou não ser considerado trauma reforça-se nestes cenários, devido à diversidade de contextos culturais que influenciam tal definição. Sendo assim, a análise dos significados sociais atribuídos aos eventos traumáticos pode clarificar as diferenças nas taxas de PSPT entre contextos culturais. Contudo, revela-se que em muitos países não ocidentais persistem limitações na existência de instrumentos de rastreio adequados (Olf et al., 2025).

A literatura tem demonstrado que fatores como sexo e idade desempenham um papel relevante na forma como o trauma é experienciado e nas consequências dele decorrentes. Deste modo, importa salientar que a exposição a determinados tipos de trauma evidencia diferenças significativas entre os sexos, tanto nas taxas de ocorrência de eventos específicos como nas suas consequências (Olf et al., 2025). A literatura indica que os homens apresentam maior propensão para vivenciar traumas associados a violência e combate, enquanto as mulheres se encontram mais frequentemente expostas a traumas relacionados com agressões físicas e sexuais (Langeland & Olf, 2024; Norris et al., 2002; Olf, 2017; Olf et al., 2007; Tolin & Foa, 2006). Acresce ainda que as mulheres tendem a ser expostas mais precocemente ao risco de desenvolvimento de trauma. Independentemente do sexo, todos estes tipos de experiências encontram-se fortemente associados a um risco elevado de desenvolvimento de Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT; Olf et al., 2025). Relativamente às faixas etárias, Olf e outros (2025) referem que crianças e adolescentes reportam níveis crescentes de exposição a experiências traumáticas, em consonância com estudos epidemiológicos e amostras populacionais representativas, que demonstram que os jovens tendem a relatar um maior número de eventos traumáticos ao longo da vida quando comparados com indivíduos mais velhos (De Vries & Olf, 2009; Havermans et al., 2023; Hoeboer et al.,

2025). Tal constatação suscita questões relevantes quanto as possíveis causas desta prevalência nos mais jovens: (1) se de facto se encontram mais expostos a tais eventos, (2) se apresentam uma maior capacidade de reconhecer experiências como traumáticas, ou (3) se o fenómeno decorre de um efeito de recordação – aspetos que exige aprofundamento investigativo. Por outro lado, é notável que adultos mais velhos reportem níveis de exposição mais baixos ao longo da vida do que os indivíduos mais jovens, permanecendo pouco claras as razões subjacentes. Entre as hipóteses colocadas incluem-se o “esquecimento” associado ao declínio cognitivo, o enviesamento relacionado com o estigma ou vergonha, ou ainda a não atribuição de determinados eventos como traumáticos (Olf et al., 2025).

Além disso, a infância constitui um período particularmente propício ao desenvolvimento de experiências traumáticas, conforme evidenciam diversos estudos. A exposição a qualquer stressor traumático durante esta fase pode ser considerada um fator de risco para o surgimento de consequências psicológicas e sociais adversas em etapas posteriores do desenvolvimento (Armour, 2021; Charak et al., 2023; Dunn et al., 2019; Olf, 2025). Em particular, a vivência de traumas interpessoais – como maus-tratos, violência familiar ou comunitária – está fortemente associada a problemas de saúde psicológica, relacional e física na adolescência, podendo prolongar-se até à idade adulta tardia (Akinyemi et al., 2025; Hughesdon et al., 2021; Lee et al., 2020; Van Assche et al., 2020; Xiao et al., 2021). A exposição a múltiplos tipos de perigos, danos, ou formas graves de vitimização durante a infância aumenta significativamente a probabilidade e a gravidade dos sintomas de PSPT e de outras perturbações relacionadas com o trauma ao longo da vida (Olf et al. 2025). Este período desenvolvimental, marcado por elevada plasticidade neural, revela-se especialmente vulnerável, uma vez que o contacto com eventos stressantes pode induzir alterações nos circuitos neurais, nos sistemas bioquímicos, neuroendócrinos e imunológicos, potenciando o risco de diversas perturbações psiquiátricas (Agorastos, 2017; Nkrumah et al., 2024). Assim, destaca-se a importância de que os futuros estudos sobre o trauma infantil incluam instrumentos psicológicos mais rigorosos e sensíveis, capazes de avaliar com maior precisão a frequência, intensidade e a duração dos eventos traumáticos (Olf et al., 2025).

A exposição a eventos traumáticos pode levar a diversas consequências para a saúde mental e física, destacando-se a PSPT que constitui uma das consequências mais estudadas da exposição a eventos traumáticos (Olf et al., 2007), sendo central para a avaliação clínica e investigação com instrumentos como o PCL-5 (Weathers et al., 2013a). A manifestação de sintomas varia conforme o subtipo considerado, incluindo dissociativo (D – PTSD) e complexo (CPTSD), e os critérios diagnósticos diferem entre o DSM-5-TR e o CID-11 (APA, 2022; WHO, 2022), o que pode influenciar tanto a

estimativa de prevalência quanto o acesso a tratamentos (Cao et al., 2020; Elmore Andersen et al., 2022; Hasen et al., 2017; Robinson et al., 2025). Apesar de aproximadamente dois terços dos indivíduos demonstrarem resiliência frente ao trauma, esta capacidade pode implicar um custo fisiológico significativo, traduzindo-se em carga alostática ao longo da vida, ou seja, no desgaste do organismo decorrente da mobilização contínua de recursos fisiológicos para enfrentar o impacto traumático (Bonanno et al., 2015; Bonanno, 2021; Brody et al., 2016; Galatzer-Levy et al., 2018). Além disso, a exposição ao trauma aumenta o risco e comorbidades como depressão, perturbações de ansiedade, perturbações do sono e uso de substâncias, agravando o curso clínico da PSPT (Amstadter et al., 2023; Colvonen et al., 2019; Rytwinski et al., 2013; Snoek et al., 2021; Van den Brink, 2015). Os efeitos físicos incluem alterações cardiovasculares, metabólicas e autoimunes, bem como modificações neurobiológicas em estruturas como amígdala, hipocampo e córtex pré-frontal, fundamentais para a regulação emocional e resposta a ameaças (Boscarino, 2004; Clemens et al., 2018; Hayes et al., 2012; Logue et al., 2018; Lüönd et al., 2025; Michopoulos et al., 2016). A vulnerabilidade genética e epigenética influencia a suscetibilidade ao PSPT e a capacidade de resiliência, incluindo hereditariedade moderada, loci genéticos específicos e alterações em metilação do ADN que podem refletir tanto a predisposição como as consequências do trauma (Amstadter et al., 2024; Katrinli et al., 2024; Nievergelt et al., 2024; Sartor et al., 2012).

As diferenças de sexo, idade e contexto sociocultural modulam a expressão dos sintomas, trajetórias clínicas e riscos fisiológicos, salientando a necessidade de abordagens abrangentes e centradas em indivíduos expostos ao trauma, culturalmente informadas e sensíveis ao ciclo vital (Bach et al., 2021; Nicholson et al., 2022; Olf et al., 2007; Van Zuiden et al., 2022). Por fim, a consideração de contextos globais e culturais revela a importância de instrumentos de avaliação adaptados, que permitam identificar de forma fidedigna os efeitos do trauma e orientar intervenções eficazes (Dückers & Olf, 2017; Harnett et al., 2023).

### **3. Definição de Perturbação de Stress Pós-traumático**

A Perturbação de Stress Pós-traumático é uma condição psiquiátrica que pode desenvolver-se após a exposição a acontecimentos traumáticos que envolvem ameaça extrema, morte, ferimento grave ou violação física ou psicológica significativa, como combate militar, desastres naturais, acidentes graves, agressões, violência ou maus-tratos prolongados, bem como situações de refúgio ou deslocamento. Os sintomas devem prolongar-se por mais de um mês e causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas relevantes (American Psychiatric Association [APA], 2025).

De acordo com DSM-5-TR (APA, 2022), o diagnóstico para a PSPT requer exposição a evento(s) traumático(s), seja por experiência direta, testemunho, conhecimento do trauma por familiar ou amigo próximo, ou exposição repetida a detalhes aversivos. Pode ser caracterizado por 20 sintomas pertencentes a quatro grupos de sintomas: (a) sintomas de intrusão, como memórias involuntárias, sonhos perturbadores, *flashbacks* ou reatividade intensa perante sinais associados; (b) evitamento persistente de estímulos relacionado com o trauma; (c) alterações negativas em cognições e humor, como crenças distorcidas, culpa excessiva, estado emocional negativo persistente, distanciamento ou incapacidade de experienciar emoções positivas; e (d) alterações da excitação e reatividade, incluindo irritabilidade, comportamento imprudente, hipervigilância, sobressaltos exacerbados, dificuldades de concentração ou perturbações do sono (U.S. Department of Veterans Affairs [VA], 2025b). O manual prevê ainda o especificador “com sintomas dissociativos”, aplicável quando, além dos critérios nucleares, se verificam fenómenos persistentes de despersonalização e/ou desrealização. Este subtipo dissociativo apresenta relevância clínica particular, uma vez que se associa frequentemente a trauma precoce e a maior gravidade sintomática (APA, 2022).

A CID-11, por sua vez, define a PSPT de forma mais concisa, exigindo três conjuntos de sintomas: (a) reexperienciar o trauma no presente (e.g., *flashbacks* ou pesadelos com forte reatividade); (b) evitamento persistente de memórias ou sinais associados; e (c) sensação de ameaça atual, expressa por hipervigilância ou sobressalto acentuado. Estes sintomas devem prolongar-se por várias semanas e causar disfunção clinicamente significativa (World Health Organization [WHO], 2022). A CID-11 distingue ainda a Perturbação de Stress Pós-traumático Complexa (CPTSD, sigla em inglês), caracterizada pelos critérios nucleares de PSPT acrescidos de perturbações persistentes na autorregulação, autoconceito negativo e dificuldades relacionais (U.S. Department of Veterans Affairs [VA], 2025c; WHO, 2022)

Importa ainda salientar que todos os critérios de avaliação para o diagnóstico de PSPT anteriormente referidos assumem grande relevância, porém necessitam da integração na avaliação clínica realizada pelo profissional. Este deve reconhecer que a percepção subjetiva do trauma vivenciado pela pessoa, e o conseqüente risco de desenvolvimento PSPT, constituem elementos fundamentais para a compreensão do quadro clínico, bem como para a definição dos métodos de avaliação mais adequados e da abordagem terapêutica a adotar.

## **4. A Relevância, a prevalência e o impacto da Perturbação de Stress Pós-traumático**

A relevância da Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) em saúde pública é amplamente reconhecida, dado que a prevalência de experiências traumáticas ao longo da vida é muito elevada a nível global. Os dados do *World Mental Health Survey* da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que a maioria da população reporta pelo menos uma exposição traumática, com uma média de 3.2 acontecimentos por pessoa, e que traumas de natureza interpessoal, como agressões físicas ou sexuais, apresentam o risco mais elevado de desencadear PSPT (Kessler et al., 2017). Contudo, apenas uma minoria parece desenvolver a perturbação, com prevalência global estimada em 3.9% e cerca de 5.6% entre os indivíduos efetivamente expostos a traumas (Atwoli et al., 2015; Koenen et al., 2017). Esta diferença evidencia a importância da análise dos fatores individuais na vulnerabilidade psicológica, incluindo género, histórico de trauma, suporte social e predisposição genética (Koenen et al., 2017; Liberzon & Abelson, 2016; Sayed et al., 2015; Smoller, 2016), uma vez que tais fatores influenciam não só a suscetibilidade ao PSPT, mas também a procura por tratamento. Segundo Koenen e colaboradores (2017), em países de alta renda, 53.5% dos indivíduos expostos a trauma procuram assistência, valor aproximadamente o dobro do observado em países de renda média-baixa (22.8%) e media alta (28.7%). Ademais, fatores sociais e individuais — como idade mais jovem, sexo feminino, estado civil solteiro, menor escolaridade, rendimentos familiares mais baixos e desemprego — estão associados a um risco maior de desenvolvimento de PSPT ao longo da vida entre os indivíduos expostos a trauma. Importa ainda referir que a identificação e o diagnóstico preciso da PSPT dependem do acesso a instrumentos de avaliação fiáveis e validados, cuja disponibilidade parece continuar limitada em regiões com elevada incidência de traumas, como Angola, o que reforça a necessidade de ampliar a acessibilidade a métodos de avaliação e intervenções adequadas para mitigar os impactos desta perturbação na saúde mental da população.

As evidências científicas têm demonstrado que o impacto da PSPT não se distribui de forma homogênea entre os géneros, sendo as mulheres consistentemente identificadas como mais vulneráveis ao seu desenvolvimento. De acordo com a *American Psychological Association* (APA, 2023), embora tanto homens como mulheres estejam amplamente expostos a eventos potencialmente traumáticos, as mulheres apresentam uma probabilidade maior de desenvolver PSPT, mesmo quando expostas a tipos de traumas semelhantes. Esta disparidade parece estar associada a fatores psicossociais, neurobiológicos e contextuais que modulam a resposta ao stress traumático. Acresce que a natureza dos eventos traumáticos tende a divergir entre géneros: as mulheres

experienciam com maior frequência agressões sexuais e violência interpessoal, enquanto os homens estão mais sujeitos a eventos relacionados com violência física e combate, como referido anteriormente (Langeland & Olf, 2024; Norris et al., 2002; Olf, 2017; Olf et al., 2007; Tolin & Foa, 2006). Assim, a análise do impacto e da relevância da PSPT requer a consideração das especificidades de género, não apenas para a compreensão da vulnerabilidade de ambos os géneros, mas também para a formulação de estratégias de prevenção e intervenção mais equitativas e sensíveis ao contexto sociocultural.

Para além do referido, a PSPT associa-se a consequências psicológicas significativas. A literatura evidencia níveis elevados de comorbidade com perturbação depressiva major, perturbações de ansiedade, perturbações do sono e consumo de substâncias, sendo estas condições responsáveis por um agravamento do sofrimento clínico, aumento do risco de suicídio e maior complexidade do tratamento (AI Jowf et al., 2023; Coventry et al., 2020, Flory et al., 2015; Longo et al., 2020; Moreira et al., 2017; Pryce et al., 2019; Straus et al., 2018). Também se observam défices cognitivos em domínios como memória, atenção e funções executivas, o que compromete o funcionamento académico, profissional e social (AI Jowf et al., 2023). O impacto da PSPT manifesta-se igualmente em défices funcionais generalizados. Uma revisão sistemática concluiu que indivíduos com PSPT apresentam limitações substanciais nas atividades da vida diária, no desempenho ocupacional, nas relações interpessoais e na qualidade de vida, o que confirma o carácter debilitante da perturbação (Jellestad et al., 2021). Estes prejuízos traduzem-se numa carga social e económica relevante, marcada pelo aumento do absentismo laboral, pela perda da produtividade e pela procura acrescida de serviços de saúde, representando um encargo significativo para indivíduos, famílias e comunidades (AI Jowf et al., 2023). Do ponto de vista biológico, a PSPT associa-se a alterações nos circuitos neurais responsáveis pelo processamento da ameaça – em particular a amígdala, o hipocampo e o córtex pré-frontal –, bem como a disfunções do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal e de neurotransmissores, fatores que contribuem para a manutenção dos sintomas e para a ligação da perturbação com condições médicas (AI Jowf et al., 2023; Ressler et al., 2022). Acresce ainda a influência de fatores genéticos e epigenéticos. Estudos recentes de metilação do ADN demonstram que alterações epigenéticas associadas ao trauma e à PSPT podem refletir-se em envelhecimento biológico acelerado, em declínio neurocognitivo e em redução da esperança da vida, sugerindo que a vulnerabilidade genética e epigenética modula a suscetibilidade e as trajetórias de recuperação (Katrinli et al., 2020; Ressler et al., 2022).

Em síntese, a PSPT representa não apenas uma perturbação psiquiátrica com sintomas persistentes e debilitantes, mas também uma condição que repercute amplamente na saúde física, na vida social e económica, e no bem-estar global das

populações. A gravidade das suas consequências psicológicas, funcionais e a carga socioeconómica associada tornam imperativa a implementação de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e intervenção multidisciplinar, com recurso a instrumentos de avaliação válidos e sensíveis, como o *Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5, Weathers, 2013a), de modo a mitigar os seus efeitos na vida dos indivíduos e na sociedade.

## **5. Perturbação de Stress Pós-traumático em Angola**

A guerra civil em Angola, que se prolongou de 1975 a 2002, constitui um dos conflitos mais longos e devastadores do continente africano. Alimentada por divisões internas e pela competitividade de potências externas, resultou em centenas de milhares de mortes, milhões de deslocados e na destruição das estruturas políticas, económicas e sociais do país, consequências que se estendem até ao presente (Anderson, 2015). Entre os efeitos mais significativos deste conflito encontra-se a Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT), cuja prevalência em Angola reflete a intensa e prolongada exposição da população à violência e a múltiplos eventos traumáticos (Ventura, 2019).

Estudos realizados com diferentes grupos populacionais — civis, militares e crianças — demonstram que homens, mulheres e menores foram vítimas diretas e indiretas da guerra, sofrendo perdas familiares, deslocações forçadas e contacto continuado com acontecimentos traumáticos (Ventura, 2019). Em populações infantis e adolescentes expostas, observaram-se prevalências particularmente elevadas, como 64.6% entre alunos da escola Mandume e até 90% em determinados grupos de adolescentes refugiados. Em deslocados internos na cidade de Lubango, a prevalência de PSPT atingiu 86.9%, enquanto em civis residentes em Matala os valores situaram-se em torno dos 39.6%, sugerindo uma redução gradual da gravidade sintomática à medida que as comunidades se estabilizam (Ventura, 2019).

Entre ex-combatentes e militares, os índices revelam-se mais elevados: estudos conduzidos após o cessar-fogo registaram prevalências de 92.4% em antigos guerrilheiros do MPLA e de 76.2% em militares portadores de deficiência resultante da guerra, evidenciando uma relação direta entre o grau de exposição ao combate e a probabilidade diagnóstica de PSPT (Ventura, 2019). Estes achados confirmam a importância dos fatores de exposição, duração do conflito e a ausência de redes de apoio social enquanto preditores centrais da perturbação.

Para além dos indicadores de prevalência, diversos autores sublinham fatores contextuais que amplificam o impacto do trauma em Angola. A impossibilidade de elaborar o luto de forma adequada, a perda de rituais comunitários e de recursos materiais, a fragmentação das estruturas familiares e a escassez de serviços de saúde

mental são elementos que perpetuam a sintomatologia e dificultam a recuperação individual e coletiva (Lara, s.d.; Martz, 2010; Ventura, 2019). Estas condições favorecem a manutenção de padrões transgeracionais de sofrimento psicológico, salientando a necessidade de abordagens psicossociais culturalmente ajustadas (Lara, s.d.).

No plano continental, investigações realizadas em África têm evidenciado que experiências prolongadas de conflito e perseguição estão associadas a níveis elevados de PSPT, depressão e ansiedade, comprometendo a saúde mental, a estabilidade social e o desenvolvimento económico, além de perpetuarem ciclos de violência e exclusão social (Martz, 2010; Musisi & Kinyanda, 2020). Meta-análises internacionais identificaram prevalências de PSPT entre 15.3% e 30.6% em populações civis expostas a guerra, enquanto a prevalência de depressão situa-se entre 10.8% e 30.8% (Ahmed et al., 2024). No caso dos deslocados internos – realidade que marcou fortemente Angola – Tesfaye e colaboradores (2024) estimam prevalências média de PSPT em África em torno de 51%, destacando-se fatores de risco como género feminino, o desemprego, a vivência de múltiplos eventos traumáticos e a falta de cuidados médicos adequados.

A nível global, Hoppen e Morina (2019) calcularam que cerca de 354 milhões de adultos sobreviventes de guerra sofrem de PSPT e/ou depressão major, dos quais aproximadamente 117 milhões apresentam comorbilidades, sendo a maioria destes residentes em países de baixo e médio rendimento, como Angola, onde os serviços de saúde mental são insuficientes. Neste contexto, a PSPT configura-se como um problema de saúde pública de elevada relevância, com impacto não apenas individual, mas também coletivo, comprometendo a coesão comunitária e a reintegração social no período pós-guerra (Pires, 2006; Ventura, 2019).

Face a este panorama, a literatura enfatiza a importância de respostas que integrem políticas de saúde mental, práticas comunitárias e intervenções culturalmente sensíveis (Martz, 2010; Pires, 2006). A adaptação e validação de instrumentos internacionalmente reconhecidos, como o *Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5; Weathers, 2013a), à realidade angolana revela-se, assim, essencial. Estudos recentes em África Oriental demonstram que versões reduzidas e culturalmente ajustadas do PCL-5 podem constituir ferramentas eficazes para rastreio e monitorização em cuidados primários (Meffert et al., 2024), reforçando a relevância da validação e padronização deste instrumento para o contexto angolano.

Em síntese, a evidência científica disponível indica que a PSPT permanece como uma perturbação de elevada expressão em Angola, especialmente entre grupos com maior risco de exposição a eventos de guerra, deslocação e perda (Ventura, 2019). Embora se observe uma tendência de redução gradual das taxas à medida que o país consolida a paz, as sequelas psicológicas, sociais e culturais persistem (Martz, 2010;

Ventura, 2019). Além disso, atualmente, a literatura mostra que Angola não tem acesso a nenhum instrumento validado para a avaliação da PSPT. Assim, a validação do PCL-5 para a população angolana representa um contributo fundamental para a avaliação rigorosa da PSPT e para o desenvolvimento de respostas clínicas e comunitárias ajustadas às especificidades do país.

## **6. *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)***

O *Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5) é um questionário de autorresposta composto por 20 itens, desenvolvido para avaliar a presença e a gravidade dos sintomas de Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT), de acordo com os critérios do DSM-5 (APA, 2013; Weathers et al., 2013a). Estrutura-se em quatro clusters correspondentes à organização diagnóstica atual: intrusões, evitamento, alterações negativas das cognições e humor, e alterações na excitação e reatividade (APA, 2022); em que cada sintoma é classificado numa escala *Likert* de cinco pontos ("Não", "Um pouco", "Moderadamente", "Bastante", "Extremamente").

O PCL teve inicialmente três versões distintas (civil, militar e específicas), com base no DSM-III e DSM-IV, contendo 17 itens (Weathers et al., 1993), e foi posteriormente reformulado para o DSM-5, resultando na versão PCL-5, que mantém as versões distintas (civil, militar, específicas), além de poder ser administrado isoladamente ou em conjunto com o *Life Events Checklist* (LEC-5, Weathers et al., 2013b), um instrumento de autorrelato que avalia a exposição a 17 eventos traumáticos potencialmente relevantes para o desenvolvimento de PSPT, permitindo identificar experiências de trauma direto, testemunhado ou indireto, assegurando assim o critério A do DSM-5 para o diagnóstico de PSPT (APA, 2013).

Embora a *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5* (CAPS-5, Weathers et al., 2013c), instrumento estruturado de entrevista clínica que avalia a frequência e intensidade dos sintomas e a gravidade funcional segundo o DSM-5, seja considerada o *gold standard* para o diagnóstico de PSPT, o PCL-5 tornou-se uma ferramenta de referência pela sua praticidade, sensibilidade e robustez psicométrica, sendo amplamente utilizado para rastreio, diagnóstico provisório e monitorização da evolução sintomática (U.S. Department of Veterans Affairs [VA], 2025a).

No estudo original de desenvolvimento do instrumento (Blevins et al., 2015), o PCL-5 apresentou consistência interna excelente ( $\alpha = .94$ ), fiabilidade teste-reteste adequada ( $r = .82$ ), elevada validade convergente ( $r_s \approx .74$  a  $.85$ ) e validade discriminante moderada ( $r_s \approx .31$  a  $.60$ ). As análises fatoriais confirmatórias mostraram que o modelo de quatro fatores do DSM-5 apresentava ajuste aceitável, embora investigações

subsequentes tenham identificado melhor ajuste em modelos alternativos, como o de seis fatores (Anedonia) ou sete fatores (modelo híbrido) (Armour et al., 2015; Carvalho et al., 2020).

No que diz respeito à utilidade diagnóstica, Bovin e colaboradores (2016) demonstraram, em veteranos, que o PCL-5 apresenta elevada sensibilidade e especificidade quando comparado com o CAPS-5, sugerindo pontos de cortes entre 31 e 33 para o diagnóstico provisório, com concordância moderada ( $k \approx .58$ ). Além disso, confirmaram a sua validade diagnóstica em militares norte-americanos em combate, verificando boa acuidade e sensibilidade a alterações clínicas (Bovin et al., 2016). Em profissionais de forças de segurança e socorro, como bombeiros e policiais, também se observou alta consistência interna, validade convergente e utilidade clínica, como ponte de corte sugerido de 41 (Morrison et al., 2021).

No contexto transcultural, o PCL-5 já foi adaptado e validado em múltiplas línguas. No Brasil, Osório e colaboradores (2017) conduziram um processo de adaptação transcultural, assegurando equivalência semântica e cultural. Em Portugal, Carvalho e outros (2020) reforçaram a pertinência do instrumento em contexto lusófono. Na Alemanha, Krüger-Gottschalk et al. (2017) verificaram consistência interna elevada ( $\alpha = .94$ ) e validade convergente robusta. A versão sueca aplicada a pais de crianças com queimaduras (Sveen et al., 2016) e a versão árabe testada em populações deslocadas por conflitos armados (Ibrahim et al., 2018) confirmaram a adequação do PCL-5 a contextos distintos. Estes resultados sustentam a robustez do instrumento e a sua capacidade de captar sintomas de PSPT em diferentes culturas.

Assim, o PCL-5 revela-se uma medida de elevada fiabilidade e validade, amplamente validada em diferentes culturas e populações, reconhecida como ferramenta de referência internacional para avaliação da PSPT e indispensável em contextos onde a prevalência de trauma é elevada e a disponibilidade de instrumentos é escassa. Deste modo, torna-se imperativo proceder à adaptação cultural do PCL-5 para o contexto angolano, onde ainda é inexistente instrumentos de avaliação da PSPT, apesar das evidências consistentes de elevada prevalência desta perturbação na população.

## Capítulo II – Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral proceder à validação do instrumento psicológico *Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)* para a população angolana, assegurando a sua adequação linguística, cultural e psicométrica. Esta investigação pretende colmatar a lacuna existente na avaliação científica da Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) em Angola, um país fortemente marcado por experiências prolongadas de conflito armado e pelas suas consequências sociais e psicológicas.

Especificamente, o estudo propõe-se a:

1. Analisar as propriedades psicométricas do PCL-5 na população angolana, nomeadamente a sua fiabilidade interna e validade fatorial;
2. Examinar a estrutura fatorial do instrumento, avaliando se os modelos teóricos previamente identificados na literatura se adequam à população em estudo ou se emergem configurações fatoriais distintas;
3. Comparar os níveis de sintomas de PSPT entre grupos sociodemográficos, com destaque para o estatuto civil-militar e para o género, de modo a verificar as hipóteses formuladas sobre diferenças significativas em função destes fatores;
4. Explorar o impacto de variáveis contextuais na expressão dos sintomas de PSPT em civis e militares angolanos, bem como entre os géneros.

A variável principal em estudo é a Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT), definida segundo os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-5-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022), operacionalizada através da pontuação total e dos fatores do PCL-5 (Weathers et al., 2013a).

Foram formuladas três hipóteses principais:

- *H1*: O PCL-5 apresenta boas propriedades psicométricas, fiabilidade e validade, na população angolana;
- *H2*: Existem diferenças significativas nos níveis de sintomas de PSPT entre militares e civis;
- *H3*: Existem diferenças significativas nos níveis de sintomas de PSPT entre homens e mulheres.

Importa referir que, embora a literatura aponte uma maior prevalência de PSPT entre as mulheres, optou-se por formular uma hipótese não direcional, considerando alternativas plausíveis face à composição da amostra e ao contexto sociocultural. No presente estudo, a predominância de participantes masculinos (68.8%) e militares (52.9%) poderá influenciar a direção dos efeitos, uma vez que este grupo profissional está frequentemente exposto a situações de elevado risco ocupacional e a experiências traumáticas intensas. Tal padrão é coerente com meta-análises que identificam a exposição ao combate, o baixo suporte social e as dificuldades na transição para a vida civil como fatores de risco significativo para o desenvolvimento de PSPT (Xue et al., 2015). No contexto angolano, os índices da perturbação revelam-se particularmente elevados entre ex-combatentes e militares — 92.4% e 76.2%, respetivamente — evidenciando a relevância da intensidade da exposição e da ausência de redes de apoio social como preditores centrais da perturbação (Ventura, 2019). Assim, admite-se que a composição amostral desta investigação possa ter influenciado a magnitude e a direção do efeito, justificando resultados divergentes da tendência internacional.

Por fim, espera-se que o PCL-5 demonstre boas propriedades psicométricas, evidenciando adequada consistência interna e validade fatorial, refletindo a sua fiabilidade e aplicabilidade no contexto angolano. Prevê-se ainda que o instrumento se mostre sensível às diferenças sociodemográficas e contextuais, confirmando as hipóteses relacionadas com o estatuto civil-militar e com o género. Os resultados esperados deste estudo possuem implicações relevantes tanto a nível científico como social. Do ponto de vista científico, a validação do PCL-5 para o contexto angolano permitirá dispor de uma ferramenta psicométrica robusta e culturalmente adequada, capaz de apoiar futuras investigações sobre trauma psicológico em países de língua portuguesa. Do ponto de vista social e clínico, este trabalho visa promover o desenvolvimento de estratégias de avaliação e intervenção mais eficazes, incentivando o investimento em programas de tratamento e a criação de políticas públicas direcionadas para a saúde mental da população angolana.

# Capítulo III – Estudo Empírico

## 1. Metodologia

Esta secção é elaborada com o propósito de descrever a metodologia utilizada no presente estudo. Para tal, será apresentada uma análise das características sociodemográficas dos participantes do estudo. Seguidamente, serão explicitados os instrumentos e procedimentos administrados na recolha de dados, assim como os procedimentos de tradução e adaptação do instrumento. Por fim, serão descritos os procedimentos estatísticos utilizados para a sua análise.

### 1.1. Participantes

A amostra do presente estudo foi selecionada em colaboração com instituições militares e de ensino superior de Angola, por conveniência. É constituída por 259 participantes angolanos, quais 176 (68.8%) são do género masculino, 80 (31.3%) do género feminino (Tabela 1).

**Tabela 1**

*Distribuição dos participantes segundo o género*

	<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% Válida</b>
Válido	Masculino	176	68	68.8
	Feminino	80	30.9	31.3
Omisso	—	3	1.2	—
Total		259	100	100

*Nota.* Omissos = 3; n válido = 256.

Relativamente a faixa etária, a maioria dos participantes encontra-se entre 46 e os 55 anos (38,3%), seguido do grupo entre os 18 e os 25 anos (19.1%). Seguem-se os participantes entre os 26 e os 35 anos (17.6%), aqueles com mais de 55 anos (13.7%) e, por fim, o grupo entre 36 aos 45 anos (11.3%). Sendo possível visualizar estas distribuições na Tabela 2.

**Tabela 2**

*Distribuição dos participantes segundo as faixas etárias*

	<b>Faixas Etárias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% Válida</b>
Válido	18-25 anos	49	18.9	19.1
	26-35 anos	45	17.4	17.6

	36-45 anos	29	11.2	11.3
	46-55 anos	98	37.8	38.3
	+ 55 anos	35	13.5	13.7
Omisso	—	3	1.2	—
	<b>Total</b>	<b>259</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

*Nota.* Omisso = 3; *n* válido = 256.

Referente ao estado civil, observa-se que a maioria dos participantes se encontra casado(a) ou em união de facto (55.1%). Seguidos dos solteiros (35.9%). Registaram-se ainda divorciados ou separados (7%), viúvos (1.2%) e uma pequena proporção que indicou outra situação (.8%). Estes resultados podem ser observados na Tabela 3, que apresenta a distribuição detalhada desta variável.

### **Tabela 3**

*Distribuição dos participantes segundo o estado civil*

	<b>Estado Civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% Válida</b>
Válido	Solteiro	92	35.5	35.9
	Casado(a)/União de facto	141	54.4	55.1
	Viúvo(a)	3	1.2	1.2
	Divorciado(a)/Separado(a)	18	6.9	7
	Outra situação	2	.8	.8
Omisso	—	3	1.2	—
	<b>Total</b>	<b>259</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

*Nota.* Omisso = 3; *n* válido = 256.

Relativamente ao nível de escolaridade, a maior parte da amostra possui ensino superior (42.1%), sendo também expressiva a percentagem de participantes com o 2.º e 3.º ciclo do ensino básico (32.3%) e com o secundário (23.6%). Uma minoria apresenta o 1º ciclo do ensino básico (1.6%) ou outras formações (.4%). A tabela 4 apresenta a distribuição das habilitações literárias da amostra.

### **Tabela 4**

*Distribuição dos participantes segundo as habilitações literárias*

	<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% Válida</b>
Válido	1.º Ciclo Básico	4	1.5	1.6
	2.º e 3.º Ciclo Básico	82	31.7	32.3
	Ensino	60	23.2	23.6

Secundário				
	Ensino Superior	107	41.3	42.1
	Outra situação	1	.4	.4
Omisso	—	5	1.9	—
Total		259	100	100

*Nota.* Omisso = 5; *n* válido = 254.

No que se refere à situação profissional atual, observa-se que a maioria dos participantes se encontra empregado (69.1%), em seguida estão os desempregados (25.8%). Identificaram-se ainda trabalhadores autónomos (3.9%) e reformados (.6%), juntamente com aqueles que referem estar em outra situação (.6%). A distribuição completa desta variável encontra-se apresentada na Tabela 5.

### **Tabela 5**

*Distribuição dos participantes segundo a situação profissional*

	<b>Situação Profissional</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>	<b>% Válida</b>
Válido	Empregado(a)	123	47.5	69.1
	Desempregado(a)	46	17.8	25.8
	Reformado(a)	1	.4	.6
	Autónomo(a)	7	2.7	3.9
	Outra situação	1	68.7	.6
Omisso	—	81	31.3	—
Total		259	100	100

*Nota.* Omisso = 81; *n* válido = 178.

Quanto à condição militar, verifica-se uma ligeira predominância de participantes militares (52.9%), em contraste com a restante amostra que se autoidentificam como civis (47.1%). Esta proporção pode ser consultada na Tabela 6, que sintetiza a distribuição entre os dois grupos.

### **Tabela 6**

*Distribuição dos participantes segundo a condição militar ou civil*

	<b>Condição</b>	<b><i>n</i></b>	<b>%</b>	<b>% Válida</b>
Válido	Civil	122	47.1	47.1
	Militar	137	52.9	52.9
Total		259	100	100

No que respeita à profissão, sobressaem os estudantes (30.6%) e os militares das Forças Armadas (27.9%), seguidos pelos especialistas intelectuais e científicos (22.4%). Em percentagens inferiores, encontram-se os profissionais da indústria, construção e ofícios (8.7%), os técnicos e intermédios (4.6%) e os que exercem serviços pessoais, de proteção e vendas (3.7%). Registam-se ainda dirigentes e gestores (.9%), operadores de máquinas e veículos (.5%), juntamente com agricultores, pescadores e florestais (.5%) e trabalhadores não qualificados (.5%). A Tabela 7 apresenta a caracterização detalhada desta variável.

**Tabela 7**

*Distribuição dos participantes segundo a profissão*

	<b>Profissão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% Válida</b>
Válido	Dirigentes e gestores	2	.8	.9
	Especialistas intelectuais e científicos	49	18.9	22.4
	Técnicos e intermédios	10	3.9	4.6
	Serviços pessoais, proteção e vendas	8	3.1	3.7
	Agricultores, pescadores e florestais	1	.4	.5
	Indústria, construção e artífices	19	7.3	8.7
	Operadores de máquinas e veículos	1	.4	.5
	Não qualificados	1	.4	.5
	Forças Armadas	61	23.6	27.9
	Estudante	67	25.9	30.6
Omisso	—	40	15.4	—
	<b>Total</b>	<b>259</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

*Nota.* Omisso = 40; n válido = 219.

## **1.2. Instrumentos**

Referente aos instrumentos, o protocolo elaborado inclui um questionário sociodemográfico (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, profissão, se é ou não militar e eventos marcantes) e os instrumentos psicológicos PCL-5 e NSESSS (*National Stressful Events Survey PTSD Short Scale*). Ambos os instrumentos são medidas de autorrelato desenvolvidas para avaliar sintomas de Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) com base nos critérios do DSM-5. O PCL-5, desenvolvido por Weathers e colaboradores (2013a), contém 20 itens que seguem uma escala *Likert* (0 a 4) e apresenta excelentes propriedades psicométricas, destacando-se pela sua consistência interna elevada ( $\alpha = .94$ ) e pela validade convergente e discriminante robustas (Blevins et al., 2015). A validação portuguesa deste instrumento, conduzida por Carvalho et al. (2020), confirmou a sua fiabilidade e validade, registando uma consistência interna elevada e uma boa validade convergente. O NSESSS, por sua vez, foi desenvolvido por Kilpatrick e colaboradores em parceria com o DSM-5 *Work Group* (2013), apresenta 9 itens que seguem uma escala *Likert* (0 a 4) e demonstrou igualmente propriedades psicométricas satisfatórias, com consistência interna elevada ( $\alpha = .91$ ) e boa validade convergente e discriminante (LeBeau et al., 2014). Contudo, este instrumento ainda não foi validado para a população portuguesa, o que limita a sua aplicabilidade.

## **1.3. Procedimentos de recolha de dados**

O presente estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (ver Anexo 1), garantindo o respeito pelos princípios éticos do consentimento informado, confidencialidade, anonimato e do direito de abandonar o estudo a qualquer momento. Para a recolha de dados foi elaborado um protocolo composto pelo termo de consentimento informado, que garantia a segurança e a confidencialidade dos participantes; um questionário sociodemográfico; e os instrumentos psicológicos *Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5) e *National Stressful Events Survey PTSD Short Scale* (NSESSS). A recolha de dados foi conduzida em Angola por membros da equipa de investigação, em colaboração com instituições militares e de ensino superior, nomeadamente a Base Aérea Nº1 de Luanda, Universidade Metodista de Angola (UMA) e o Instituto Superior Politécnico Tundavala (ISPT). Foram definidos como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, nacionalidade angolana, capacidade de leitura e escrita em língua portuguesa e consentimento informado para participar no estudo. Os critérios de exclusão incluíram idade inferior a 18 anos, ausência de nacionalidade angolana, não possuir competências

de leitura e escrita em português e recusa em conceder o consentimento informado. Com autorização expressa dos autores, foi utilizada a versão portuguesa do PCL-5 (Carvalho et al., 2020), como ponto de partida para a adaptação, tendo em conta a semelhança linguística e cultural de ambos os países, que partilham o idioma português. Para assegurar a adequação linguística e cultural do instrumento ao contexto angolano, procedeu-se a uma validação semântica com um grupo-piloto, que permitiu avaliar a clareza e a pertinência dos itens, não se tendo verificado ambiguidades significativas. Os dados, recolhidos por conveniência, foram organizados, limpos e analisados de acordo com os objetivos definidos. Para o tratamento estatístico, foi criada uma base de dados e efetuaram-se as análises descritivas e inferenciais através dos programas IBM SPSS Statistics (versão 30, IBM Corp., 2023.) e JASP (versão 0.95.1; JASP Team, 2025).

## **1.4. Procedimentos de tradução e adaptação**

As adaptações transculturais da escala seguiram o modelo proposto por Reichenheim e Moraes (2007), estruturado em três etapas sequenciais — (1) seleção da escala; (2) análise da equivalência conceptual e semântica; e (3) avaliação da equivalência operacional — que visam assegurar que o instrumento mantenha a validade conceptual, semântica e operacional no contexto-alvo, garantindo que mede o mesmo construto do original e se apresenta adequado linguisticamente e culturalmente à população estudada. Em seguida, segue a descrição de cada uma das etapas referidas enquadradas no presente estudo.

### **1.4.1. Etapa 1: Seleção da escala**

O PCL-5 foi selecionado para a adaptação com base numa revisão de literatura. Esta etapa incluiu a identificação de instrumentos destinados à avaliação da Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) e a análise da correspondência entre os critérios de diagnóstico do DSM-5-TR, as instruções e os itens da escala. Para a pesquisa de referências, foram utilizados os seguintes descritores (MeSH/DeCS): PTSD, escalas, testes psicológicos e validade de testes psicológicos.

### **1.4.2. Etapa 2: Equivalência conceptual e semântica**

No presente estudo, a equivalência conceptual do PCL-5 foi assegurada através da análise da relevância dos conceitos de trauma e de Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) no contexto angolano. Esta etapa baseou-se na revisão da literatura especializada e na apreciação crítica de especialistas da área da saúde mental, confirmando a pertinência dos domínios avaliados pelo instrumento para a população-alvo. Relativamente à equivalência semântica, utilizou-se a versão portuguesa do PCL-5,

mediante autorização dos autores, dada a proximidade linguística entre os dois países. Reconhecendo, no entanto, as especificidades culturais, procedeu-se à aplicação de um estudo-piloto com participantes angolanos, de modo a identificar termos pouco usuais ou ambiguidades. Contudo, através das observações recolhidas verificou-se que o instrumento está linguisticamente equivalente à população angolana, não sendo necessárias alterações ou ajustes.

### **1.4.3. Etapa 3: Equivalência operacional**

A equivalência operacional foi confirmada durante reuniões realizadas pelos autores do presente estudo. Após discussões com representantes da população-alvo, foram analisadas as suas sugestões e observações. Foram tidas em conta questões como o formato do instrumento, o contexto de aplicação (instituições militares e de ensino superior) e a forma de aplicação (coletiva, em regime de autorrelato), mantendo-se a estrutura original em escala *Likert* (0 a 4) de cinco pontos. As observações recolhidas no estudo-piloto indicaram boa aceitação e compreensão dos itens, confirmando a viabilidade da utilização do PCL-5 no contexto angolano. Sendo assim aprovada a versão final do instrumento.

## **1.5. Análise estatística de dados**

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e psicométrico, tendo a análise de dados sido realizada nos programas IBM SPSS Statistics (versão 30, IBM Corp., 2024) e JASP (versão 0.95.1; JASP Team, 2025), com nível de significância estabelecido em  $p < .05$ . Inicialmente, efetuaram-se análises descritivas, com recurso a frequências, percentagens, medidas de tendência central e de dispersão, para caracterizar a amostra e os itens do PCL-5. A consistência interna foi avaliada pelo coeficiente de Ômega de McDonald e alfa de Cronbach, e pela análise de exclusão de itens. Seguidamente, realizou-se uma Análise Fatorial Exploratória (AFE), pelo método do Eixo Principal com rotação oblíqua, após confirmação da adequação da amostra pelos testes de KMO e Bartlett. O número de fatores foi definido pelo *scree plot* e confirmado por Análise Paralela. Posteriormente, procedeu-se a uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC) para testar o modelo de dois fatores emergente. Considerando a natureza ordinal dos itens e a não-normalidade dos dados (testes de Kolmogorov-Smirnov e Mardia), recorreu-se ao estimador robusto WLSMV. O ajustamento foi avaliado por  $\chi^2$ , CFI, TLI, RMSEA e SRMR, tendo sido analisadas as cargas fatoriais, correlações entre fatores e índices de modificação. Por fim, testaram-se as hipóteses comparando os níveis de sintomas de PSPT entre civis e militares e entre homens e mulheres, através do teste *t* de Welch, apropriado para a comparação de médias entre dois grupos independentes e robusto face

à heterogeneidade de variâncias, especialmente em amostras de dimensão moderada a elevada.

## **2. Resultados**

### **2.1. Descrição da amostra**

A amostra é composta por 259 participantes angolanos, constituída por população académica e militar, dos quais 176 (68.8%) são do género masculino, 80 (31.3%) do género feminino e 3 não respondentes. A faixa etária predominante situa-se entre 46 e os 55 anos (38.3%). A maioria encontra-se casado(a) ou em união de facto (55.1%), possui ensino superior (42.1%) e encontra-se atualmente empregado(a) (69.1%). Mais de metade da amostra identifica-se como militar (52.9%), enquanto os restantes participantes referem ser civis (47.1%). Em termos profissionais, a maioria da amostra é constituída por estudantes (30.6%), seguida das Forças Armadas (27.9%). Estes dados correspondem as percentagens válidas e podem ser consultados detalhadamente na secção dos participantes, conforme apresentado nas Tabelas 1 a 7.

### **2.2. Análise descritiva dos itens do PCL-5**

Os 20 itens do PCL-5 representaram médias compreendidas entre 1.12 ( $DP= 1.25$ ) e 1.86 ( $DP= 1.32$ ) e desvios padrão entre 1.18 e 1.40, indicando variabilidade adequada entre os itens. O resultado total do PCL-5 variou entre 0 e 77, com média de 30.35 ( $DP=14.52$ ), refletindo um padrão de sintomas próximo ao ponto de corte clínico descrito na literatura ( $\geq 33$ ). Os valores de assimetria e curtose situam-se dentro dos intervalos frequentemente aceitáveis. A normalidade dos dados foi avaliada para os 20 itens do PCL-5 e para o respetivo resultado total através do teste de Shapiro-Wilk, com um nível de significância de  $p < .05$ . Os resultados demonstraram que o total da escala, assim como todos os itens violaram o pressuposto da normalidade ( $p < .006$  e  $p < .001$ , respetivamente), um padrão expectável em dados de natureza ordinal. Face a não normalidade ao nível dos itens, optou-se pela utilização de métodos de análise fatorial robustos.

### **2.3. Consistência interna**

A confiabilidade interna da escala, avaliada através do coeficiente do Ômega de McDonald e Alfa de Cronbach ( $\omega=.89$ ;  $\alpha=.89$ ), revelou excelente consistência interna. A análise de exclusão de itens mostrou que a remoção de qualquer item não aumentaria significativamente, uma vez que se mantiveram todos no valor de .89 para ambos os

coeficientes caso algum item fosse excluído. Sendo assim, concluiu-se que todos os itens contribuem de forma adequada para o resultado total.

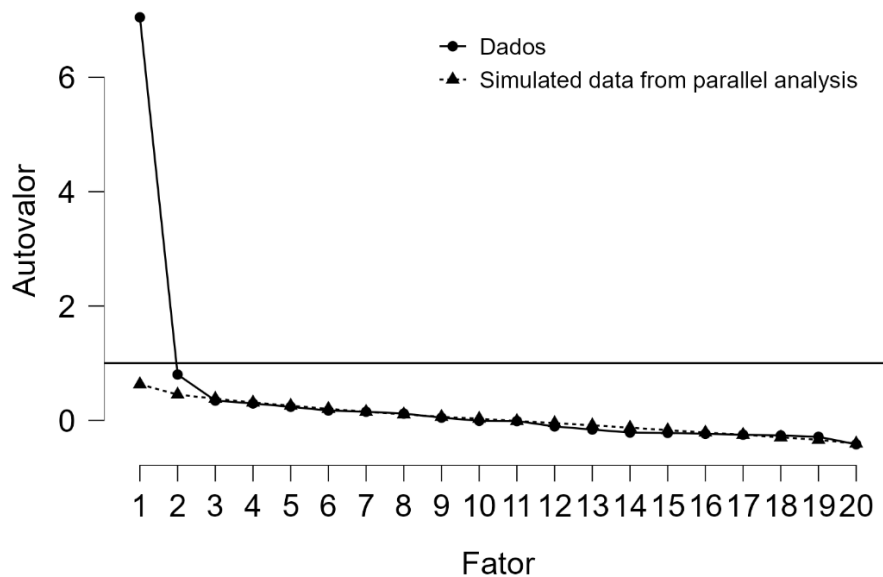
## 2.4. Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Através do software JASP (versão 0.95.1; JASP Team, 2025), uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) pelo método de Fatoração do Eixo Principal (*Principal Axis Factoring*) foi conduzida sobre os 20 itens do PCL-5, com recurso a rotação oblíqua (*oblimin*). A medida de Kaiser-Meyer-Olkin indicou excelente adequação da amostra para a análise (KMO=.92), e o teste de esfericidade de Bartlett revelou resultados significativos,  $\chi^2(190) = 2017.34, p < .001$ , confirmando que as correlações entre os itens são adequadas para a realização da análise. Para a extração dos fatores, recorreu-se inicialmente ao gráfico *Scree Plot* (Figura 1), seguindo o critério de Cattell. A interpretação do “ponto de inflexão” – momento em que os autovalores estabilizam – mostrou-se ambígua, sugerindo a possibilidade de reter entre dois e três fatores. Com o objetivo de clarificar esta decisão, procedeu-se à Análise Paralela (*Parallel Analysis*), considerada um método mais robusto para a determinação do número de fatores a reter (Bae & Hong, 2024; Xia & Zhou, 2024). Os resultados apontaram para a retenção de dois fatores, uma vez que apenas estes apresentaram autovalores reais superiores aos simulados, enquanto o terceiro e o quarto fatores não cumpriram este critério (Tabela 8). Em conjunto, os dois fatores extraídos explicaram 39.9% da variância total, sendo 23% atribuída ao Fator 1 e 16.8% ao Fator 2 após a rotação oblíqua, no qual o Fator 1 integrou os itens 12, 19, 14, 16, 13, 20, 15, 11, 18, 9, 2 e 17, enquanto o Fator 2 agrupou os itens 4, 6, 7, 3, 1, 5, 10 e 8 (Tabela 9). Observou-se que o modelo apresenta uma correlação positiva moderada entre os fatores ( $r=.67$ ), sugerindo que representam dimensões relacionadas, mas distinguíveis do construto avaliado. No que diz respeito às correlações dos itens, embora o software JASP (JASP Team, 2025) não forneça a matriz completa de correlações, os indicadores globais sugerem que as correlações entre os itens são adequadas para a análise fatorial exploratória, confirmando a adequação da matriz para a extração dos fatores. A consistência interna dos fatores, avaliada através Alfa de Cronbach e do Ômega de McDonald, revelou que o Fator 1 apresenta boa fiabilidade ( $\omega=.85; \alpha=.85$ ), sendo que a exclusão de qualquer item reduziria ambos os coeficientes. Fator 2 também evidenciou boa consistência interna ( $\omega=.80; \alpha=.80$ ), com efeito semelhante relativamente à exclusão de itens. Estes resultados indicam que os itens de ambos os fatores se encontram adequadamente ajustados ao modelo. Referente às comunalidades, a análise dos 20 itens revelou valores compreendidos entre .17 e .59, indicando que a proporção da variância de cada item explicada pelos fatores retidos varia de baixa a moderadamente. Observa-se que a maioria dos itens apresenta comunalidades

acima de .25, sugerindo uma contribuição aceitável para a estrutura fatorial. No entanto, alguns itens apresentaram comunalidades inferiores a .20, indicando que não são totalmente representativos do modelo fatorial proposto. Estes resultados sugerem que, embora a maioria dos itens seja adequada para a medição do construto subjacente, determinados itens poderão necessitar de revisão futura para otimizar a validade estrutural do instrumento. Na figura 2 é possível visualizar o diagrama do modelo de dois fatores extraídos.

**Figura 1**

Gráfico Scree plot Análise Fatorial Exploratória PCL-5



**Tabela 8**

Análise Paralela dos fatores do PCL-5

Fator	Autovalor real	Autovalor simulado
Fator 1	7.05	.61
Fator 2	.80	.45
Fator 3	.35	.37
Fator 4	.30	.32

Nota. Autovalor real > autovalor simulado.

**Tabela 9**

Itens do PCL-5 e as respectivas cargas fatoriais principais nos fatores extraídos

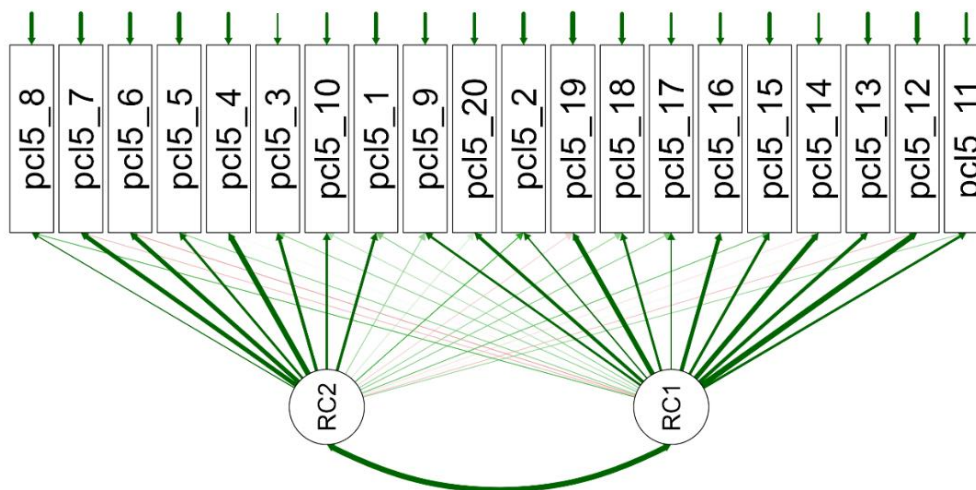
Fator	Itens	Cargas Principais
Fator 1	pcl5_12, pcl5_19, pcl5_14, pcl5_16, pcl5_13, pcl5_20, pcl5_15, pcl5_11, pcl5_18, pcl5_9, pcl5_2 e pcl5_17	pcl5_12 (.77), pcl5_19 (.71), pcl5_14 (.70), pcl5_16 (0.63), pcl5_13 (.59), pcl5_20 (.57), pcl5_15 (.53), pcl5_11 (.50), pcl5_18 (.49), pcl5_9 (.48), pcl5_2 (.40) e pcl5_17 (.37)

Fator 2	pcl5_4, pcl5_6, pcl5_7, pcl5_3, pcl5_1, pcl5_5, pcl5_10 e pcl5_8	pcl5_4 (.75), pcl5_6 (.66), pcl5_7 (.66), pcl5_3 (.56), pcl5_1 (.53), pcl5_5 (.50), pcl5_10 (.49) e pcl5_8 (.37)
---------	--	---

*Nota.* AFE com rotação oblíqua (oblimin); cargas fatoriais  $\geq .30$ ; fatores < 3 itens apresentam estabilidade reduzida.

## Figura 2

*Diagrama modelo de dois fatores Análise Fatorial Exploratória*



*Nota.* RC1 = Fator 1; RC2 = Fator 2.

Adicionalmente, foram testados modelos de três e quatro fatores, recorrendo aos mesmos procedimentos anteriormente descritos, de forma a verificar a possibilidade de uma melhor adequação à presente amostra. O modelo de três fatores apresentou indicadores de adequação globais favoráveis ( $KMO=.92$ ;  $\chi^2 (190) = 2017.34$ ,  $p<.001$ ), tendo explicado 42.3% da variância total após a rotação oblíqua, distribuída em 22.3% para o Fator 1, 17.8% para o Fator 2 e apenas 2.2.% para o Fator 3. Contudo, este último fator revelou baixa capacidade explicativa e não demonstrou estabilidade, uma vez que integrou apenas um item, que simultaneamente apresentava carga mais elevada no Fator 2 (Tabela 10). Tal fragilidade compromete a interpretação teórica e consistência do modelo, não permitindo a sua retenção. De igual modo, o modelo de quatro fatores evidenciou índices de adequação satisfatórios ( $KMO=.92$ ;  $\chi^2 (190) = 2017.34$ ,  $p<.001$ ), explicando 45.6% da variância total. Após a rotação, a variância ficou distribuída em 19.8% para o Fator 1, 13.7% para o Fator 2, 7.8% para o fator 3 e 4.2% para o Fator 4. No entanto, verificou-se a presença de fatores com reduzido número de itens (nomeadamente, Fatores 3 e 4, que incluíram apenas um e dois itens, respetivamente), comprometendo a robustez estrutural e dificultando também a interpretação teórica do modelo (Tabela 11). Face a estes resultados, o modelo de dois fatores mostrou-se o mais

adequado e estatisticamente consistente, assegurando um equilíbrio entre a qualidade do ajustamento, explicação da variância e maior coerência teórica face aos modelos alternativos, constituindo-se como a solução mais adequada para esta amostra.

**Tabela 10**

*Itens do PCL-5 e as respetivas cargas fatoriais principais em três fatores*

<b>Fator</b>	<b>Itens</b>	<b>Cargas Principais</b>
Fator 1	pcl5_12, pcl5_19, pcl5_14, pcl5_13, pcl5_16, pcl5_20, pcl5_11, pcl5_15, pcl5_18, pcl5_9 e pcl5_17	pcl5_12 (.74), pcl5_19 (.70), pcl5_14 (.67), pcl5_13 (.63), pcl5_16 (.59), pcl5_20 (.57), pcl5_11 (.51), pcl5_15 (.49), pcl5_18 (.48), pcl5_9 (.46) e pcl5_17 (.36)
Fator 2	pcl5_2, pcl5_4, pcl5_7, pcl5_6, pcl5_3, pcl5_1, pcl5_5, pcl5_10 e pcl5_8	pcl5_2 (.37), pcl5_4 (.76), pcl5_7 (.66), pcl5_6 (.64), pcl5_3 (.61), pcl5_1 (.54), pcl5_5 (.50), pcl5_10 (.49) e pcl5_8 (.38)
Fator 3	pcl5_10	pcl5_10 (.30)

*Nota.* AFE com rotação oblíqua (oblimin); cargas fatoriais  $\geq .30$ ; fatores < 3 itens apresentam estabilidade reduzida.

**Tabela 11**

*Itens do PCL-5 e as respetivas cargas fatoriais principais em quatro fatores*

<b>Fator</b>	<b>Itens</b>	<b>Cargas Principais</b>
Fator 1	pcl5_12, pcl5_16, pcl5_14, pcl5_19, pcl5_2, pcl5_15, pcl5_9, pcl5_20, pcl5_18 e pcl5_17	pcl5_12 (.78), pcl5_16 (.64), pcl5_14 (.63), pcl5_19 (.53), pcl5_2 (.52), pcl5_15 (.51), pcl5_9 (.44), pcl5_20 (.40), pcl5_18 (.39) e pcl5_17 (.38)
Fator 2	pcl5_7, pcl5_6, pcl5_4, pcl5_5, pcl5_10, pcl5_3 e pcl5_8	pcl5_7 (.68), pcl5_6 (.61), pcl5_4 (.58), pcl5_5 (.52), pcl5_10 (.43), pcl5_3 (.40) e pcl5_8 (.39)
Fator 3	pcl5_1	pcl5_1 (.94)
Fator 4	pcl5_13 e pcl5_11	pcl5_13 (.43) e pcl5_11 (.33)

*Nota.* AFE com rotação oblíqua (oblimin); cargas fatoriais  $\geq .30$ ; fatores < 3 itens apresentam estabilidade reduzida.

Em suma, estes resultados indicam que, nesta amostra angolana, a estrutura latente do PCL-5 se organizou em duas dimensões principais, em contraste com a estrutura de quatro fatores originalmente proposta a partir do DSM-5 (APA, 2013). Este

achado poderá refletir especificidades culturais ou contextuais na manifestação dos sintomas de Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT).

## 2.5. Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

Considerando os resultados da Análise Fatorial Exploratória, procedeu-se à Análise Fatorial Confirmatória (AFC) do modelo teórico de dois fatores do PCL-5. Tendo em conta que os itens do PCL-5 são de natureza ordinal (escala *Likert* de 0 a 4) e que a normalidade multivariada indicada pelo teste de Mardia (assimetria:  $p < .001$ ; curtose:  $p < .001$ ) não foi verificada, assim como a não-normalidade univariada demonstrada pelo teste de Shapiro-Wilk (todos os itens,  $p < .001$ ), optou-se pela utilização do estimador WLSMV (Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted), conforme recomendado na literatura para este tipo de dados (DiStefano et.al, 2018; Xia & Yang, 2019). Os resultados da AFC evidenciaram um excelente ajustamento do modelo aos dados:  $\chi^2(169) = 248.13, p < .001$ ; CFI = .97; TLI = .97; RMSEA = .04 (IC90% = .03 – .05,  $p = .860$ ); SRMR = .05, presentes na Tabela 12. Todos os índices se encontram dentro dos critérios de aceitabilidade, indicando um ajustamento excelente do modelo à amostra em estudo. As cargas fatoriais padronizadas apresentaram magnitudes satisfatórias e foram todas estatisticamente significativas ( $p < .001$ ). Observou-se um intervalo aproximado de cargas fatoriais entre .50 e .72. Sendo assim, todos os itens apresentaram saturações superiores a .50, indicando boa saturação dos indicadores nos respetivos fatores (Tabela 13).

**Tabela 12**

*Índices de ajustamento global do modelo de dois fatores do PCL-5*

Índice	Valor
Qui-quadrado ( $\chi^2$ )	248.13 (169), $p < .001$
Comparative Fit Index (CFI)	.97
Tucker-Lewis Index (TLI)	.97
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	.04 [IC90% .03 – .05], $p = .860$
Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)	.05

*Nota.* CFI/TLI  $\geq .95$  bom ( $\geq .90$  aceitável); RMSEA  $\leq .06$  bom ( $\leq .08$  aceitável); SRMR  $\leq .08$  aceitável. Interpretação cautelosa de  $\chi^2/p$ , sensíveis ao tamanho da amostra. Estimador utilizado: WLSMV.

**Tabela 13**

*Cargas fatoriais padronizados dos itens do modelo de dois fatores do PCL-5*

Fator	Item	Carga Padronizada	EP	IC95%
Fator 1	pcl5_12	.68	.03	.61 – .74
	pcl5_14	.64	.04	.57 – .72

	pcl5_19	.64	.04	.57 – .71
	pcl5_16	.61	.04	.54 – .69
	pcl5_20	.61	.04	.53 – .69
	pcl5_13	.59	.04	.50 – .67
	pcl5_9	.60	.04	.53 – .68
	pcl5_15	.72	.03	.65 – .78
	pcl5_18	.61	.04	.54 – .69
	pcl5_11	.62	.04	.53 – .70
	pcl5_2	.67	.03	.60 – .73
	pcl5_17	.52	.04	.44 – .61
Fator 2	pcl5_4	.72	.04	.66 – .79
	pcl5_6	.50	.05	.40 – .60
	pcl5_7	.54	.05	.45 – .63
	pcl5_1	.69	.04	.62 – .77
	pcl5_3	.70	.04	.63 – .77
	pcl5_10	.57	.05	.48 – .67
	pcl5_5	.65	.04	.57 – .73
	pcl5_8	.61	.04	.52 – .69

*Nota.* AFC com WLSMV (itens ordinais); cargas padronizadas  $\pm$  erro-padrão e IC95%, cargas  $\geq$  .50 fortes; 0.30–0.49 moderadas;  $<$  .30 fracas;  $N = 259$ .

A análise de matriz de covariâncias residuais evidenciou que apenas seis dos 20 itens apresentaram resíduos entre .10 e .17, valores que correspondem a discrepâncias de pequena magnitude e o modelo é robusto o suficiente para sustentar as presentes discrepâncias. Sendo assim, de forma geral, o modelo revelou um ajustamento adequado. Além disso, o modelo revelou índices satisfatórios de Confiabilidade Composta em ambos os fatores (CR=.89 e .84, respetivamente), ultrapassando o critério mínimo de .70. Contudo, no que respeita à Validade Convergente, os valores da Variância Média Extraída (AVE) foram inferiores a .50 (.39 e .40), sugerindo validade convergente limitada, ainda que este resultado seja frequente em instrumentos de natureza psicológica, sobretudo quando avaliados com itens ordinais. Relativamente à Validade Discriminante, a forte correlação entre os fatores ( $r=.81$ ;  $r^2=.66$ ) não foi suportada pelos valores de AVE, não permitindo evidenciar distinção clara entre as dimensões. No que respeita a variância total explicada, o modelo apresentou 66.3%, sendo 39.4% atribuída ao Fator 1 e 39.7% ao Fator 2. Todos os dados referidos anteriormente estão presentes na tabela 14. Globalmente, os resultados indicam fatores fiáveis, mas fortemente associados, apontando para a possibilidade de um construto de ordem superior que integre ambas as dimensões. Deste modo, seria interessante investigar em estudos futuros modelos de ordem superior ou bifator. Além disso, o modelo revelou uma excelente consistência interna nos coeficientes de confiabilidade Ômega de McDonald e Alfa de Cronbach ( $\omega=.92$ ;  $\alpha=.89$ ). Foram ainda visualizadas as covariações residuais e as potenciais cargas cruzadas inclinadas pelos Índices de Modificação – MI, sigla em inglês – cuja inclusão apenas seria pertinente mediante fundamentação teórica consistente (ver

Tabelas 15 e 16, respectivamente). Por fim, a Figura 3 apresenta a representação gráfica do modelo de dois fatores do PCL-5, com os valores padronizados estimados.

### Tabela 14

*Confiabilidade composta, variância média extraída, variância explicada e correlação entre os fatores do PCL-5*

<b>Fator</b>	<b>CR</b>	<b>AVE</b>	<b>Variância explicada (%)</b>	<b>r</b>	<b>r<sup>2</sup></b>
Fator 1	.87	.39	39.4	-	-
Fator 2	.84	.40	39.7	.81	.66

*Nota.* CR  $\geq$  .70 aceitável; AVE  $\geq$  .50 validade convergente adequada; AVE  $<$  .50 + CR elevado indica confiabilidade do construto; r interfatorial elevada ( $r = .81$ ) sugere sobreposição entre fatores.

### Tabela 15

*Covariâncias residuais sugeridas pelos Índices de Modificação para o modelo de dois fatores do PCL-5*

<b>Covariâncias residuais</b>	<b>Índice de Modificação</b>	<b>EPC</b>
pcl5_6 $\leftrightarrow$ pcl5_7	11.10	-.19
pcl5_12 $\leftrightarrow$ pcl5_16	8.41	-.14
pcl5_12 $\leftrightarrow$ pcl5_6	7.20	.17
pcl5_11 $\leftrightarrow$ pcl5_10	6.94	-.14
pcl5_2 $\leftrightarrow$ pcl5_1	6.66	-.14
pcl5_16 $\leftrightarrow$ pcl5_1	6.23	.17
pcl5_13 $\leftrightarrow$ pcl5_2	6.22	.16
pcl5_19 $\leftrightarrow$ pcl5_20	6.21	-.13
pcl5_16 $\leftrightarrow$ pcl5_8	5.18	-.14
pcl5_3 $\leftrightarrow$ pcl5_8	4.50	.13
pcl5_9 $\leftrightarrow$ pcl5_15	4.40	.14
pcl5_15 $\leftrightarrow$ pcl5_1	4.16	-.11
pcl5_2 $\leftrightarrow$ pcl5_3	4.02	-.11

*Nota.* MI  $>$  10 sugere melhorias significativas no ajustamento (alterações só recomendadas se suportadas teoricamente); EPC = alteração esperada do parâmetro.

### Tabela 16

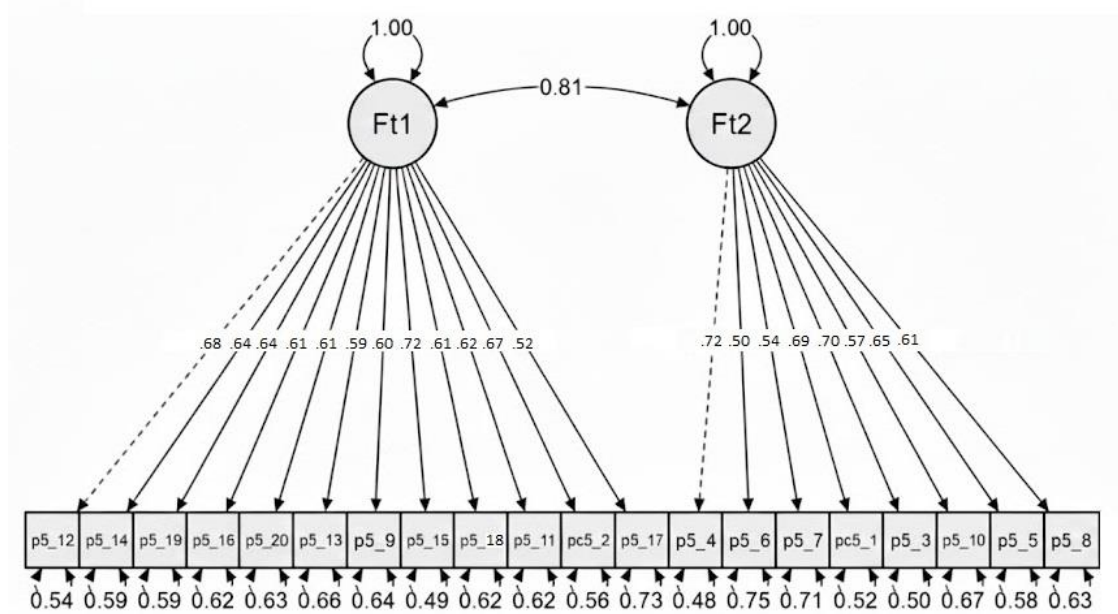
*Cargas cruzadas sugeridas pelos Índices de Modificação para o modelo de dois fatores do PCL-5*

<b>Cargas cruzadas</b>	<b>Índice de modificação</b>	<b>EPC</b>
Fator 2 $\rightarrow$ pcl5_2	6.49	-.42
Fator 1 $\rightarrow$ pcl5_8	6.05	-.45
Fator 1 $\rightarrow$ pcl5_7	5.31	.41
Fator 2 $\rightarrow$ pcl5_12	4.70	.35
Fator 1 $\rightarrow$ pcl5_6	4.24	.37

*Nota.* MI  $>$  10 sugere melhorias significativas no ajustamento (alterações só recomendadas se suportadas teoricamente); EPC = alteração esperada do parâmetro.

**Figura 3**

Gráfico do modelo de dois fatores do PCL-5 com os valores padronizados



Nota. FT1 = Fator 1; FT2 = Fator 2.

Sendo assim, a AFC confirma a robustez do modelo de dois fatores do PCL-5, proposto pela AFE, na amostra angolana. O que sugere uma tendência para uma estrutura mais parcimoniosa, que será teoricamente investigada no capítulo da “Discussão” do estudo.

## 2.6. Teste de hipóteses

Com o propósito de testar as hipóteses formuladas, foram conduzidas análises que visaram avaliar as propriedades psicométricas do PCL-5, descritas anteriormente, e as diferenças nos níveis de sintomas de Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) entre diferentes grupos sociodemográficos. Assim, foram avaliadas as três hipóteses principais:  $H_1$  – O PCL-5 apresenta boas propriedades psicométricas, fiabilidade e validade, na população angolana;  $H_2$  – Existem diferenças significativas nos níveis de sintomas de PSPT entre militares e civis; e  $H_3$  – Existem diferenças significativas nos níveis de sintomas de PSPT entre homens e mulheres.

No que respeita à  $H_1$ , os resultados psicométricos confirmaram boas propriedades do instrumento. O PCL-5 demonstrou elevada fiabilidade interna, com Ômega de McDonald ( $\omega$ ) = .89 e Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) = .89. A adequação amostral foi excelente (KMO = .92) e o teste de Bartlett revelou-se significativo ( $\chi^2(190) = 2017.34, p < .001$ ), validando a realização da Análise Fatorial Exploratória (AFE). Esta extraiu uma solução de dois fatores que explicou 39.9% da variância total. A Análise Fatorial Confirmatória

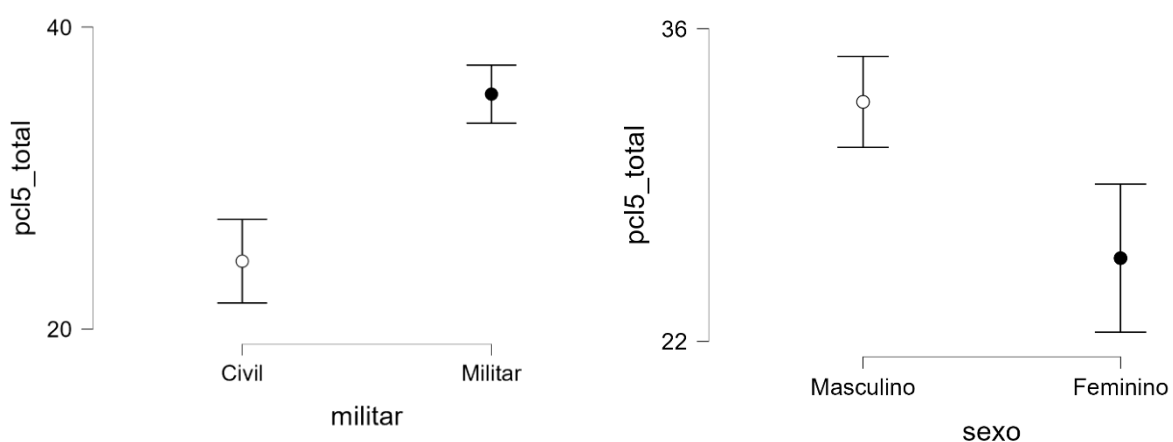
(AFC), conduzida com estimador WLSMV devido à natureza ordinal dos itens, apresentou índices de ajustamento excelentes ( $\chi^2(169) = 248.13, p < .001$ ; CFI = .97; TLI = .97; RMSEA = .04; IC90% = .03 – .05,  $p = .860$ ; SRMR = .05), com cargas fatoriais entre .50 e .72. Estes resultados corroboram a *H1*, demonstrando que o PCL-5 apresenta boa fiabilidade e validade fatorial na amostra angolana.

Para examinar as diferenças nos níveis de sintomas de PSPT segundo as variáveis sociodemográficas — nomeadamente o estatuto militar (*H2*) e o género (*H3*) — analisou-se a pontuação total do PCL-5. Dado que os dados não apresentaram distribuição normal e a variável é ordinal (escala *Likert* de 0 a 4), utilizou-se o teste *t* de Welch, mais robusto que o *t* de Student perante heterogeneidade de variâncias e adequado para comparar médias entre dois grupos independentes em amostras de dimensão moderada a elevadas ( $N = 259$ ).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre militares e civis,  $t(220.3) = -6.50, p < .001, d = -.82, IC95\% [-1.08; -.60]$ , com médias mais elevadas nos militares ( $M = 35.6, DP = 11.37$ ) comparativamente aos civis ( $M = 24.5, DP = 15.45$ ), confirmando a *H2*. Também se observaram diferenças significativas entre homens ( $M = 32.72, DP = 13.69$ ) e mulheres ( $M = 25.73, DP = 14.89$ ),  $t(141.9) = -3.57, p = .000, d = .49, IC95\% [-.00; 0.72]$ , corroborando a *H3*. Estes resultados podem ser visualizados na Figura 4, onde se observa graficamente a diferença entre os grupos.

#### Figura 4

Gráfico das médias da pontuação total do PCL-5 entre a população civil e militar e entre os géneros da amostra



Em síntese, os resultados corroboram integralmente as hipóteses *H1*, *H2* e *H3*, indicando que o PCL-5 é um instrumento fiável e válido para a população angolana, e que existem diferenças significativas nos níveis de sintomas de PSPT em função do

estatuto militar e do género. Estes achados reforçam a influência de fatores sociodemográficos e ocupacionais na manifestação dos sintomas de PSPT, sendo essencial considerar essas variáveis na interpretação dos resultados.

### 3. Discussão

O presente estudo constitui, até onde é do conhecimento atual, a primeira investigação de adaptação transcultural e validação psicométrica do *Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5; Weathers et al., 2013a) para a população angolana, representando um marco pioneiro na avaliação da Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) neste contexto sociocultural. Esta relevância decorre da necessidade de instrumentos padronizados que permitam avaliar rigorosamente sintomas traumáticos em populações com histórico prolongado de guerra, violência e instabilidade social — características marcantes da realidade angolana —, condições que aumentam a vulnerabilidade psicológica e o risco de sintomatologia pós-traumática (Ahmed et al., 2024; Kaminer et al., 2008; Koenen et al., 2017; Musisi & Kinyanda, 2020; Sayed et al., 2015; Smoller, 2016; Tesfaye et al., 2024; Ventura, 2019).

A escolha do PCL-5 (Weathers et al., 2013a) baseou-se na sua ampla utilização internacional e nas propriedades psicométricas robustas, incluindo elevada consistência interna ( $\alpha > .90$ ) e validade convergente sólida. Diversas adaptações transculturais, incluindo as versões portuguesa, brasileira, inglesa, francesa e alemã, demonstram consistência interna entre .85 e .94 (Carvalho et al., 2020; Lima et al., 2016; Osório et al., 2017; Ashbaugh et al., 2016; Krüger-Gottschalk et al., 2017), sustentando a escolha da sua aplicação no contexto angolano, onde ainda não existem medidas validadas para a avaliação da PSPT. A adaptação transcultural seguiu as recomendações metodológicas propostas por Reichenheim e Moraes (2007), garantindo a equivalência semântica, conceptual e operacional. Embora tenha sido avaliada a necessidade de ajustes linguísticos entre a versão portuguesa do PCL-5 e o contexto angolano, não se verificou a necessidade de modificações. Este cuidado é fundamental, considerando que a perceção e expressão do sofrimento psicológico varia entre culturas, podendo influenciar a estrutura fatorial do instrumento (Ashbaugh et al., 2016; Karam & Al Barathie, 2025; Pettrich et al., 2024).

Os resultados da Análise Fatorial Exploratória realizada neste estudo indicaram uma solução de dois fatores, confirmada pela Análise Fatorial Confirmatória, que explicam conjuntamente 39.9% (AFE) e 66.3% (AFC) da variância total, apresentando excelente fiabilidade e adequação estatística: Ômega de McDonald e Alfa de Cronbach ( $\omega = .89$ ;  $\alpha = .89$ ); KMO = .92 e Bartlett  $\chi^2$  (190) = 2017.34,  $p < .001$  (AFE), confirmando a  $H_1$  do estudo. Os 20 itens do PCL5 foram agrupados da seguinte maneira: Fator 1 — itens 12,

19, 14, 16, 13, 20, 15, 11, 18, 9, 2 e 17 e Fator 2 — itens 4, 6, 7, 3, 1, 5, 10 e 8, no qual o Fator 1 integra sintomas associados a alterações cognitivas-afetivas e de ativação e o Fator 2 agrega fenómenos de reexperiência e evitamento. A literatura específica sobre soluções de dois fatores oferece enquadramento teórico empírico para compreender este resultado. Estudos exploratórios e validações em contextos populacionais e comunitários salientam que, em amostras com exposição coletiva ou prolongada ao trauma, os sintomas tendem a organizar-se em dois blocos conceptuais – um núcleo de sintomas diretamente ligados à memória traumática (intrusão/evitamento) e outro que traduz um impacto psicológico mais amplo (alterações cognitivo-afetivas e *arousal*) – (Karam & Al Barathie, 2025) e que critérios de parcimónia preponderam sobre modelos com muitos fatores (Pettrich et al., 2024). Paralelamente, a literatura metodológica e empírica adverte para os riscos de sobre-factoração, referindo que modelos com muitos fatores frequentemente melhoram os índices globais de ajustamento, mas que podem incluir fatores com apenas dois itens ou com alta colinearidade entre fatores, reduzindo a validade discriminante e utilidade clínica, por isso uma solução mais simples, dois fatores ou bifator, pode ser preferível e mais robusta (Schmitt et al., 2018; Stanton et al., 2023).

A solução apresentada nesta amostra pode resultar da conjugação de fatores contextuais, amostrais e metodológicos. Em termos contextuais e amostrais, a predominância de participantes com exposição ocupacional ou coletiva ao trauma (mais de metade da amostra identifica-se como militar) e o historial sociopolítico angolano de violência crónica tornam plausível que os sintomas se manifestem de forma integrada, favorecendo uma dimensão nucleada de intrusão/evitamento e uma dimensão mais ampla de alterações cognitivas-afetivas e de ativação, conforme descrito em estudos exploratórios em contextos de stress coletivo (Karam & Al Barathie, 2025). Metodologicamente, a aplicação de critérios conservadores para retenção de fatores (Análise Paralela), a utilização de dados ordinais (*Likert 0–4*) com estimador WLSMV e a observação de comunalidades moderadas podem conduzir à preferência por uma estrutura mais parcimoniosa. Esta escolha torna-se especialmente relevante quando soluções com mais fatores apresentam instabilidade, como fatores com 1–2 itens e cargas cruzadas. Por fim, a elevada correlação entre os fatores sugere uma componente de variância comum significativa, potencialmente indicando um fator de ordem superior. Contudo, os bons índices de ajustamento e as fiabilidades adequadas dos dois fatores suportam a robustez da solução, tornando a interpretação em dois fatores empiricamente coerente e teoricamente justificável. Deste modo, a solução de dois fatores identificada na amostra angolana encontra-se em consonância com a literatura,

alinhando-se com investigações que privilegiam modelos mais parcimoniosos e conceptual e interpretativamente consistentes em populações específicas.

As hipóteses deste estudo foram apoiadas por resultados que confirmam diferenças significativas entre os grupos sociodemográficos. Observou-se que os participantes militares apresentaram níveis mais elevados de sintomas de PSPT em comparação com os civis, corroborando a *H2* e sustentando as evidências que associam a exposição ocupacional ao risco à maior prevalência de perturbações relacionadas ao trauma. Esta tendência é consistente com meta-análises de Xue et al. (2015), que identificou a exposição ao combate, o baixo suporte social e as dificuldades na transição da vida militar para a civil como fatores de risco significativos para o desenvolvimento de PSPT, aspetos presentes na amostra deste estudo. Assim como estão em concordância com estudos de Ventura (2019), que demonstra que no contexto angolano os índices de PSPT revelam-se mais elevados em grupos de ex-combatentes e militares, 92.4% em antigos guerrilheiros do MPLA e de 76.2% em militares portadores de deficiência resultante da guerra, quando comparado com outras populações (e.g., civil). No entanto, a proximidade entre as médias de sintomas entre militares ( $M=32.72$ ,  $DP=13.69$ ) e civis ( $M=25.73$ ,  $DP=14.89$ ) pode refletir o impacto histórico da guerra civil angolana, que expôs grande parte da população a experiências prolongadas de violência e perda (Anderson, 2015; Ventura, 2019). Estudos com populações civis expostas a conflitos armados demonstram que a prevalência de PSPT tende a manter-se elevada mesmo após o fim das hostilidades, em virtude da persistência de fatores como luto, deslocamento e retraumatização comunitária (Ahmed et al., 2024; Morina et al., 2018; Olf, 2017; Palmer et al., 2024). Relativamente ao género, a literatura indica de forma consistente que as mulheres apresentam maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas de PSPT, devido a fatores psicossociais e biológicos que podem amplificar a resposta ao trauma (APA, 2023; Koenen et al., 2017; Morina et al., 2018; Xue et al., 2015). Além disso, diversos estudos salientam diferenças significativas entre os géneros quanto à natureza dos traumas experienciados, no qual as mulheres estão mais frequentemente expostas a traumas relacionados com agressões físicas e sexuais, enquanto os homens encontram-se mais propensos a vivenciar traumas associados a violência e combate (Langeland & Olf, 2024; Norris et al., 2002; Olf, 2017; Olf et al., 2007; Tolin & Foa, 2006). Esta diferenciação é coerente com as características da amostra em estudo, composta maioritariamente por participantes do sexo masculino, muitos dos quais com experiência militar. Neste contexto, observaram-se médias superiores de sintomas entre os homens, confirmando a *H3*, a existência de diferenças significativas nos níveis de sintomas de PSPT entre homens e mulheres. Tal resultado pode ser compreendido à luz da composição da amostra e das condições específicas associadas à carreira militar,

nomeadamente a elevada exposição ocupacional ao risco, as dificuldades na transição para a vida civil e o reduzido suporte social – fatores amplamente reconhecidos como preditores de PSPT (Bovin et al., 2016; Xue et al., 2015). Assim, ainda que o padrão observado apresente divergências às tendências encontradas na literatura ocidental, que geralmente aponta para maior prevalência de PSPT em mulheres, os resultados do presente estudo não as contradizem, refletem antes as particularidades amostrais e contextuais que caracterizam a população estudada.

Em suma, os resultados confirmam a adequação psicométrica e cultural do PCL-5 para a população angolana, validando-o como um instrumento fiável e sensível às especificidades socioculturais do país. A estrutura de dois fatores identificada e a elevada consistência interna reforçam a sua utilidade na avaliação da Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) em contextos marcados por trauma coletivo. A análise das hipóteses confirmou diferenças significativas entre civis e militares, bem como entre géneros, refletindo o impacto de fatores contextuais, ocupacionais e biopsicossociais na expressão dos sintomas.

## **4. Limitações e contributos**

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a amostra foi recolhida por conveniência, o que limita a generalização dos resultados à totalidade da população angolana. Embora tenha incluído participantes de diferentes contextos – civis e militares –, a representatividade nacional é reduzida, não permitindo inferências robustas sobre a prevalência da Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) no país.

Em segundo lugar, a distribuição do género foi assimétrica, com uma predominância significativa de participantes do sexo masculino, em especial militares. Esta característica pode ter influenciado os resultados relativos às diferenças de género, uma vez que contextos ocupacionais marcados pela exposição ao combate e pela cultura militar tendem a modificar a expressão e o relato dos sintomas de stress pós-traumático. Adicionalmente, o uso exclusivo de medidas de autorrelato pode introduzir enviesamentos relacionados com desejabilidade social e interpretação pessoal.

Outra limitação prende-se com a ausência de medidas clínicas complementares ou de instrumentos previamente validados para a população angolana que permitissem a análise da validade convergente e discriminante do PCL-5. Assim, apesar dos resultados psicométricos robustos, a interpretação deve ser feita com cautela. De igual modo, o facto de o LEC-5 (Weathers et al., 2013b) não ter sido utilizado de forma complementar ao PCL-5 (Weathers et al., 2013a) constitui uma limitação, uma vez que não foi possível assegurar com certeza o critério A do DSM-5-TR (APA, 2022).

Apesar destas limitações, o presente estudo constitui um marco pioneiro na investigação psicológica em Angola, ao adaptar e validar o *Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5) para o contexto cultural e linguístico angolano. O instrumento demonstrou elevada fiabilidade e validade fatorial, revelando-se adequado para a avaliação da PSPT tanto em populações civis como militares.

Este estudo apresenta múltiplos contributos: disponibiliza uma ferramenta científica padronizada essencial para a investigação e rastreio; contribui para a melhoria do diagnóstico e monitorização da PSPT; e reforça a necessidade de integrar a saúde mental como prioridade nas políticas públicas de reabilitação e reconstrução social em Angola. Ao evidenciar a aplicabilidade transcultural do PCL-5, este trabalho amplia também o diálogo entre a psicologia angolana e a comunidade científica internacional, promovendo a inclusão de contextos africanos na investigação empírica global sobre o trauma.

## **5. Recomendações e direções futuras**

Com base nos resultados alcançados, recomenda-se que estudos futuros procurem replicar e ampliar a presente investigação com amostras maiores e mais diversificadas, incluindo participantes de diferentes províncias, faixas etárias e contextos socioculturais, de modo a aumentar a representatividade e a validade externa dos resultados.

Sugere-se ainda a realização de estudos longitudinais, que permitam examinar a estabilidade temporal das respostas ao PCL-5 e a evolução dos sintomas de PSPT ao longo do tempo, em função de variáveis contextuais e de experiências de vida pós-conflito. A análise de invariância entre grupos (e.g., civis e militares, homens e mulheres) poderá também esclarecer diferenças estruturais na manifestação do trauma e reforçar a validade transcultural do instrumento. Além disso, seria interessante investigar modelos de ordem superior ou bifator para a presente amostra, uma vez que as análises fatoriais indicaram a possibilidade de um construto de ordem superior que integre ambas as dimensões encontradas.

Uma linha de investigação promissora consiste em avaliar a possibilidade de integração de itens complementares no PCL-5 que permitam distinguir a natureza e o tipo de trauma vivenciado (e.g., trauma de combate, violência civil, deslocamento forçado ou perda familiar). Embora o LEC-5 (Weathers et al., 2013b), identifique a exposição a eventos traumáticos, este não fornece detalhes sobre o contexto específico do trauma. Deste modo, a integração desses itens tornaria o PCL-5 mais sensível às particularidades do contexto angolano, permitindo compreender como determinado trauma específico se manifesta ou influencia diretamente os sintomas de PSPT,

contribuindo assim para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas específicas. Paralelamente, futuros estudos deverão investigar de que modo a percepção e a vivência do trauma — nomeadamente o papel desempenhado pelo indivíduo, enquanto militar ou civil — influenciam o desenvolvimento e a gravidade dos sintomas de PSPT. Esta análise permitirá aprofundar a compreensão dos fatores mediadores e moderadores da perturbação, promovendo interpretações mais consistentes e culturalmente sensíveis sobre como o trauma é experienciado e expresso em Angola.

Recomenda-se ainda a integração de medidas clínicas complementares e o uso de entrevistas diagnósticas padronizadas, como a *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5* (CAPS-5; Weathers et al., 2013c), que pode servir como referência para reforçar a validade convergente do PCL-5 e orientar a definição de um ponto de corte clínico adequado no contexto angolano. Sugere-se também a inclusão de instrumentos que avaliem construtos distintos, a fim de testar a validade discriminante.

Por fim, sugere-se que o PCL-5 seja progressivamente integrado em contextos clínicos, educacionais e institucionais angolanos, nomeadamente em unidades militares, centros de saúde e instituições de ensino superior, como ferramenta de triagem, monitorização e apoio à intervenção precoce. O fortalecimento da investigação nesta área poderá consolidar o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias de saúde mental baseadas em evidência científica, ajustadas às necessidades específicas da população angolana, contribuindo para a redução do impacto psicológico e social do trauma no país.

## **6. Conclusão e considerações finais**

O presente estudo teve como objetivo adaptar e validar o *Post-traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5, Weathers et al., 2013a) para a população angolana, assegurando a sua adequação linguística, cultural e psicométrica. Esta investigação surge da necessidade de dispor de instrumentos validados para a avaliação da Perturbação de Stress Pós-traumático (PSPT) em Angola, país marcado por um longo período de guerra civil e pelas suas consequências psicológicas persistentes.

Os resultados obtidos confirmaram uma estrutura de dois fatores do instrumento — alterações cognitivas-afetivas e de ativação e intrusões/evitamento —, com elevada consistência interna ( $\omega=.89$ ;  $\alpha=.89$ ) e índices de ajustamento adequados, sustentando a validade e fiabilidade do PCL-5 no contexto angolano. A análise das hipóteses demonstrou diferenças significativas entre civis e militares, bem como entre géneros, refletindo o impacto das condições socioculturais, ocupacionais e biopsicossociais na expressão dos sintomas de PSPT. Estes resultados reforçam a sensibilidade cultural do instrumento e a sua utilidade na avaliação de populações expostas a trauma coletivo.

Apesar das limitações amostrais e da ausência de medidas clínicas complementares, este estudo representa um marco pioneiro na psicometria angolana, ao disponibilizar evidência empírica inicial sobre as propriedades do PCL-5 no contexto angolano. O instrumento revela-se, assim, útil como ferramenta de rastreio e investigação, permitindo uma compreensão mais rigorosa e culturalmente informada das manifestações do trauma psicológico em Angola.

Recomenda-se que futuras investigações ampliem a representatividade da amostra, integrem medidas complementares, explorem a possibilidade de incluir itens que distinguem a natureza do trauma e analisem a influência do papel do indivíduo durante o conflito para o desenvolvimento de PSPT, de modo a aprofundar a validade e aplicabilidade do PCL-5.

Em síntese, este estudo pioneiro confirma o PCL-5 como um instrumento fiável, válido e culturalmente sensível para a investigação, rastreio e monitorização da PSPT em Angola, constituindo um contributo relevante para o avanço da psicometria e para a promoção de saúde mental no país.

## Referência

- Agorastos, A. (2017). Pathophysiological trajectories and biological consequences of early life trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup4), 1351159. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351159>
- Ahmed, S., Zakai, A., Zahid, M., Jawad, M., Fu, R., & Chaiton, M. (2024). Prevalence of post-traumatic stress disorder and depressive symptoms among civilians residing in armed conflict-affected regions: a systematic review and meta-analysis. *General Psychiatry*, 37. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2023-101438>.
- Akinyemi, O., Ogundare, T., Fasokun, M., Ogunyankin, F., Ugochukwu, N., Ajisafe, W., Ikugbayigbe, S., Eze, O., Hughes, K., & Michael, M. (2025). The long-term impact of childhood sexual assault on depression and self-reported mental and physical health. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1528914>.
- Al Jowf, G. I., Ahmed, Z. T., Reijnders, R. A., de Nijs, L., & Eijssen, L. M. T. (2023). To Predict, Prevent, and Manage Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Review of Pathophysiology, Treatment, and Biomarkers. *International journal of molecular sciences*, 24(6), 5238. <https://doi.org/10.3390/ijms24065238>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2018). Trauma. *APA Dictionary of Psychology*. Consultado em 2 de agosto de 2025, <https://dictionary.apa.org/trauma>.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787d>.
- American Psychological Association. (2023). *Women, trauma, and PTSD*. <https://www.apa.org/topics/women-girls/women-trauma>.
- American Psychiatric Association. (2025). *What is posttraumatic stress disorder (PTSD)?* Psychiatry.org. <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>.

- Amstadter, A. B., Lönn, S., Sundquist, J., Sundquist, K., & Kendler, K. S. (2023). Post-traumatic stress disorder and drug use disorder: examination of aetiological models in a Swedish population-based cohort. *European journal of psychotraumatology*, 14(2), 2258312.  
<https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2258312>.
- Amstadter, A. B., Abrahamsson, L., Cusack, S., Sundquist, J., Sundquist, K., & Kendler, K. S. (2024). Extended Swedish Adoption Study of adverse stress responses and posttraumatic stress disorder. *JAMA Psychiatry*, 81(8), 817–824.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.1140>.
- Anderson, N. (2015). *Competitive Intervention and the Angolan Civil War, 1975–1991*. MIT Political Science Department.
- Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D., & Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: Support for a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 106–113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.10.012>.
- Armour, C. (2021). Identifying and characterising adverse childhood experiences (ACE) in a Northern Irish military veteran population. *European Journal Psychotraumatology*, 12(sup1), Article sup1.
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS ONE*, 11(10).  
<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. doi:10.1097/ycp.0000000000000167.
- Bach, M. H., Beck Hansen, N., Ahrens, C., Nielsen, C. R., Walshe, C., & Hansen, M. (2021). Underserved survivors of sexual assault: a systematic scoping review. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1895516.  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1895516>.

- Bae, S., & Hong, S. (2024). Comparison of Factor Retention Methods in Exploratory Factor Analysis: RMSEA, Root Deterioration per Restriction and Parallel Analysis. *SAGE Open*, 14. <https://doi.org/10.1177/21582440241301840>.
- 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>.
- Bonanno, G. A., Romero, S. A., & Klein, S. I. (2015). The temporal elements of psychological resilience: An integrative framework for the study of individuals, families, and communities. *Psychological Inquiry*, 26(2), 139–169. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.992677>.
- Bonanno G. A. (2021). The resilience paradox. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1942642. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1942642>.
- Boscarino J. A. (2004). Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiologic studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032, 141–153. <https://doi.org/10.1196/annals.1314.011>.
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment*, 28(11), 1379–1391. <https://doi.org/10.1037/pas0000254>.
- Brahim, C. B., El Kefi, H., Awissawi, A., Kabtni, W., Baatout, A., Bouizouita, I., Bouguerra, C., Eddif, S., & Oumaya, A. (2022). Validation en arabe littéraire chez les militaires tunisiens de la Post-Traumatic Stress Disorder checklist for DSM-5. *Pan African Medical Journal*, 43. <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.43.28.35869>.
- Brody, G. H., Yu, T., & Beach, S. R. (2016). Resilience to adversity and the early origins of disease. *Development and psychopathology*, 28(4pt2), 1347–1365. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000894>.

- Cao, C., Wang, L., Wu, J., Bi, Y., Yang, H., Fang, R., Li, G., Liu, P., Luo, S., Hall, B. J., & Elhai, J. D. (2020). A comparison of ICD- 11 and DSM-5 criteria for PTSD among a representative sample of Chinese earthquake survivors. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1760481.  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1760481>.
- Carvalho, T., da Motta, C., & Pinto-Gouveia, J. (2020). Portuguese version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparison of latent models and other psychometric analyses. *Journal of clinical psychology*, 76(7), 1267–1282. <https://doi.org/10.1002/jclp.22930>.
- Charak, R., Cano-Gonzalez, I., Ronzón-Tirado, R., Ford, J. D., Byllesby, B. M., Shevlin, M., Karatzias, T., Hyland, P., & Cloitre, M. (2023). Factor structure of the international trauma questionnaire in trauma exposed LGBTQ+ adults: Role of cumulative traumatic events and minority stress heterosexual experiences. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 15(4), 628–636. <https://doi.org/10.1037/tra0001440>.
- Clemens, V., Huber-Lang, M., Plener, P. L., Brähler, E., Brown, R. C., & Fegert, J. M. (2018). Association of child maltreatment subtypes and long-term physical health in a German representative sample. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1510278. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1510278>.
- Colvonen, P. J., Straus, L. D., Acheson, D., & Gehrman, P. (2019). A Review of the Relationship Between Emotional Learning and Memory, Sleep, and PTSD. *Current psychiatry reports*, 21(1), 2. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0987-2>.
- Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J. V. E., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS medicine*, 17(8), e1003262.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>.

- De Vries, G.-J., & Olff, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in The Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 259–267. <https://doi.org/10.1002/jts.20429>.
- Distefano, C., McDaniel, H., Zhang, L., Shi, D., & Jiang, Z. (2018). Fitting Large Factor Analysis Models with Ordinal Data. *Educational and Psychological Measurement*, 79, 417 - 436. <https://doi.org/10.1177/0013164418818242>.
- Dückers, M. L. A., & Olff, M. (2017). Does the vulnerability paradox in PTSD apply to women and men? An exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 30(2), 200–204. <https://doi.org/10.1002/jts.22173>.
- Dunn, E. C., Soare, T. W., Zhu, Y., Simpkin, A. J., Suderman, M. J., Klengel, T., Smith, A. D. A. C., Ressler, K. J., & Relton, C. L. (2019). Sensitive Periods for the Effect of Childhood Adversity on DNA Methylation: Results from a Prospective, Longitudinal Study. *Biological psychiatry*, 85(10), 838–849. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.12.023>.
- Elmose Andersen, T., Hansen, M., Lykkegaard Ravn, S., & Bjarke Vaegter, H. (2022). The association of probable PTSD at baseline and pain-related outcomes after chronic pain rehabilitation: A comparison of DSM-5 and ICD-11 criteria for PTSD. *European journal of pain (London, England)*, 26(3), 709–718. <https://doi.org/10.1002/ejp.1899>.
- Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(2), 141–150. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.2/jflory>.
- Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., & Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical psychology review*, 63, 41–55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.008>.
- Haghighi, E. F., Sahuquillo, J., Radoi, A., Pomposo, I., & Lozano, G. C. (2024). Validating the Spanish translation of the posttraumatic stress disorder checklist

(PCL-5) in a sample of individuals with traumatic brain injury. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1216435>.

Harnett, N. G., Dumornay, N. M., Delity, M., Sanchez, L. D., Mohiuddin, K., Musey, P. I., Seamon, M. J., McLean, S. A., Kessler, R. C., Koenen, K. C., Beaudoin, F. L., Lebois, L. A. M., van Rooij, S. J. H., Sampson, N. A., Michopoulos, V., Maples-Keller, J. L., Haran, J. P., Storrow, A. B., Lewandowski, C., Ressler, K. J. (2023). Prior differences in previous trauma exposure primarily drive the observed racial/ethnic differences in posttrauma depression and anxiety following a recent trauma. *Psychological Medicine*, 53(6), 2553–2562. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004475>.

Havermans, D. C. D., van Alphen, S. P. J., Olf, M., Van der Velden-Daamen, M., Verhey, F., Rutten, B. P. F., Stuijts, P., Cook, J. M., & Sobczak, S. (2023). The need for a diagnostic instrument to assess post-traumatic stress disorder in people with dementia: Findings from a Delphi study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 36(2), 129–142. <https://doi.org/10.1177/08919887221103583>.

Hoeboer, C. M., Nava, F., Haagen, J. F. G., Broekman, B., van der Gaag, R.-J., & Olf, M. (2025). Epidemiology of DSM-5 PTSD and ICD-11 PTSD and complex PTSD in The Netherlands. *Journal of Anxiety Disorders*, 102963. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102963>.

Hayes, J. P., Hayes, S. M., & Mikedis, A. M. (2012). Quantitative meta-analysis of neural activity in posttraumatic stress disorder. *Biology of mood & anxiety disorders*, 2, 9. <https://doi.org/10.1186/2045-5380-2-9>.

Hoppen, T. H., & Morina, N. (2019). The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: A meta-analytically informed estimate in absolute numbers. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1578637. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1578637>.

Huang, R. W., Shen, T., Ge, L. M., Cao, L., Luo, J. F., & Wu, S. Y. (2021). Psychometric properties of the chinese version of the primary care post-traumatic stress disorder screen-5 for medical staff exposed to the covid-19 pandemic. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 1371–1378. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S329380>.

- Hughesdon, K., Lavasani, F., Briggs, E., Seng, J., Miller, A., & Stoddard, S. (2021). Interpersonal Trauma Exposure and Interpersonal Problems in Adolescent Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of traumatic stress*.  
<https://doi.org/10.1002/jts.22687>.
- IBM Corp. (2024). *IBM SPSS Statistics for Windows (Versão 30.0) [Software de computador]*. <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>.
- Ibrahim, H., Ertl, V., Catani, C., Ismail, A. A., & Neuner, F. (2018). The validity of Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1839-z>.
- JASP Team. (2025). *JASP (Versão 0.95.1) [Software de computador]*. <https://jasp-stats.org/>.
- Jellestad, L., Vital, N. A., Malamud, J., Taeymans, J., & Mueller-Pfeiffer, C. (2021). Functional impairment in posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*, 136, 14–22.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.039>.
- Jiang, C., Xue, G., Yao, S., Zhang, X., Chen, W., Cheng, K., Zhang, Y., Li, Z., Zhao, G., Zheng, X., & Bai, H. (2023). Psychometric properties of the post-traumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5) in Chinese stroke patients. *BMC Psychiatry*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04493-y>.
- Kaminer, D., Grimsrud, A., Myer, L., Stein, D. J., & Williams, D. R. (2008). *Risk for post-traumatic stress disorder associated with different forms of interpersonal violence in South Africa*. *Social Science & Medicine*, 67(10), 1589–1595.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.07.023>.
- Karam, E., & Al Barathie, J. (2025). *Exploratory factor analysis of post-traumatic stress disorder checklist for DSM-5: investigating post-traumatic stress disorder interconnected dynamics with depression and anxiety in the aftermath of multiple collective stressors*. *PLoS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0323422>.

Katrinli, S., Stevens, J., Wani, A. H., Lori, A., Kilaru, V., van Rooij, S. J. H., Hinrichs, R., Powers, A., Gillespie, C. F., Michopoulos, V., Gautam, A., Jett, M., Hammamieh, R., Yang, R., Wildman, D., Qu, A., Koenen, K., Aiello, A. E., Jovanovic, T., Smith, A. K. (2020). Evaluating the impact of trauma and PTSD on epigenetic prediction of lifespan and neural integrity. *Neuropsychopharmacology*, 45(9), 1609–1616. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0700-5>.

Katrinli, S., Wani, A. H., Maihofer, A. X., Ratanatharathorn, A., Daskalakis, N. P., Montalvo-Ortiz, J., Núñez-Ríos, D. L., Zannas, A. S., Zhao, X., Aiello, A. E., Ashley-Koch, A. E., Avetyan, D., Baker, D. G., Beckham, J. C., Boks, M. P., Brick, L. A., Bromet, E., Champagne, F. A., Chen, C. Y., Dalvie, S., Logue, M. W. (2024). Epigenome-wide association studies identify novel DNA methylation sites associated with PTSD: a meta-analysis of 23 military and civilian cohorts. *Genome medicine*, 16(1), 147. <https://doi.org/10.1186/s13073-024-01417-1>.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Levinson, D., Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>.

Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Meron Ruscio, A., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., De Girolamo, G., Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>.

Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Dyer, A., Schäfer, I., Schellong, J., & Ehring, T. (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry*, 17(1), 379. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1541-6>.

Langeland, W., & Olff, M. (2024). Sex and gender in psycho trauma research. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2358702. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2358702>.

- Lara, W. (s.d.). *Angola: importância de uma abordagem psicossocial dos traumas de guerra* (Comunicação; II Colóquio Europeu de Psicologia e Ética).
- 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>.
- Lee, H., Kim, Y., & Terry, J. (2020). Adverse childhood experiences (ACEs) on mental disorders in young adulthood: Latent classes and community violence exposure. *Preventive medicine*, 106039. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106039>.
- Liberzon, I., & Abelson, J. L. (2016). Context Processing and the Neurobiology of Post-Traumatic Stress Disorder. *Neuron*, *92*(1), 14–30. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.09.039>.
- Lima, E. de P., Vasconcelos, A. G., Berger, W., Kristensen, C. H., do Nascimento, E., Figueira, I., & Mendlowicz, M. V. (2016). Cross-cultural adaptation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5 (PCL-5) and Life Events Checklist 5 (LEC-5) for the Brazilian context. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *38*(4), 207–215. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0074>.
- Logue, M. W., van Rooij, S. J. H., Dennis, E. L., Davis, S. L., Hayes, J. P., Stevens, J. S., Densmore, M., Haswell, C. C., Ipser, J., Koch, S. B. J., Korgaonkar, M., Lebois, L. A. M., Peverill, M., Baker, J. T., Boedhoe, P. S. W., Frijling, J. L., Gruber, S. A., Harpaz-Rotem, I., Jahanshad, N., Koopowitz, S., ... Morey, R. A. (2018). Smaller Hippocampal Volume in Posttraumatic Stress Disorder: A Multisite ENIGMA-PGC Study: Subcortical Volumetry Results From Posttraumatic Stress Disorder Consortia. *Biological psychiatry*, *83*(3), 244–253. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.09.006>.
- Longo, M. S. C., Vilete, L. M. P., Figueira, I., Quintana, M. I., Mello, M. F., Bressan, R. A., Mari, J. J., Ribeiro, W. S., Andreoli, S. B., & Coutinho, E. S. F. (2020). Comorbidity in post-traumatic stress disorder: A population-based study from the two largest cities in Brazil. *Journal of affective disorders*, *263*, 715–721. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.051>.

- Lüönd, A. M., Ayas, G., Bachem, R., Carranza-Neira, J., Eberle, D. J., Fares-Otero, N. E., Hashim, M., Iqbal, N., Jenkins, D., Kamari Songhorabadi, S., Ledermann, K., Makhshvili, N., Martin-Soelch, C., Nebioğlu, E., Oe, M., Olayinka, J. N., Olff, M., Picot, L., Seedat, S., Tandon, T., ... Ceylan, D. (2025). Childhood Maltreatment and Somatic Symptoms in Adulthood: Establishing a New Research Pathway. *Neuropsychobiology*, *84*(2), 113–120.  
<https://doi.org/10.1159/000543438>.
- Martz, E. (Ed.). (2010). *Trauma rehabilitation after war and conflict: Community and individual perspectives*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5722-1>.
- Meffert, S. M., Mathai, M. A., Onger, L., Neylan, T. C., Mwai, D., Onyango, D., Akena, D., Rota, G., Otieno, A., Obura, R. R., Wangia, J., Opiyo, E., Muchembre, P., Oluoch, D., Wambura, R., Mbwayo, A., Kahn, J. G., Cohen, C. R., Bukusi, D. E., Njuguna Kahonge, S. (2024). Defining a screening tool for post-traumatic stress disorder in East Africa: a penalized regression approach. *Front Public Health*, *12*, 1383171.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1383171>.
- Michopoulos, V., Vester, A., & Neigh, G. (2016). Posttraumatic stress disorder: A metabolic disorder in disguise? *Experimental neurology*, *284*(Pt B), 220–229.  
<https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2016.05.038>.
- Moreira, C. A., & Afonso, P. (2017). As alterações do sono na perturbação de stress pós-traumático. *Revista Portuguesa De Psiquiatria E Saúde Mental*, *1*(2), 7–14.  
<https://doi.org/10.51338/rppsm.2017.v1.i2.53>.
- Morina, N., Stam, K., Pollet, T. V., & Priebe, S. (2018). Prevalence of depression and posttraumatic stress disorder in adult civilian survivors of war who stay in war-afflicted regions: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, *239*, 328–338.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.027>.
- Morrison, K., Boehme, B. A., Shields, R. E., & Carleton, R. N. (2021). Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) in a sample of first responders. *Journal of Anxiety Disorders*, *77*, 102339.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102339>.

- Musisi, S., & Kinyanda, E. (2020). Long-Term Impact of War, Civil War, and Persecution in Civilian Populations—Conflict and Post-Traumatic Stress in African Communities. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00020>.
- Nicholson, A. A., Siegel, M., Wolf, J., Narikuzhy, S., Roth, S. L., Hatchard, T., Lanius, R. A., Schneider, M., Lloyd, C. S., McKinnon, M. C., Heber, A., Smith, P., & Lueger-Schuster, B. (2022). A systematic review of the neural correlates of sexual minority stress: towards an intersectional minority mosaic framework with implications for a future research agenda. *European journal of psychotraumatology*, 13(1), 2002572. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2002572>.
- Nievergelt, C. M., Maihofer, A. X., Atkinson, E. G., Chen, C.-Y., Choi, K. W., Coleman, J. R. I., Daskalakis, N. P., Duncan, L. E., Polimanti, R., Aaronson, C., Amstadter, A. B., Andersen, S. B., Andreassen, O. A., Arbisi, P. A., Ashley-Koch, A. E., Austin, S. B., Avdibegović, E., Babić, D., Bacanu, S.-A., Koenen, K. C. (2024). Genome-wide association analyses identify 95 risk loci and provide insights into the neurobiology of post-traumatic stress disorder. *Nature Genetics*, 56(5), 792–808. <https://doi.org/10.1038/s41588-024-01707-9>.
- Nkrumah, R. O., Demirakca, T., von Schröder, C., Zehirlioglu, L., Valencia, N., Grauduszus, Y., Vollstädt-Klein, S., Schmahl, C., & Ende, G. (2024). Brain connectivity disruptions in PTSD related to early adversity: a multimodal neuroimaging study. *European journal of psychotraumatology*, 15(1), 2430925. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2430925>.
- Norris, F. H., Foster, J. D., & Weisshaar, D. L. (2002). The epidemiology of gender differences in PTSD across developmental, societal, and research contexts. In R. Kimerling, P. Ouimette, & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 3–42). The Guilford Press.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N., & Gersons, B. P. R. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133(2), 183–204. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.2.183>.

- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: An update. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup4), 1351204. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351204>.
- Olf, M., Primasari, I., Qing, Y., Coimbra, B. M., Hovnanyan, A., Grace, E., Williamson, R. E., Hoeboer, C. M., & GPS-CCC Consortium. (2021). Mental health responses to COVID-19 around the world. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1929754. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929754>.
- Olf, M., Hein, I., Amstadter, A., Armour, C., Birkeland, M., Bui, E., Cloitre, M., Ehlers, A., Ford, J., Greene, T., Hansen, M., Harnett, N., Kaminer, D., Lewis, C., Minelli, A., Niles, B., Nugent, N., Roberts, N., Price, M., Reffi, A., Seedat, S., Seligowski, A., & Vujanovic, A. (2025). The impact of trauma and how to intervene: a narrative review of psychotraumatology over the past 15 years. *European Journal of Psychotraumatology*, 16. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2458406>.
- Osório, F. L., et al. (2017). Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Transcultural adaptation of the Brazilian version. *Archives of Clinical Psychiatry*, 44(1), 10–19. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000107>.
- Palmer, L., Busuttill, W., Simms, A., Fear, N. T., & Stevelink, S. A. M. (2024). Holding and rupture: Describing post-traumatic stress among former UK Army and Royal Marine personnel deployed to Iraq and Afghanistan. *PLoS ONE*, 19(8), e0308101. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308101>.
- Pettrich, A., Friedrich, M., Nesterko, Y., & Glaesmer, H. (2024). *The German PCL-5: evaluating structural validity in a large-scale sample of the general German population*. *European Journal of Psychotraumatology*. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2317055>.
- Pires, C. M. L. (Org.). (2006). *Stress pós-traumático: Modelos, abordagens & práticas*. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Price, M., Legrand, A. C., Brier, Z. M. F., & Hébert-Dufresne, L. (2019). The symptoms at the center: Examining the comorbidity of posttraumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, and depression with network analysis. *Journal of psychiatric research*, 109, 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.11.016>.

- Reichenheim, M. E., & Moraes, C. L. (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 665–673. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006005000035>.
- Ressler, K. J., Berretta, S., Bolshakov, V. Y., Rosso, I. M., Meloni, E. G., Rauch, S. L., Nader, K., Pine, D. S., Charney, D. S., Mayberg, H. S., Nemeroff, C. B., & Carlezon, W. A. Jr. (2022). Post-traumatic stress disorder: Clinical and translational neuroscience from cells to circuits. *Nature Reviews Neurology*, 18(5), 273–288. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00635-8>.
- Robinson, M., Hansen, M., & Armour, C. (2025). Prevalence and concordance of International Classification of Diseases-11th Revision and Diagnostic and Statistical Manual-Fifth Edition posttraumatic stress diagnostics among Northern Irish military veterans. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 17(2), 396–405. <https://doi.org/10.1037/tra0001638>.
- Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C., & Youngstrom, E. A. (2013). The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 26(3), 299–309. <https://doi.org/10.1002/jts.21814>.
- Sartor, C. E., Grant, J. D., Lynskey, M. T., McCutcheon, V. V., Waldron, M., Statham, D. J., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., Heath, A. C., Martin, N. G., & Nelson, E. C. (2012). Common heritable contributions to low-risk trauma, high-risk trauma, posttraumatic stress disorder, and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 293–299. [archgenpsychiatry](https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2041831). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2041831>.
- Sayed, S., Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2015). Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Current psychiatry reports*, 17(8), 612. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0612-y>.
- Schmitt, T. A., Sass, D. A., Chappelle, W., & Thompson, W. (2018). Selecting the "Best" Factor Structure and Moving Measurement Validation Forward: An

Illustration. *Journal of personality assessment*, 100(4), 345–362.

<https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1449116>.

Smoller J. W. (2016). The Genetics of Stress-Related Disorders: PTSD, Depression, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 41(1), 297–319.

<https://doi.org/10.1038/npp.2015.266>.

Snoek, A., Nederstigt, J., Ciharova, M., Sijbrandij, M., Lok, A., Cuijpers, P., & Thomaes, K. (2021). Impact of comorbid personality disorders on psychotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1929753.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929753>.

Stanton, K., Watts, A. L., Levin-Aspenson, H. F., Carpenter, R. W., Emery, N. N., & Zimmerman, M. (2023). Focusing Narrowly on Model Fit in Factor Analysis Can Mask Construct Heterogeneity and Model Misspecification: Applied Demonstrations across Sample and Assessment Types. *Journal of personality assessment*, 105(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/00223891.2022.2047060>.

Straus, E., Haller, M., Lyons, R. C., & Norman, S. B. (2018). Functional and Psychiatric Correlates of Comorbid Post-Traumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder. *Alcohol research: current reviews*, 39(2), 121–129.

Sveen, J., Bondjers, K., & Willebrand, M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5: A pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 30165. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30165>.

Tesfaye, A. H., Sendekie, A. K., Kabito, G. G., Engdaw, G. T., Argaw, G. S., Desye, B., Angelo, A. A., Aragaw, F. M., & Abere, G. (2024). Post-traumatic stress disorder and associated factors among internally displaced persons in Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 19(4), e0300894.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300894>.

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological bulletin*, 132(6), 959–992. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>.

- U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. (2025a). *PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Retrieved August 2025, from <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>.
- U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. (2025b). *DSM-5 Criteria for PTSD*. [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/dsm5\\_ptsd.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/dsm5_ptsd.asp).
- U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. (2025c). *Complex PTSD*. [https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/complex\\_ptsd.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/complex_ptsd.asp).
- Van Assche, L., Van de Ven, L., Vandenbulcke, M., & Luyten, P. (2020). Ghosts from the past? The association between childhood interpersonal trauma, attachment and anxiety and depression in late life. *Aging & Mental Health*, 24(6), 898–905. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1571017>.
- Van den Brink, W. (2015). Substance use disorders, trauma, and PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), Article 1.
- Van Zuiden, M., Engel, S., Karchoud, J. F., Wise, T. J., Sijbrandij, M., Mouthaan, J., Olf, M., & van de Schoot, R. (2022). Sex-differential PTSD symptom trajectories across one year following suspected serious injury. *European journal of psychotraumatology*, 13(1), 2031593. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2031593>.
- Ventura, M. M. F. (Ed.). (2019). *Perturbação pós-stress traumático: Estudos em Angola*. [Colectânea de estudos locais].
- Xia, Y., & Zhou, X. (2024). Improving the Use of Parallel Analysis by Accounting for Sampling Variability of the Observed Correlation Matrix. *Educational and Psychological Measurement*, 85(1), 114-133. <https://doi.org/10.1177/00131644241268073>.
- Xia, Y., & Yang, Y. (2019). RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation

methods. *Behavior research methods*, 51(1), 409–428.

<https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2>.

Xiao, Z., Baldwin, M., Wong, S., Obsuth, I., Meinck, F., & Murray, A. (2021). The Impact of Childhood Psychological Maltreatment on Mental Health Outcomes in Adulthood: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 24, 3049 - 3064. <https://doi.org/10.1177/15248380221122816>.

Xue, C., Ge, Y., Tang, B., Liu, Y., Kang, P., Wang, M., & Zhang, L. (2015). A meta-analysis of risk factors for combat-related post-traumatic stress disorder among military personnel and veterans. *PLoS ONE*, 10(3), e0120270. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120270>.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Trabalho apresentado na International Society for Traumatic Stress Studies Annual Conference, San Antonio, TX.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013a). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov>.

Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013b). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) – Standard*. [Instrumento de medida]. National Center for PTSD. [https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life\\_events\\_checklist.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp).

Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013c). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. National Center for PTSD. Disponível em <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-int/caps.asp>.

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>.

## **Anexos**

**Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior**



comissaodeetica@ubi.pt  
Convento de Santo António  
6201-001 Covilhã | Portugal

## **Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2025-020-ID7122**

Na sua reunião de 15 de abril de 2025, a Comissão de Ética apreciou a documentação submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Perturbação de Stress Pós-Traumático nos PALOP e em Portugal: Avaliação, Fatores Sociodemográficos e Estudo Comparativo**”, do proponente **Luís Miguel de Jesus Lopes Barreiros**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2025-020.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, pelo que esta Comissão de Ética emite um parecer **favorável** à realização do projeto, nos moldes descritos naquela documentação.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por : **AMÉLIA MARIA MONTEIRO  
FERNANDES NUNES**  
Num. de Identificação: BI102417849  
Data: 2025.05.13 22:37:04+01'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Associada)

---

A CE-UBI e a UBI não se responsabilizam por danos ou outros atos ilícitos que possam vir a ser praticados no âmbito do estudo. As opiniões e conclusões contidas nos documentos resultantes desta investigação são da exclusiva responsabilidade dos autores do projeto.