

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Estudo prospectivo do impacto da violência na saúde mental das tropas de paz brasileiras no Haiti”

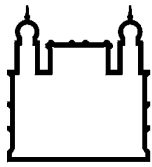
por

Wanderson Fernandes de Souza

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho

Rio de Janeiro, abril de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese, intitulada

“Estudo prospectivo do impacto da violência na saúde mental das tropas de paz brasileiras no Haiti”

apresentada por

Wanderson Fernandes de Souza

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Antônio Fernando Araújo Duarte

Prof.^a Dr.^a Carla Marques Portella

Prof.^a Dr.^a Liliane Maria Pereira Vilete

Prof. Dr. Ivan Luiz de Vasconcellos Figueira

Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho – Orientador

Tese defendida e aprovada em 08 de abril de 2011.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

S729 Souza, Wanderson Fernandes de
Estudo prospectivo do impacto da violência na saúde mental
das tropas de paz brasileiras no Haiti. / Wanderson Fernandes de
Souza. Rio de Janeiro : s.n., 2011.
xiv, 135 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Coutinho, Evandro da Silva Freire
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Epidemiologia. 2. Estudos Longitudinais. 3. Transtornos
de Estresse Pós-Traumáticos. 4. Militares. 5. Metanálise.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2

Dedico este trabalho aos meus pais (Seu Heleno e Dona Sandra) e minha irmã, que sempre apoiaram minhas decisões, seja lá qual fosse. Dedico também ao meu avô Carlos que junto aos meus pais me incentivou, desde criança, a ler os livros da série Vaga-Lume e a escrever em sua máquina de datilografia.

Dedico ainda este trabalho a todos os militares pertencentes às tropas de paz no Haiti, que exercem um trabalho de extrema significância e nobreza. A ajuda ofertada não será esquecida e que a mesma seja um exemplo a todos.

Wanderson Fernandes de Souza

AGRADECIMENTOS

- Ao Evandro Coutinho, por ser uma pessoa sempre atenciosa, disponível a ajudar e capaz de tornar a relação orientador/orientando uma amizade prazerosa.
- Aos professores Ivan Figueira e Eliane Volchan que fizeram com que este projeto surgisse e se desenvolvesse. Além de seus inúmeros ensinamentos e sugestões de artigos ao longo destes anos.
- Ao Major Duarte cuja ajuda dentro do exército foi de fundamental importância.
- A Liliane Vilete e Carla Portella por continuarem a contribuir na minha formação aceitarem fazer parte desta banca.
- Ao Geraldo Marcelo por estar sempre disponível e pelas contribuições fundamentais na análise dos dados.
- Aos amigos de grupo de pesquisa Ana Carolina, Nastassja Fischer, Thais Gameiro e Carlos Eduardo, por toda a ajuda no desenvolvimento do projeto e interesse constante em seus resultados.
- Aos membros do Ministério da Defesa que apoiaram essa colaboração e mostraram-se dispostos a ajudar em todos os momentos.
- A tantos outros que injustamente não terão seus nomes citados, mas que foram importantes no meu desenvolvimento como aluno e pesquisador.

"Would you tell me, please, which way I ought to go from here?"
"That depends a good deal on where you want to get to," said the Cat.
"I don't much care where--" said Alice.
"Then it doesn't matter which way you go," said the Cat.
"--so long as I get SOMEWHERE," Alice added as an explanation.
"Oh, you're sure to do that," said the Cat, "if you only walk long enough."
(Alice's Adventures in Wonderland – Lewis Carroll)

RESUMO

SOUZA, Wanderson Fernandes. ESTUDO PROSPECTIVO DO IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE MENTAL DAS TROPAS DE PAZ BRASILEIRAS NO HAITI. Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

O Brasil tem participado de algumas Missões de Paz da Organização das Nações Unidas (ONU) nas últimas décadas, mas a *Mission des Nations Unies pour la stabilisation em Haïti* (MINUSTAH) é a primeira em que o Brasil detém o comando militar de uma operação e envia um número expressivo de militares. A atividade exercida por militares tem sido diretamente relacionada ao desenvolvimento de uma grande variedade de sintomas físicos e psicológicos e um dos mais estudados desfechos relacionados à saúde mental em populações militares é o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático. Entretanto, as conseqüências do trabalho exercido especificamente em tropas de paz ainda são relativamente pouco estudadas. O presente estudo teve como objetivo investigar a prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) entre militares participantes de forças de paz ao redor do mundo e comparar estas estimativas com aquelas encontradas em uma coorte de militares brasileiros em missão no Haiti. O estudo também avaliou o histórico de situações traumáticas vividas por estes militares antes e durante a missão no Haiti e sua associação com possíveis agravos à saúde mental dos mesmos. Foi avaliada longitudinalmente uma coorte de 238 militares do Oitavo Contingente brasileiro em missão no Haiti. Esta coorte passou por três avaliações distintas: Aproximadamente um mês antes do embarque para a missão (T1), um a dois meses antes do processo de retorno ao Brasil (T2) e uma última avaliação de um a dois meses após o retorno ao Brasil (T3). A coorte apresentou uma prevalência de TEPT (0,5%) menor que a de outros estudos com tropas de paz que variaram de 1% a 25,8% e com uma prevalência estimada em 5,3% (IC=3,7-6,7) no resultado da meta-análise. Apesar de terem relatado muitas situações de estresse, apenas uma pequena parcela relata ter vivenciado alguma situação de risco de vida no Haiti. Nenhuma das variáveis utilizadas para avaliação da saúde mental dos indivíduos teve aumento ao longo da missão (TEPT, Depressão e Transtorno Mental Comum). As variáveis mais associadas aos sintomas de TEPT após a missão foram: os níveis iniciais deste sintoma antes da missão, afeto negativo e a presença de duas reações que podem ocorrer durante situações de trauma (dissociação peritraumática e reações físicas de pânico). Este resultado sugere que o modo como os indivíduos reagem durante ou imediatamente após uma situação traumática parece ser mais importante no desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático do que o número de exposições a experiências traumáticas. Os resultados também indicam que, ao menos em curto prazo, a saúde mental do militares brasileiros parece estar sendo menos afetada pelo impacto da participação em uma missão de paz do que tem sido sugerido pela literatura internacional.

Descritores: epidemiologia, estudo longitudinal, transtornos de estresse pós-traumático, militares, meta-análise

ABSTRACT

SOUZA, Wanderson Fernandes. PROSPECTIVE STUDY OF THE IMPACT OF VIOLENCE ON THE MENTAL HEALTH OF BRAZILIAN PEACEKEEPERS IN HAITI. Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde (DEMQS) – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

Brazil has participated in some of the United Nations (UN) Peacekeeping Operations in the last few decades. However the *Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti* (MINUSTAH) is the first where Brazil plays a leadership role on the operation and participates with an expressive number of military deployed. Military work has been directly related to the development of several physical and psychological symptoms and one the most studied outcome related to mental health in military population is the development of posttraumatic stress symptoms. However, the consequences of peacekeeping work are still understudied. The present study aimed to investigate the prevalence of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) among international peacekeepers and to compare it with Brazilian peacekeepers deployed in Haiti. This study also evaluated the history of traumatic situations they had been exposed before and during the operation in Haiti and its association with possible mental health problems. A cohort of 238 members of the eighth Brazilian contingent in Haiti was longitudinally evaluated. The cohort had three different evaluations: Approximately one month before deployment (T1), one/two months before the process of return to Brazil (T2) and one last evaluation one/two months after return (T3). The cohort presented a lower PTSD prevalence (0.5%) than the prevalence presented in other studies with peacekeepers that ranged from 1% to 25.8% with an estimated prevalence of 5.3% (CI=3.7-6.7) according to the meta-analysis. Despite reporting many different stressful situations only a minority reported the experience of any kind of life-threatening exposure during deployment in Haiti. None of the variables used for the mental health assessment of the participants presented an increase during the mission (PTSD, Depression, Common Mental Disorder). The variables that were most related to PTSD symptoms after deployment were: PTSD symptoms before deployment, negative affect and the presence of two reactions that may occur during traumatic situations (peritraumatic dissociation and panic-like physical reactions). This result suggests that the way that the individual reacts during or immediately after a traumatic situation seems to be more important in the development of posttraumatic stress symptoms than the number of traumatic experiences exposure. These results also indicate that at least in a short term the mental health of Brazilian peacekeepers seems to be suffering less from the impact of peacekeeping deployment than the international literature suggests.

Keywords: epidemiology, longitudinal study, posttraumatic stress disorders, military, meta-analysis

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa do Haiti.....	8
Figura 2: Critérios Diagnósticos do TEPT.....	22
Figura 3: Fluxograma de Identificação de Estudos.....	31
Figura 4: Fluxograma da Coorte de Militares.....	36
Figura 5: Histograma do Escore da Escala PCL após Missão.....	45
Figura 6: Fluxograma para a seleção de um modelo de regressão de contagem. Histograma do escore da escala PCL após missão. ¹ =Testável com um teste de máxima verossimilhança. ² =Testável pelo teste de Vuong. Adaptado de Elhai et al (2008).....	47
Figura 7: Gráfico de Floresta da prevalência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em tropas de paz. (Efeitos Fixos).....	54
Figura 8: Gráfico de Floresta da prevalência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em tropas de paz. (Efeitos Aleatórios).....	55
Figura 9: Gráfico de Floresta da prevalência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em tropas de paz, excluindo artigo de Seedat (2003). (Efeitos Aleatórios)	57
Figura 10: Valores observados e os valores preditos por cada modelo.....	72
Figura 11: Comparação da diferença entre os valores observados e preditos pelos modelos Poisson (PRM), Binomial Negativo (NBRM), Poisson Inflado de Zero (ZIP) e Binomial Negativo de Zero (ZINB).....	74
Figura 12: Curso longitudinal dos sintomas de TEPT ao longo de quatro momentos de avaliação. Retirado de Dickstein et al (2010).....	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Instrumentos utilizados em cada etapa de avaliação.....	36
Tabela 2: Características dos estudos e prevalência de TEPT em Tropas de Paz.....	52
Tabela 3: Meta-regressão do logit da prevalência de TEPT. Características sócio-demográficas e metodológicas.....	57
Tabela 4: História de trauma antes da missão no Haiti.....	60
Tabela 5: Frequência de situações potencialmente estressantes ocorridas no Haiti. Avaliação feita após retorno ao Brasil (n=188)	62
Tabela 6: Frequência de situações consideradas moderadamente estressantes ocorridas no Haiti. Avaliação feita após retorno ao Brasil (n=188).....	65
Tabela 7: Escore das escalas clínicas e de resiliência ao longo das 3 avaliações.....	66
Tabela 8: Frequência de casos clínicos suspeitos.....	67
Tabela 9: Comparação das características iniciais (T1) dos militares participantes e não participantes da segunda avaliação (T2).....	68
Tabela 10: Comparação das características iniciais (T1) dos militares participantes e não participantes da terceira avaliação (T3).....	68
Tabela 11: Regressão linear múltipla para o escore na PCL.....	70
Tabela 12: Modelo Final Binomial Negativo Inflado de Zero.....	73

LISTA DE SIGLAS

AN – Afeto Negativo

AP – Afeto Positivo

BDI – *Beck Depression Inventory* (Inventário Beck de Depressão)

CAGE – Questionário para avaliação de uso abusivo de Álcool

DPKO – *Department of Peacekeeping Operations* (Departamento de Operações de Forças de Paz)

DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (Quarta Edição)

ER-89 – *Ego Resilience Scale 89* (Escala de Resiliência 89)

GHQ-12 – *General Health Questionnaire* (Escala de Transtornos Mentais Comuns)

IEFMP – Inventário de Estressores de Força Militar de Paz

IC – Intervalo de Confiança

LCGA – *Latent Class Growth Analysis*

MINUSTAH – *Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haiti* (Missão das Nações para a estabilização no Haiti)

NB – *Negative Binomial* (Binomial Negativa)

ONU – Organização das Nações Unidas

PANAS – *Positive Affect and Negative Affect Scale* (Escala de Afeto Positivo e Negativo)

PDEQ - *Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire* (Questionário de Experiência Dissociativa Peritraumática)

PRS – *Physical Reaction Subscale* (Escala de Reações Físicas de Pânico)

PCL – *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (Escala de sintomas de Estresse Pós-Traumático)

PNH – Polícia Nacional do Haiti

PMS - *Positive Military Subscale* (Escala de Experiências Militares Positivas)

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

THQ – *Trauma History Questionnaire* (Questionário de História de Trauma)

TIS - *Tonic Immobility Scale* (Escala de Imobilidade Tônica)

ZINB – *Zero-Inflated Negative Binomial* (Binomial Negativa Inflada de Zero)

ZIP – *Zero-Inflated Poisson* (Poisson Inflada de Zero)

SUMÁRIO

CAPA
LOMBADA
FICHA CATALOGRÁFICA
DEDICATÓRIA
AGRADECIMENTOS
EPÍGRAFE
RESUMO
ABSTRACT
LISTA DE FIGURAS
LISTA DE TABELAS
LISTA DE SIGLAS
SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
	1.1 Forças Militares de Paz	3
	1.2 O Haiti	8
	1.3 Missão de Paz no Haiti	12
	1.4 Conseqüências do Trabalho em Forças de Paz	17
	1.4.1 Transtorno de Estresse Pós-Traumático	19
	1.4.2 Frustração e Raiva	23
	1.4.3 Estressores de Baixa Magnitude	25
	1.5 Fatores de Proteção a saúde mental em Forças de Paz	26
2	OBJETIVOS	27
	2.1 Geral	27
	2.2 Específicos	28
3	MATERIAIS E MÉTODOS	28
	3.1 Meta-análise	29
	3.1.1 – Estratégia de Busca	29
	3.1.2 – Identificação dos Estudos	29
	3.1.3 – Obtenção dos Dados	31
	3.1.4 – Análise Estatística	32

3.2	Estudo Prospectivo	33
3.2.1	– Participantes	33
3.2.2	– Instrumentos	36
3.2.3	– Análise Estatística	44
3.2.3.1	– Análise Bivariada	44
3.2.3.2	- Análise Multivariada	44
3.2.3.3	- O Modelo Binomial Negativo Inflado de Zero (ZINB)	47
3.2.4	– Aspectos Éticos	49
4	RESULTADOS	50
4.1	– Meta-análise	50
4.1.1	- Características dos Estudos Incluídos	50
4.1.2	- Prevalência de TEPT Atual	53
4.2	– Estudo Prospectivo	58
4.2.1	- Características Pré-Missão (T1)	58
4.2.2	– História de Trauma Anterior ao Haiti	58
4.2.3	– Situações de Estresse Durante a Missão	60
4.2.4	– Avaliação da Saúde Mental	66
4.2.5	- Modelo Explicativo para os Sintomas de TEPT	69
5	DISCUSSÃO	74
5.1	– Perfil Anterior a Missão	78
5.2	– A Natureza do Estresse Vivido no Haiti	81
5.3	– Saúde Mental no Retorno ao Brasil	82
5.4	– Preditores de Sintomas de TEPT	86
6	CONCLUSÕES	89
7	REFEFÊNCIAS	91
	ANEXOS	103

1 - INTRODUÇÃO

Populações militares representam um dos grupos populacionais que mais recebe atenção devido às conseqüências das atividades que exercem. Veteranos de guerra compõem um grupo que tem sido muito estudado desde o período das duas primeiras guerras mundiais e passaram a receber ainda maior atenção após a guerra do Vietnã. A relativamente recente guerra do Golfo, e a atual guerra do Iraque, mantiveram aceso o interesse nestas populações. Entretanto, apesar do enfoque comumente dado aos veteranos de guerra, a atividade praticada por militares não se restringe ao trabalho exercido em situações de guerra. Outras modalidades de atividades desempenhadas por militares tendem a receber menos atenção por parte da comunidade científica como, por exemplo, o trabalho em forças militares de paz. Apesar do crescente número de militares empregados neste tipo de atividade nas últimas décadas, ainda é uma área da cultura militar que recebe pouca atenção quanto aos riscos e demandas envolvidos.

O Brasil sempre foi um país de participação modesta na mediação de conflitos internacionais de modo que nossos militares sempre exerceram uma função muito mais voltada à defesa de nossas fronteiras do que em situações de combate com engajamento intenso. Porém, o Brasil tem apresentado um significativo aumento de sua participação em conflitos externos através do envio de forças militares de paz, especialmente nos últimos anos. Apesar de não ser a primeira participação brasileira em missões internacionais, a atual missão de paz

no Haiti representa o maior número de militares brasileiros enviados para missões no exterior.

Apesar de existir uma vasta literatura a respeito das conseqüências da exposição a experiências traumáticas, especialmente com relação a vítimas de desastres e situações de guerra, pouco se sabe ainda a respeito deste impacto em indivíduos envolvidos em missões de paz. Mesmo contendo diferenças com relação ao trabalho de um militar em situação de guerra, o trabalho em forças de paz expõe seus integrantes a um conjunto de situações de risco que têm sido relacionados ao desenvolvimento de uma série de conseqüências para a integridade física e mental dos militares participantes.

Ainda são escassos os trabalhos sobre prevalência de qualquer tipo de agravo a saúde mental (Ex: Depressão, Estresse Pós-Traumático, Síndrome do Pânico, etc.) e seus fatores risco, tanto na população geral quanto em grupos militares no Brasil. Considerando que a participação militar brasileira no Haiti envolve uma renovação de cerca de 1200 homens a cada seis meses, nosso país tem enviado um montante significativo de indivíduos que se expõem a uma série de situações de risco cujas conseqüências ainda não são adequadamente conhecidas. Sendo assim, estudos sobre as reações ao estresse e a identificação da prevalência de alguns transtornos e seus fatores de risco devem ser produzidos para que possamos compreender quais as reais conseqüências deste tipo de atividade.

A importância da identificação de possíveis fatores de risco no desenvolvimento de sintomas psicopatológicos ultrapassa a esfera militar ao gerar conhecimento que nos permite elaborar medidas preventivas e aprimorar os métodos de tratamento existentes proporcionando maior qualidade de vida aos indivíduos expostos a situações potencialmente traumáticas.

1.1 - Forças Militares de Paz

As forças militares de paz foram criadas na década de 40 com o intuito de ajudar países em conflito a criar condições de manter a paz em seus territórios. Entretanto, desde sua criação pela Organização das Nações Unidas (ONU), as forças de paz nunca receberam uma definição clara de quais deveriam ser as suas atribuições. A Carta da ONU, documento criado em 1945 e assinado por mais de 180 Estados independentes que define a atuação da Organização, não possui menção daquilo que viria a ser considerado como uma força de paz. Originalmente a Carta não antecipava a possibilidade de forças militares sob a autoridade da ONU intervindo em situações de conflito.

O propósito fundamental da ONU é o de manter a paz e a segurança internacionais e para isso deve tomar medidas coletivas efetivas que busquem: a) prevenir e remover ameaças à paz; b) cessar atos de agressão ou outras violações da paz, através de meios pacíficos e em conformidade com a justiça e as leis internacionais. Apesar de estar

em acordo com os preceitos básicos da ONU, as atividades exercidas em operações de paz não se enquadram em nenhum dos capítulos da Carta. Não é contemplada no Capítulo VI, que trata do uso de métodos pacíficos para resolução de conflitos, mas também não se enquadra no Capítulo VII da mesma, que trata do uso da força para estabelecer a paz.

No início de sua atuação, as operações de paz eram caracterizadas pelo envio de observadores militares desarmados, tendo ocorrido o primeiro caso nos Bálcãs no ano de 1947. Até o final da década de 80, a maioria das operações de paz envolvia somente este tipo de intervenção. Por uma perspectiva histórica é possível destacar dois diferentes tipos de missão de paz. A primeira pode ser chamada de missão de paz tradicional e geralmente se refere às missões criadas durante o período da Guerra Fria. Este tipo de missão servia como um meio para se resolver conflitos entre Estados através do emprego de forças militares que agiam desarmadas ou levemente armadas, sendo compostas por militares de diferentes países. Durante este período, as forças de paz eram acionadas quando a situação já estava minimamente controlada e as partes envolvidas no conflito concordavam previamente com a intervenção da ONU. Entretanto, o fim da Guerra Fria provocou uma grande mudança na ONU e em suas missões. O Conselho de Segurança passou a criar missões de paz em maior quantidade e cada vez maiores.

O bom resultado das operações de paz iniciais causou um grande otimismo internacional de modo que, no ano de 1988, a iniciativa da

criação das tropas de paz da ONU recebeu o prêmio Nobel da Paz. Este sucesso perdurou até que em 1992, foi criado o Departamento de Operações de Forças de Paz (*UN Department of Peacekeeping Operations - DPKO*) para auxiliar a criação e gerenciamento das missões. Entretanto, as novas missões que passaram a ser criadas no período pós-guerra fria, diferentemente das missões tradicionais, eram mais complexas que suas antecessoras, envolviam mais características não militares e nem sempre eram apoiadas pelas forças políticas envolvidas. Este tipo de participação passou a colocar os indivíduos atuantes em uma situação de risco cada vez maior na medida em que nem sempre a presença das tropas da ONU era bem recebida no território de intervenção.

Dentro do novo contexto de missões de paz, algumas operações mal sucedidas, especialmente na Bósnia e Ruanda em 1994-1995, evidenciaram a necessidade de uma reavaliação deste tipo de intervenção. As tropas da ONU haviam se mostrado incapazes não só de conter a guerra na Bósnia como também não conseguiram evitar o massacre ocorrido em Ruanda. Apesar da presença de tropas de paz no país, em um período de aproximadamente cem dias, um genocídio se deu com a morte de 500 mil a um milhão de pessoas em Ruanda, segundo diferentes fontes de informação. Este episódio é até hoje considerado como o maior fracasso da história das missões de paz tendo finalmente levado a reavaliação feita em março de 2000 quando foi criado o “*Brahimi*

Report', um documento que fornece as diretrizes para aquilo que seria considerada uma missão bem sucedida.

Desde os anos 90, o número de operações militares internacionais tem aumentado significativamente ao redor do mundo. Até hoje a ONU já criou 64 operações de paz tendo sido 51 delas criadas após o ano de 1988. Atualmente, quinze operações estão sendo gerenciadas pelo DPKO sendo: 6 na África, 3 na Ásia/Pacífico, 2 na Europa, 3 no Oriente Médio e 1 nas Américas. Portanto, o aumento da importância e relevância das atividades militares de tropas de paz está claro no número de missões criadas nas últimas décadas. Mas apesar de representarem uma diferente modalidade de participação militar, as forças de paz não costumam fazer parte do treinamento tradicional militar apresentando diferenças significativas tanto nos riscos envolvidos quanto em suas demandas.

Diferente de uma operação de guerra, as operações de paz exigem diferentes papéis por parte dos militares envolvidos. Um militar em tropa de paz pode exercer uma função de suporte às eleições, fazer serviços de ajuda humanitária ou até mesmo fazer o trabalho de força policial. Sendo assim, em muitas ocasiões, este tipo de atividade exige do militar uma série de aptidões para as quais não foram treinados. Esta particularidade já fora ressaltada anteriormente pelo Secretário Geral da ONU que, na ocasião da nomeação das tropas de paz ao prêmio Nobel, disse: "O trabalho de força de paz não é um trabalho para soldados, mas que apenas estes o podem fazer".

Outra característica que diferencia o trabalho de paz de outras operações militares tradicionais é o fato de que não existe um inimigo direto e visível. Enquanto que em uma missão de guerra existe a figura do inimigo que deve ser enfrentado e combatido, o mesmo não ocorre em missões de paz onde, muitas vezes, os participantes acabam por precisarem se defender da hostilidade daqueles indivíduos a quem eles supostamente estariam ajudando.

Uma terceira diferença importante com outros tipos de intervenções militares está na questão do uso da força. Uma das diretrizes das operações de paz está relacionada ao não emprego de métodos violentos durante a ação. Mas apesar do caráter não combativo deste tipo de intervenção, os participantes podem muitas vezes acabar precisando se defender. Tentando lidar com este problema, especialmente nas missões complexas pós-guerra fria, a ONU passou a permitir o uso da força em casos extremos. Nestes casos, apesar do uso de armas de fogo ser permitido, este é enfaticamente colocado como um último recurso que só deve ser usado quando nenhuma outra solução se mostrar possível. Precisando ou não deste último recurso, estes militares acabam sendo expostos a um tipo de situação que é, possivelmente, a mais notável diferença na postura de soldados como guerreiros ou como mantenedores da paz: a necessidade de conter a vontade de revidar em uma situação de estresse.

1.2 - Haiti



Figura 1: Mapa do Haiti
Fonte: www.alliance-haiti.com

O Haiti faz parte de uma pequena ilha no Caribe fazendo fronteira com a República Dominicana a leste do seu território. Sua população estimada em pouco mais de oito milhões de habitantes ocupa um território equiparável ao estado de Alagoas. Apesar de ter sido a primeira república negra no mundo (1804) atualmente representa o país mais pobre das Américas e de todo hemisfério ocidental. Possui um ecossistema extremamente devastado, mantendo menos de 4% da sua cobertura vegetal. O desemprego é generalizado atingindo aproximadamente 80% da população. Seus habitantes vivem em situação de extrema pobreza com 78% da população vivendo com menos \$2 dólares/dia e 54% vivendo com menos de \$1 dólar/dia. As línguas oficiais no país são o francês e o dialeto “*créole*”. A população é composta etnicamente por 95% de negros.

Apesar da religião predominante no país ser o catolicismo, a cultura e a prática do Vodou também é bastante difundida.

A atual situação de violência no Haiti faz parte do longo histórico violento que existe no país desde sua origem. Tendo sido cedida à França pela Espanha em 1697, tornou-se a mais próspera colônia francesa na América através da exportação de cacau, açúcar e café. Em 1789 as notícias da Revolução Francesa já chegavam à ilha e já em 1794, em uma revolta de escravos, o Haiti tornou-se o primeiro país do mundo a abolir a escravidão. Em 1801, o ex-escravo Toussaint Louverture, tornou-se governador-geral, mas, logo depois, foi deposto e morto pelos franceses. Dois anos depois, Jean Jacques Dessalines organizou o exército, derrotando os franceses. Em 1804 foi declarada a independência (segundo país a tornar-se independente nas Américas) e Dessalines subiu ao poder. Neste processo, milhares de franceses que ainda viviam na ilha foram assassinados.

A independência do Haiti não trouxe estabilidade ao país, pelo contrário, sua história política sempre foi repleta de atos de violência e instabilidade. Uma série de governos sob acusação de corrupção e escândalos administrativos se sucedeu no país. Em 1844 a República Dominicana conseguiu sua independência dividindo a ilha em dois países. Até o início do Século XX, o Haiti teve 20 governantes. Entretanto, 16 destes foram depostos ou assassinados enquanto estavam no comando do país. Tropas americanas já haviam ocupado a região em 1915 e 1934 sobre o pretexto de proteger os interesses norte-americanos no país.

Após anos de instabilidade, o país inicia em 1957 um período ditatorial com o médico François Duvalier na presidência.

François Duvalier, conhecido também como “*Papa Doc*”, governou o Haiti proclamando-se presidente vitalício do país. Instaurou a ditadura com a ajuda da sua guarda pessoal que pregava o terror a ponto de serem apelidados pela população haitiana como *Tontons Macoutes* (criatura equivalente a figura do bicho-papão). Durante seu governo exterminou a oposição e perseguiu a Igreja Católica no país. A liderança do país só muda em 1971 com a morte de Papa Doc, sendo então substituído por Jean-Claude Duvalier, seu filho. Com o segundo Duvalier no comando do país, conhecido como “*Baby Doc*”, a ditadura haitiana se mantém até o ano de 1986. Neste ano, manifestações populares se intensificaram a tal ponto que fez com que Baby Doc fugisse com a sua família para a França. Só em Janeiro de 2011, quase 25 anos depois de fugir do país, Baby Doc retornou ao Haiti sendo proibido de deixá-lo.

Mesmo após a queda do regime ditatorial da família Duvalier o Haiti se manteve em um estado de instabilidade política. Com a dissolução dos *Tontons Macoutes*, diversas lideranças populares começaram a surgir e a Igreja Católica voltou a ter força. Neste novo ambiente que se instaurava, um ex-padre passou a ganhar popularidade cada vez maior: Jean Bertrand Aristide. Com seu discurso que instigava o povo a combater o governo, utilizando-se de metáforas bíblicas para defender o uso da violência, Aristide acabou sendo expulso da Ordem dos Salesianos. Mas se por um lado ele passava a ganhar a inimizade dos

conservadores do clero, sua popularidade aumentava entre as camadas mais humildes da população haitiana. Esta popularidade se consolidou em 1990 quando, com as primeiras eleições presidenciais livres, Aristide venceu o primeiro turno com 70% dos votos. A oposição, aliados de Baby Doc, tentaram impedir a posse gerando mais uma onda de revolta na população. Milhares de haitianos foram às ruas se manifestarem cometendo diversos atos de violência contra aliados de Baby Doc.

Estando menos de dois anos na presidência, Aristide foi deposto até que uma intervenção da ONU resultou no seu retorno ao poder em 1994. Os governos que foram sendo estabelecidos no país em seguida não foram capazes de criar reformas profundas devido à instabilidade política e econômica marcada pelos bloqueios comerciais recentes. No ano de 2000, Aristide é eleito mais uma vez sob suspeita de manipulação dos votos até que em 2004 ex-integrantes do exército haitiano iniciaram mais um movimento com o objetivo de causar a renúncia do presidente. Aristide foi retirado do país por militares norte-americanos e conseguiu asilo na África do Sul. Diante de mais um período de instabilidade no país, a ONU decide estabelecer a Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti (MINUSTAH).

1.3 – Missão de Paz no Haiti

Desde o início dos anos 90, uma série de operações entrou em ação no Haiti na forma de diferentes missões enviadas após o golpe militar sofrido pelo presidente Jean Bertrand Aristide. Em fevereiro de 1993 foi criada uma missão conjunta da Organização das Nações Unidas (ONU) com a Organização dos Estados Americanos (OEA) que foi chamada de *International Civilian Mission in Haiti* (MICIVIH). Em setembro do mesmo ano a ONU criou sua primeira missão no país: *United Nations Mission in Haiti* (UNMIH). Entretanto, devido a não cooperação das forças militares haitianas, a UNMIH não pôde agir plenamente desde o início de sua formação.

Em meados de 1994, foi formada uma força multinacional sob o comando dos EUA com o objetivo de invadir o Haiti e posteriormente iniciar-se o processo de envio de forças de paz. O Brasil não concordou com esta primeira abordagem e não participou deste processo. A invasão foi noticiada quando dois porta-aviões norte-americanos foram enviados ao Haiti. Durante o período de 1993 a 2000, diferentes operações entraram em atividade na região: UNMIH (1993-1996), *United Nations Support Mission in Haiti* (UNSMIH – 1996-1997), *United Nations Transition Mission in Haiti* (UNTMIH – 1997) e a *United Nations Civilian Police Mission in Haiti* (MIPONUH – 1997-2000). Em sua maioria, estas operações tinham como prioridade ajudar na profissionalização da Polícia

Nacional do Haiti (PNH) que deveria combater os grupos armados, conhecidos como *chimères*, que começavam a se organizar pelo país.

Entretanto, em fevereiro de 2004, um conflito armado se formou na cidade de Gonaives fazendo com que o Presidente Jean Bertrand Aristide fosse deposto pela segunda vez. Após o presidente buscar exílio na África do Sul, a atual missão de paz da ONU foi criada. A MINUSTAH entrou em vigor ainda em 2004 e permanece em atividade ainda hoje tendo como objetivo original o auxílio na estabilização política do país.

Com o intuito de aumentar sua representatividade no cenário internacional, o Brasil tem aumentado sua participação em missões de paz de tal forma que a ONU o designou para comandar a nova operação do Haiti no momento de sua criação. Com isto o Brasil passou a comandar a MINUSTAH que é composta pela contribuição de diversos países como o Brasil, Argentina, Bolívia, Paquistão, Jordânia, entre outros.

A participação das tropas brasileiras é feita através de contingentes de aproximadamente 1200 militares que são renovados a cada seis meses. Todos os voluntários a participação no Haiti passam por um período de seleção e treinamento prévios. Uma vez enviados ao Haiti, estes militares exercem diferentes atividades que tem variado da ajuda humanitária (através da distribuição de alimentos, ajuda em hospitais) e suporte as eleições locais, até ao trabalho de força policial.

A criação da MINUSTAH foi marcada por um período inicial de euforia e otimismo tanto por parte da população haitiana quanto pelos

participantes da missão. Os haitianos viam os “capacetes azuis” sob o comando brasileiro como uma ajuda esperada para a restauração de seu país. Ainda no primeiro ano da MINUSTAH (2004), foi promovido um amistoso da seleção brasileira de futebol contra a seleção haitiana. O “jogo da paz”, como foi chamado este evento, fazia parte dos esforços na tentativa de melhorar a relação da população local com as forças da ONU que atuavam no país. O que foi visto no dia deste amistoso trouxe confiança no trabalho que seria exercido no país nos próximos anos. Os jogadores brasileiros saíram do aeroporto sendo levados diretamente ao estádio por blindados do exército e uma multidão se amontoava pelo caminho para receber os jogadores.

O clima de boas vindas foi lentamente sendo alterado na medida em que as tropas permaneciam no país e o povo não era capaz de ver tantas mudanças quanto eram esperadas. Os contingentes começavam a se alternar no Haiti e os avanços ainda eram sutis. Durante este período a função dos militares também foi sendo modificada. Se no início boa parte do trabalho era de ajuda humanitária e suporte na reconstrução de algumas instituições, as tropas de paz da ONU passaram a agir de forma mais intensa no combate aos grupos paramilitares que passaram a se ocultar nas grandes favelas de Bel Air e Cite Soleil. As tropas de paz da ONU passaram a receber ordem de entrar nas favelas haitianas e exercem o trabalho de força policial. Sendo assim, a MINUSTAH sempre teve um caráter muito mais voltado ao trabalho de “imposição” de paz

(Peace Enforcement) do que um trabalho de “manutenção” da paz (Peacekeeping).

Durante o período de atividade nas favelas haitianas, as tropas brasileiras foram surpreendidas com a notícia do suicídio do General brasileiro Urano Bacelar. O General brasileiro foi o comandante militar da MINUSTAH a partir de Setembro de 2005 até ser encontrado morto por um ferimento de arma de fogo na cabeça em seu quarto, em Porto Príncipe, no dia 07 de Janeiro de 2006. O General Bacelar foi temporariamente substituído pelo General chileno Eduardo Aldunate Herman até que em 17 de Janeiro outro General brasileiro foi anunciado: José Elito Carvalho de Siqueira.

Ainda em 2006, dois anos após o início da missão da ONU, foi finalmente possível a organização de novas eleições no país. Após ter governado o país no período de 1996 a janeiro de 2001, René Préval foi novamente eleito como presidente do país. Durante seu primeiro governo, era membro do partido do presidente deposto Jean Bertrand Aristide. Entretanto, mesmo desvinculado de seu antigo partido, foi eleito em primeiro turno no dia 14 de Maio de 2006.

Após o sucesso das eleições haitianas as tropas da ONU mantiveram seu trabalho de auxiliar a estabilização do país e garantir que o novo presidente tivesse condições de exercer suas funções. Entretanto, no início de 2008, os militares tiveram que enfrentar uma nova situação. Com a crise econômica que teve seu início no fim de 2007, o preço dos alimentos aumentou drasticamente no Haiti causando uma manifestação

pública de insatisfação. Alimentos básicos como arroz e pão sofreram aumento de mais de 50% neste período levando a constantes manifestações nas ruas da capital e até mesmo a um ataque popular ao palácio presidencial em 8 de Abril de 2008. As forças da ONU, incluindo o 8º contingente brasileiro em operação no Haiti, foram acionadas pelo presidente Préval para conter as manifestações e os saques que passavam a ser freqüentes. Enquanto exerciam esta função os militares passaram a ter que conter a população a qual foram designados a ajudar.

O Haiti passou os últimos anos buscando sua estabilidade apesar de sua longa história de instabilidade e da recente crise econômica internacional. Entretanto, durante este processo, outro grande desafio teve que ser enfrentado tanto pela população haitiana quanto pelas tropas atuantes no país. No dia 12 de Janeiro de 2010 a capital Porto Príncipe fora atingida por um terremoto de magnitude 7,0 na escala Richter. Este episódio deixou mais de 1,5 milhões de pessoas desabrigadas e cerca de 200 mil mortos. Entre os mortos estavam 21 brasileiros, 18 militares e 3 civis. Este desastre natural agravou os problemas sociais no Haiti e fez com que a ação das tropas de paz voltasse a uma postura de ajuda humanitária e reconstrução do país.

Ainda buscando estabilizar-se após o terremoto de Janeiro, a segunda metade de 2010 foi marcada pelo mais recente desafio enfrentado pelos militares da ONU no Haiti: Uma epidemia de Cólera. O Haiti não sofria uma epidemia da doença desde 1960, entretanto, as condições de saneamento decorrentes do terremoto facilitaram a

propagação da doença. A situação se agravou quando começaram a surgir boatos de que a doença teria chegado ao Haiti por meio de uma base militar de soldados do Nepal. Esta suspeição causou uma série de protestos contra as operações ao norte do país fazendo com que a ONU se visse obrigada a suspender as atividades na região após reconhecer a existência de problemas de saneamento na base do Nepal.

Atualmente, as tropas de paz no Haiti seguem com a tripla missão de ajudar na reconstrução do país após o terremoto, ajudar a população no combate da cólera, além de preparar o ambiente haitiano para a próxima eleição presidencial.

1.4 - Conseqüências do Trabalho em Forças de Paz

As seções anteriores apresentaram um resumo do ambiente em que se encontram os militares no Haiti assim como o tipo de situação que estão enfrentando no país. Este tipo de participação militar tem sido relacionado a um conjunto de conseqüências para a saúde e o bem estar de seus participantes. Estudos realizados após conflitos militares mostram que a exposição a combate resulta em considerável risco de problemas mentais incluindo o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), depressão, abuso de substâncias, problemas sociais, na aptidão ao trabalho e aumento do uso de serviços de saúde (Hoge et al, 2004). Além destes riscos relacionados à exposição a situações de combate, a complexidade envolvida no trabalho de paz colocam em dúvida a

adequação do uso de soldados como agentes humanitários. Litz et al (1997) enfatizaram este problema ao intitular seu artigo como “*Warriors as Pecekeepers*” (Guerreiros como Mantenedores da Paz). O sentimento de despreparo assim como os sinais das conseqüências do trabalho em missão de paz podem ser notados pelas declarações de um soldado brasileiro que esteve em missão no Haiti (Ruppenthal, 2007):

“Os soldados da missão de paz no Haiti passam dias a fio fazendo trabalho de polícia, apesar de que não fomos treinados para isso e muito menos essa é a função de um militar”

“Eu vivia temendo acordar louco. Freqüentemente, logo cedo, eu fazia questão de conversar com alguém para ter certeza de que estava me comunicando normalmente. (...) Eu acreditava mesmo que não conseguiria suportar. Para falar a verdade, até tinha medo de não ser normal simplesmente porque ainda não enlouquecera (...) Tenho essa encanação desde que voltei, mas aos poucos acho que vou conseguindo superar.”

“Tenho certeza de que o Haiti me deixou uma pessoa mais dura. Meus familiares chegaram a me dizer isso. Mas é uma estratégia de sobrevivência: Como eu poderia continuar sensível e, ao mesmo tempo, cruzar diariamente com um monte de cadáveres sem cabeça?”

1.4.1 – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Dentre os desfechos relacionados à saúde mental, um dos mais estudados em amostras militares é o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Acredita-se que seja o transtorno mental mais comum entre os soldados americanos que retornam do Iraque (Hoge et al, 2004). Durante as duas grandes guerras e a guerra do Vietnã, foram descritas síndromes similares ao que hoje conhecemos como TEPT. Alguns termos como “coração irritável”, “neurose de combate” e “fadiga operacional” foram utilizados para descrever este quadro resultante de graves traumas vivenciados. O TEPT é um transtorno psiquiátrico decorrente da exposição direta ou presenciada a situações que possam envolver risco de morte ou uma ameaça à integridade física. Só foi reconhecido como uma entidade nosológica em 1980, com a sua inclusão na terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, da *American Psychiatric Association* (DSM-III). De acordo com a atual versão do manual diagnóstico (DSM-IV), para o diagnóstico do TEPT, o indivíduo deve ter sido exposto a um evento traumático envolvendo sério risco de morte ou ameaça a integridade física e deve ter respondido a situação com intenso medo, impotência ou horror (Figura 2).

Estudos em veteranos de guerra têm sugerido que tanto o surgimento quanto a gravidade dos sintomas de TEPT estejam mais associados à exposição a atrocidades (morte humana brutal) do que

propriamente ao risco de vida relacionado ao combate (Ursano et al, 1990; Yehuda et al, 1992). Isto caracterizaria os militares em forças de paz como um grupo de risco ao desenvolvimento de TEPT mesmo quando participarem de missões com baixa frequência de situações de combate.

Alguns fatores têm sido considerados como protetores com relação ao desenvolvimento de TEPT em grupos militares. Gray et al (2004) mostraram que uma percepção positiva da missão quinze semanas após o retorno funcionou como fator de proteção ao desenvolvimento de TEPT dezoito meses após o retorno. Dividir suas experiências com outras pessoas também parece estar associado a um menor risco. Entre 426 membros de força de paz dos Estados Unidos, 16% disseram ter discutido sobre suas experiências na Somália com alguém. Aqueles que falaram sobre suas experiências com outras pessoas apresentaram menor sintomatologia de TEPT (Bolton et al, 2003).

Tanto a ausência de suporte social quanto o tipo de estratégia de enfrentamento (*coping*) usada para lidar com situações de estresse já foram avaliadas como fatores de risco em militares de força de paz. Um contato social reduzido, assim como a adoção de estratégias de enfrentamento focadas em emoções em lugar de estratégias focadas no problema parece estar associado à maior gravidade de sintomas (Dirkzwager et al, 2003). Em estudo anterior desenvolvido com militares brasileiros do segundo contingente em missão de paz no Haiti, foi

encontrado que não apenas o número de situações estressantes vividas no Haiti estavam associadas com o desenvolvimento de sintomas de TEPT como estas interagiam com um traço de personalidade dos indivíduos (afeto negativo) avaliado antes da participação na missão (Souza et al, 2008).

CrITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

(1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros;

(2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

B. O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:

(1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções.

(2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento.

(3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado).

(4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;

(5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.

C. Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral (não presente antes do trauma), indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:

(1) esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;

(2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma;

(3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma;

(4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas;

(5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas;

(6) faixa de afeto restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho);

(7) sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).

D. Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:

(1) dificuldade em conciliar ou manter o sono

(2) irritabilidade ou surtos de raiva

(3) dificuldade em concentrar-se

(4) hipervigilância

(5) resposta de sobressalto exagerada.

E. A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.

F. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Figura 2: Critérios Diagnósticos do TEPT

Adaptado da DSM-IV

1.4.2 – Frustração e Raiva

Os militares enviados em missões procuram uma oportunidade de colocar em prova seu treinamento. Por outro lado, os estudos mostram que estes indivíduos podem tornar-se muito frustrados quando se deparam com situações onde são forçados a manter uma postura passiva. No caso dos militares brasileiros, cuja oportunidade de participação em operações internacionais costuma ser relativamente rara, esta é uma questão bastante relevante. Missões de paz conduzidas em lugares onde a paz já está relativamente estabelecida têm sido associadas a sentimentos de frustração, tédio e conflito de papéis, mas não costumam estar relacionadas ao desenvolvimento de problemas de saúde mental (Michel et al, 2003; Kettner, 1972). Entretanto, quando expostos a maior risco de vida, os militares passam a estar mais propensos a vivenciarem problemas mais graves como o desenvolvimento de TEPT, abuso de álcool ou depressão (Litz et al, 1997b). Um exemplo claro dos efeitos envolvidos com a expectativa de uma missão foi o que ocorreu durante a operação “*Uphold Democracy*” no Haiti no fim de 1994. A operação tinha o caráter inicial de combate e invasão do país, porém, apenas algumas horas antes das tropas norte americanas aterrissarem no Haiti, a missão mudou seu caráter de ocupação para o de manutenção da paz. Os soldados revelaram intensa frustração com a mudança e o início da missão foi marcado por altos índices de depressão e três casos de suicídio nos primeiros 30 dias.

Nenhum novo caso de TEPT foi identificado no período de missão, além da posterior redução dos sintomas depressivos (Hall & Cipriano, 1996; Hall, 1997).

Weisaeth (1996) chamou de *UN Soldier Stress Syndrome* (Síndrome do Estresse em Soldados da ONU) a tensão criada pela necessidade de manter um equilíbrio entre os impulsos agressivos e de retaliação e a impossibilidade de reação. Enquanto estão em combate, os militares participantes de missões tradicionais são capazes de liberar sua agressividade através de atos de destruição. Entretanto, este tipo de comportamento é proibido em operações de paz.

A agressividade reprimida tem sido considerada a responsável por intensa frustração nesta população (Hall & Cipriano, 1996). Essa teoria recebeu apoio em um estudo clínico que encontrou níveis iniciais de raiva mais altos, além de menor redução desta característica após tratamento, em um grupo de militares em operações de paz quando comparados a veteranos de guerra do Vietnã (Forbes et al, 2005). Este mesmo estudo também identificou o sentimento de raiva como um preditor para o desenvolvimento de TEPT. Entretanto, esta associação foi encontrada apenas entre os membros de força de paz e não na amostra de veteranos do Vietnã. Outros estudos reforçam a associação entre a necessidade de conter a agressividade e o desenvolvimento de TEPT (Litz et al, 1997).

Em um grupo de 3461 militares membros de força de paz, aproximadamente a metade relatou sentir-se consideravelmente frustrado

como conseqüência de não poderem reagir durante tarefas perigosas e ao ter lidar com mudanças das regras do uso da força. Nesta amostra, a distância dos amigos e da família, assim como a impossibilidade de reação a situações de perigo foram mais freqüentemente consideradas como incomodas do que o fato de estar em um país diferente ou ver pessoas famintas nas ruas (Orsillo et al, 1998).

1.4.3 – Estressores de Baixa Magnitude

Apesar de muitos estudos focarem nas conseqüências relacionadas a eventos que envolvam risco de vida, alguns estudos com forças de paz têm dado importância àquilo que passou a ser chamado de estressores de baixa magnitude - *Low Magnitude Stressors* (King et al, 1995). Estes eventos se referem a uma série de situações estressantes que não estão necessariamente relacionadas a um perigo iminente, mas que causam considerável desconforto e dificultam o trabalho dos militares. É um conceito que engloba fatores como a exposição a um ambiente hostil, dieta ruim, saudade de casa e o perigo de contrair uma doença, entre outros. Ao menos na Somália, os estressores de baixa magnitude foram considerados como mais frustrantes que outros aspectos negativos da missão como ter que sair em patrulha e ter que lidar com mudanças de regras na base (Litz et al, 1997). A importância destes estressores foi corroborada em um estudo com militares em atividade no deserto do Saara avaliados durante o serviço. Entre estes

militares, as duas maiores dificuldades enfrentadas na missão foram: a saudade de casa e a adaptação ao clima local. Aproximadamente 25% dos respondentes disseram sentir-se moderadamente estressados com relação a estes dois aspectos da missão (Han & Kim, 2001). Portanto, a avaliação das conseqüências do trabalho em forças militares de paz deve levar em consideração tanto as situações de risco mais graves quanto o acúmulo de pequenas condições adversas no trabalho.

1.4.5 – Fatores de Proteção a saúde mental em Forças de Paz

A literatura a respeito das forças militares de paz também tem sugerido alguns possíveis fatores de proteção para o desenvolvimento de diferentes psicopatologias. O nível de engajamento na missão, por exemplo, parece funcionar na proteção ao desenvolvimento de sintomas. Em uma amostra de 1181 soldados dos Estados Unidos em missão de paz, aqueles mais engajados tenderam a apresentar menor sintomatologia geral (Britt & Bliese, 2003). Uma possível explicação levantada pelos autores seria o fato de que estes indivíduos estariam mais propensos a ver seu trabalho como uma atividade importante e contextualizada. A contextualização de uma situação traumática funcionaria dando sentido à exposição e ao risco enfrentado em um ambiente estressante. Soldados que relatam ser capazes de encontrar significado nas atividades exercidas durante a missão de paz são mais

propensos a relatarem obter benefícios com a operação (Britt et al, 2001; Mehlum & Weisaeth, 2002).

O espírito de coesão e moral da tropa também são fatores importantes para evitar o desenvolvimento de sintomatologias. Orsillo et al (1998) avaliaram o orgulho militar e o espírito de coesão e identificaram estas duas características como mais recompensadoras ao longo da missão do que outras características como a exposição a uma nova cultura. Reconhecer a autoridade de seus líderes também se revelou como um fator de proteção ao desenvolvimento de sintomas em um grupo de militares em tropas de paz (Mehlum & Weisaeth, 2002).

2– OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral

Estudar a evolução temporal de sintomas psicopatológicos (Estresse Pós-Traumático, Depressão e Transtorno Mental Comum) em militares brasileiros membros de forças de paz no Haiti.

2.2- Objetivos Específicos

-Revisar sistematicamente as estimativas de prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em amostras de militares em missão de paz.

-Determinar a incidência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (e algumas de suas comorbidades) em uma amostra de militares do Exército Brasileiro após seis meses de atividades no Haiti.

-Determinar a presença e a natureza de eventos traumáticos em militares do Exército Brasileiro antes de iniciarem suas atividades profissionais no exterior e no retorno ao Brasil, após 6 meses.

-Identificar possíveis fatores de risco pré e peritraumáticos relacionados ao desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático em militares brasileiros membros de tropas de paz no Haiti.

3 - MATERIAIS E MÉTODO

A presente tese é dividida em duas partes relativas a dois estudos distintos. A primeira parte traz uma revisão da prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em populações participantes de missões de força de paz. Esta revisão foi feita através de uma meta-análise cuja

metodologia está descrita na próxima seção. A segunda parte é composta pelos resultados de um estudo prospectivo com uma coorte de militares brasileiros participantes da atual missão de paz no Haiti (MINUSTAH).

3.1 - Meta-Análise

3.1.1 - Estratégia de Busca

Uma busca eletrônica foi conduzida em Agosto de 2009 em três diferentes bases de dados: Medline, PILOTS e ISI/Web of Science. Foi testado o uso de diferentes expressões para a busca de referências visando um equilíbrio entre sensibilidade e especificidade dos termos utilizados. Ao final desta avaliação, os seguintes termos foram utilizados em todas as bases: “peacekeep*” (o que incluiu *peacekeepers*, *peacekeeping* e expressões similares), “stress”, “trauma” e “PTSD”. A seguinte expressão final foi utilizada: “peacekeep* AND (stress OR trauma OR PTSD)”. Nenhum tipo de filtro foi utilizado em nenhuma das bases.

3.1.2 - Identificação dos Estudos

O procedimento para identificação dos estudos foi feito em três etapas ([Figura 3](#)). Inicialmente todos os artigos obtidos através das três

bases de dados foram organizados com o auxílio do programa Reference Manager 11® totalizando 308 referências. Nesta etapa foram excluídas todas as duplicatas resultando em um total de 175 referências. Durante a segunda etapa, todas as referências tiveram seus títulos e resumos lidos para a exclusão de cartas e revisões, assim como artigos não relacionados ao trabalho em missões de paz ou que não investigasse sintomas de TEPT. As 66 referências remanescentes foram lidas na íntegra em busca daquelas que relatassem alguma estimativa de prevalência. Durante esta etapa também foram investigadas as seções de referências bibliográficas de todos os artigos com o intuito de identificar algum possível estudo relevante adicional.

Foram incluídos na meta-análise todos os artigos originais que apresentaram alguma prevalência de TEPT. Dentre estes estudos, foram ainda excluídos aqueles que utilizaram amostras baseadas em grupos militares que tivessem sido selecionados com base em alguma característica específica da amostra (Ex: Estudos que avaliavam militares com algum tipo de problema médico específico, com fadiga, apenas aqueles em tratamento médico atual, entre outros). Também foram excluídos os artigos que apresentaram estimativas baseadas em uma subamostra de alguma população maior já contemplada por outro estudo que satisfizesse os critérios de inclusão. Este procedimento foi realizado para garantir que uma mesma amostra contribuísse uma única vez na meta-análise.

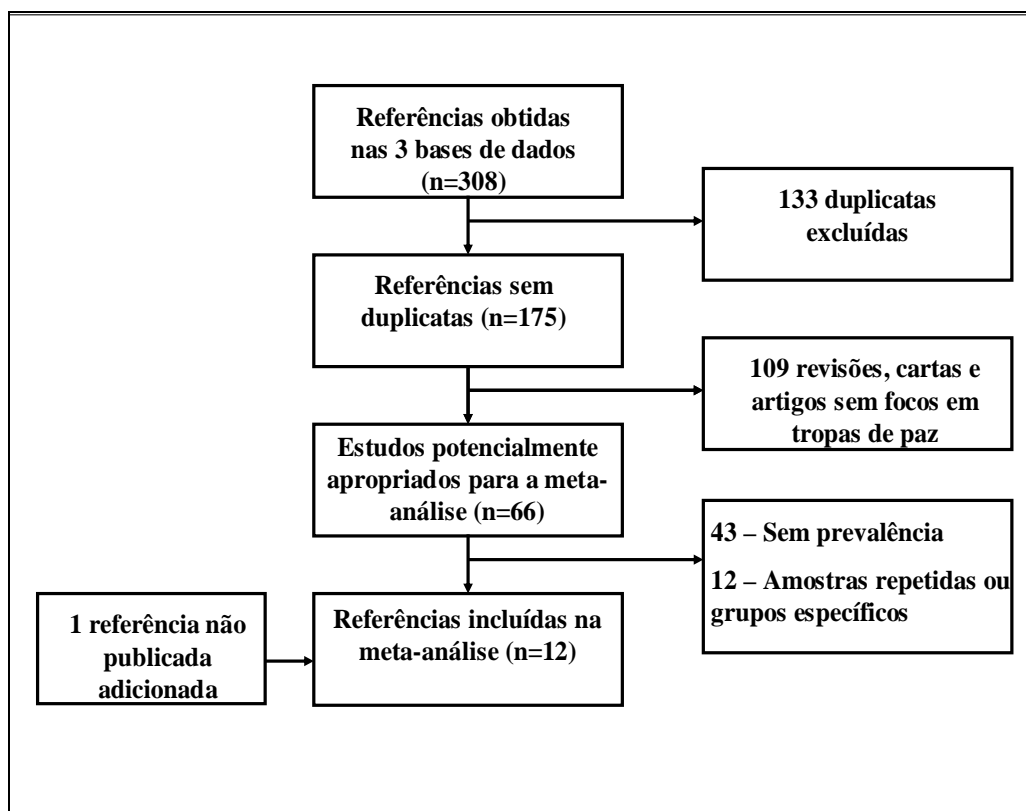


Figura 3: Fluxograma de identificação de estudos.

3.1.3 - Obtenção dos Dados

Um total de 12 referências foi selecionado para inclusão na meta-análise. Onze delas foram obtidas através de nossa estratégia de busca inicial e um estudo não publicado foi incluído. Todas as referências foram inspecionadas e tiveram as seguintes informações coletadas: Prevalência de TEPT, Instrumento utilizado para o rastreamento de TEPT, tempo decorrido entre a missão e o rastreamento diagnóstico, duração da missão, tamanho da amostra, local da missão, proporção de mulheres e idade média da amostra.

3.1.4 - Análise Estatística

Inicialmente a análise foi feita com o uso do modelo de efeitos fixos, o que é tradicionalmente utilizado em meta-análises. Este método gera uma medida resumo onde cada estudo recebe um peso para este cálculo baseado no inverso de seu erro padrão. Ou seja, quanto menor o erro-padrão, maior será a contribuição do estudo para a medida final. Entretanto os testes qui-quadrado de homogeneidade e o teste de Higgins (I^2) indicaram uma substancial heterogeneidade ($I^2 = 96.8\%$). Em casos de heterogeneidade e/ou diferença na qualidade das metodologias empregadas entre os estudos, o uso de modelos de efeitos aleatórios é recomendado no lugar do modelo de efeitos fixos por decompor a variância em dois componentes: variância entre os estudos e a variância dentro de cada estudo (Deeks et al, 2001).

Gráficos de floresta foram construídos com um intervalo de confiança de 95%. O tamanho das caixas indica o peso relativo que cada estudo contribuiu para a medida final. O uso de modelos de efeitos aleatórios leva a uma distribuição mais balanceada do peso com que cada estudo contribui para a medida resumo.

Uma vez identificada a heterogeneidade entre os estudos, modelos de metaregressão também foram ajustados com o objetivo de identificar as variáveis que poderiam explicar a falta de homogeneidade nas estimativas de prevalência. Para esta investigação foram avaliadas algumas das informações obtidas nos estudos: Instrumento utilizado para

o rastreamento de TEPT, tempo decorrido entre a missão e o rastreamento diagnóstico, duração da missão, tamanho da amostra, local da missão, proporção de mulheres e idade média da amostra. Para lidar com distribuições assimétricas, procedimentos estatísticos foram realizados através do comando *metareg* do Stata 9.1 (StataCorp, College Stationb, TX) utilizando o logito da prevalência.

3.2 - Estudo Prospectivo

O segundo estudo conduzido é constituído pela avaliação de uma coorte de militares brasileiros participantes da missão da ONU no Haiti (MINUSTAH) por um período de seis meses. Os militares responderam a um conjunto de questionários em três momentos distintos de avaliação. Uma avaliação anterior a missão, uma segunda avaliação durante a missão e uma terceira avaliação após o retorno. Os instrumentos utilizados, assim como uma descrição da metodologia utilizada serão apresentados nos próximos tópicos.

3.2.1 – Participantes

A população do estudo foi composta por uma amostra de militares brasileiros que fizeram parte do oitavo contingente da Missão das Nações Unidas para Estabilização no Haiti (MINUSTAH). A coorte foi inicialmente

composta por 240 militares brasileiros durante a fase final de preparação dos mesmos para ingresso na missão de seis meses de duração no Haiti (Outubro/2007). Foram selecionados quatro grupos de sessenta homens dentre aqueles que trabalhassem no estado do Rio de Janeiro. A amostra foi limitada aos membros do Rio de Janeiro para evitar perdas de seguimento devido a dificuldade para a localização dos participantes em outros estados durante a última avaliação. Ao longo de quatro dias de treinamento no Rio de Janeiro, um conjunto de sessenta militares por dia foi convidado a participar do estudo. Com a ajuda de um Major do Exército foi explicada a natureza do estudo e foi dada toda informação solicitada.

3.2.2 – Procedimentos de Avaliação

Todos os participantes tiveram uma manhã livre (4 horas) para comparecerem ao local de avaliação e para responderem aos questionários. As avaliações foram feitas em um auditório com cadeiras com apoio para escrita em um espaço cedido pelo Exército. Ao final desta avaliação, foi obtida informação de 238 militares ([Figura 4](#)).

A segunda etapa de avaliação (T2) foi conduzida ao final do período de missão no Haiti, restando aproximadamente de trinta a sessenta dias para o início do procedimento de retorno ao Brasil (Abril/2008). Todos os questionários aplicados na segunda avaliação

foram enviados ao Haiti e retornaram lacrados ao Brasil em um avião do Exército Brasileiro. Antes da segunda coleta de informações, um avaliador recebeu as instruções necessárias para a aplicação dos questionários enquanto ainda estava no Brasil e foi o responsável pela aplicação e envio do material de volta para ao país. Ao final desta etapa foram obtidas informações de 218 participantes (perda de 8,4% dos 238 iniciais).

A terceira avaliação (T3) foi realizada aproximadamente dois meses após o retorno ao Brasil. Uma vez passado o período de re- adaptação inicial onde os militares voltam a ter contato com os familiares e passarem por suas avaliações físicas, os participantes voltaram a ser convocados para a terceira avaliação (Julho/Agosto/2008). Houve um problema operacional na convocação dos participantes desta etapa levando a uma perda aleatória de uma parcela dos mesmos. Um dos seguimentos de sessenta participantes teve seu recrutamento prejudicado por não estarem na região de aplicação no período de avaliação. Ao final desta última avaliação, o número de participantes em todas as etapas foi de 188 (perda de 21% dos participantes de T1).

Nenhuma das perdas encontradas em T2 e T3 se deu por indivíduos que porventura pudessem ter sido reenviados ao Brasil antes do período esperado, seja por indisciplina, condição médica ou qualquer outra razão.

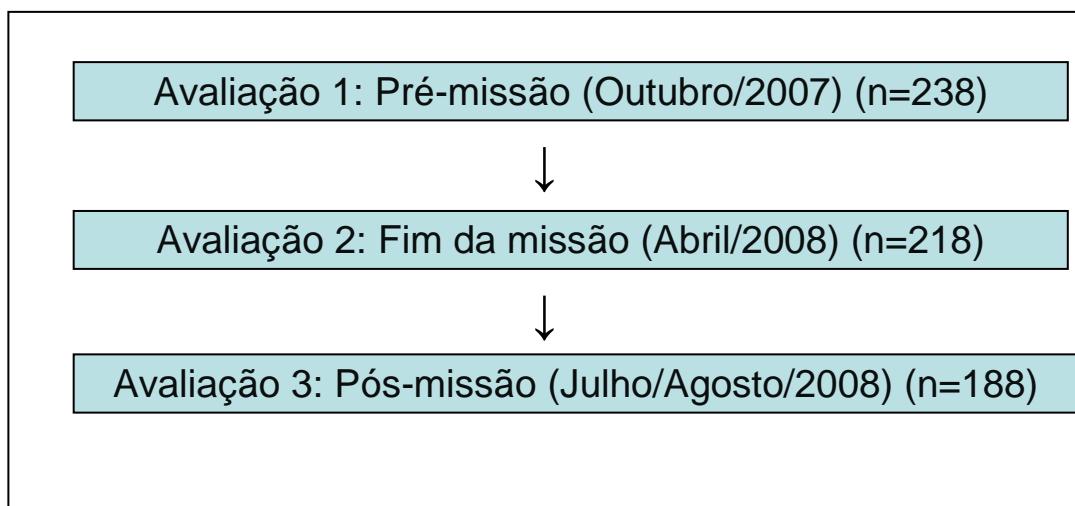


Figura 4: Fluxograma da Coorte de Militares Brasileiros.

3.2.3 – Instrumentos

A [tabela 1](#) apresenta um resumo de quais instrumentos foram utilizados em cada avaliação. Abaixo estão descritos todos os instrumentos utilizados:

Tabela 1: Instrumentos utilizados em cada etapa de avaliação.

	Pré-Missão (T1)	Durante Missão (T2)	Pós-Missão (T3)
PANAS - Afeto Positivo e Negativo	X		
THQ – História de Trauma	X		
CAGE – Uso de Álcool	X	X	X
PCL - TEPT	X	X	X
BDI - Depressão	X	X	X
PDEQ – Dissociação Peritraumática	X	X	X
TIS – Imobilidade Tônica	X	X	X
ER89 – Ego-Resiliência	X		X
Escala de Resiliência	X		X
GHQ – Transtornos Mentais Comuns		X	X
IEFMP – Eventos Estressantes na Missão		X	X
PRS – Sintomas de pânico		X	X
PMS – Experiências Militares Positivas			X

➤ Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS) – A PANAS é uma escala que consiste de 20 itens, metade deles relacionados a afetos positivos e os outros 10 itens a afetos negativos. Os sujeitos respondem em uma escala de 5 pontos (1 = Muito Pouco; 5 = Demais) referente a intensidade com que experimentam, em geral, cada um dos traços emocionais. Neste estudo, foi utilizada a versão da PANAS que se refere a estes afetos como traços, e não como estados emocionais, uma vez que o interesse era de avaliar o constructo enquanto um traço de personalidade. (Watson et al, 1988) – anexo A.

➤ Questionário de História de Trauma (*Trauma History Questionnaire - THQ*) - O Questionário de História de Trauma é um instrumento de auto-aplicação que avalia a ocorrência de uma ampla variedade de traumas de grande magnitude ao longo da vida. É composto de 24 itens sobre eventos traumáticos nos quais o indivíduo responde se já passou ou não por cada um deles, além de informar o quanto cada um destes itens foi estressante em uma escala de 1=nada estressante a 5=extremamente estressante e a idade aproximada de ocorrência. Estes itens incluem assalto, invasão domiciliar, acidentes, desastres, abuso físico ou sexual e outras situações em que o indivíduo é ameaçado ou testemunha de morte ou risco. (Green, 1997; Fiszman et al, 2005) – Anexo I.

➤ CAGE - O questionário CAGE é um teste de triagem para o alcoolismo. É composto pelas quatro seguintes perguntas que podem ser facilmente incorporadas à entrevista: Você já (1) pensou em largar a bebida? (2) ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber? (3) se sentiu mal ou culpado pelo fato de beber? (4) bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca? Apesar dos problemas relacionados ao álcool apresentarem um continuum de gravidade, o teste CAGE é bastante preciso para identificar pacientes ambulatoriais dependentes de álcool e é universalmente utilizado e consagrado. Foi utilizado o critério de ao menos duas respostas positivas dentre as quatro para a identificação de possíveis casos de uso problemático de Álcool. ([Ewing, 1984](#)) – Anexo D.

➤ Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL) – O PCL é um instrumento utilizado para o rastreamento de prováveis diagnósticos de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Possui duas versões distintas: Uma versão Civil (PCL-C) e a Militar (PCL-M). A única diferença entre as duas versões é que a segunda foca suas perguntas como consequência de experiências vividas durante o trabalho militar. Ambas consistem de 17 itens de sintomas de estresse pós-traumático, cada um em uma escala de cinco pontos de intensidade que resultam em um escore final que varia de 17 a 85 pontos. Para a avaliação de casos suspeitos de TEPT foram utilizados dois diferentes critérios: 1) No critério “PCL-50” são considerados como casos os indivíduos com escore final

maior ou igual a 50 na escala; 2) O critério “PCL-DSM” é baseado diretamente no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e o indivíduo é considerado um caso suspeito de TEPT quando obtiver uma resposta de intensidade maior ou igual a três em pelos menos um item do critério B (Revivescência; itens 1-5), três itens do critério C (Evitação; itens 6-12) e dois itens do critério D (Hiperexcitabilidade; 13-17). ([Weathers et al, 1993](#), [Berger et al, 2004](#)) – Anexo J.

➤ Inventário Beck de Depressão (*Beck Depression Inventory - BDI*) – É uma das medidas de auto-avaliação de depressão mais utilizada tanto em pesquisas quanto na área clínica. Apresenta 21 itens relacionados a sintomas depressivos, cada item sendo pontuado de zero a três. A adequação das propriedades psicométricas da versão em português do BDI já foi demonstrada em diversos estudos. ([Beck et al, 1961](#); [Gorenstein et al, 2000](#)) – Anexo F.

➤ Questionário de Experiência Dissociativa Peritraumática (*Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire – PDEQ*) - É um questionário do tipo Likert de 5 pontos que avalia um conjunto de experiências dissociativas que podem acontecer durante ou imediatamente após uma situação traumática (ex: sensação de “sair do ar”, agir no “piloto automático”, alteração da noção de tempo, sensação de irrealidade, dificuldade de entender o que está acontecendo e

desorientação têmporo-espacial). O PDEQ foi respondido com base nas reações vivenciadas durante o pior evento traumático destacado no THQ (T1) e no IEFMP (T2 e T3). (Marmar et al, 1998; Fiszman et al, 2005-b) – Anexo K.

➤ Escala de Imobilidade Tônica (*Tonic Immobility Scale – TIS*) – Esta escala foi desenvolvida por Forsyth e al (2000) para avaliar o grau de anestesia/analgesia e paralisia/congelamento induzidos em uma situação traumática em particular. A TIS contém 12 itens pontuados numa escala de 7 pontos do tipo Likert (de 0 a 6), dos quais 10 são utilizados para a constituição de um escore final. Os autores inicialmente dividiram este 10 itens em 2 fatores: imobilidade tônica (IT) e medo. O fator IT é composto por 7 itens (escore de 0 a 42): sensações de congelamento/paralisia(1), de anestesia/analgesia e de frio (6 e 7), incapacidade de se mexer e de gritar (2 e 4), certeza de morrer (9) e sensação de desligamento do corpo (11). O fator medo é composto por 3 itens (escore de 0 a 18): tremer ou se sacudir (3), sensação de medo (8) e de desligamento do acontecimento (12). Os itens relativos a capacidade lembrar situações traumáticas assim como o item relacionado a sentimentos de culpa não fazem parte do escore final. Entretanto, a estrutura fatorial proposta pelos autores é muito controversa (Fuse et al, 2007). Alguns estudos têm sugerido o uso de três itens da escala original (Item 1; Incapaz de se mexer – item 2; Incapaz de Gritar mesmo tendo vontade – item 4) com a adição de um item (Incapaz de escapar mesmo

tendo vontade – item 10) como uma medida mais precisa de Imobilidade Física. A TIS foi respondida com base nas reações vivenciadas durante o pior evento traumático destacado no THQ (T1) e no IEFMP (T2 e T3) (Rocha-Rego et al, 2009; Lima et al, 2010) – Anexo L.

➤ Escala de Ego-resiliência (ER89) – Escala construída para avaliar a resiliência psicológica que pode ser definida como a capacidade do indivíduo de efetivamente adaptar-se face à adversidade. O constructo de ego-resiliência refere-se a uma característica do indivíduo e que deve manter-se estável ao longo da vida adulta. A escala consiste de 14 itens respondidos em escala Likert (1=Não se aplica; 4 = Aplica-se extremamente). Os itens incluem questões como: “Supero e me recupero rápido de um susto” e “Gosto de fazer coisas novas e interessantes”. (Block & Kremen, 1996) – Anexo G.

➤ Escala de Resiliência – Desenvolvida para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Busca avaliar a capacidade do indivíduo em adaptar-se sendo sujeita a alterações ao longo da vida após experiências de vida significativas. Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. (Wagnild & Young, 1993; Pesce et al, 2005) – Anexo H.

➤ Questionário de Saúde Geral (*General Health Questionnaire – GHQ-12*) – Instrumento de rastreamento psicopatológico geral, desenvolvido para detectar casos suspeitos de apresentarem transtornos psiquiátricos. Composto por 12 itens em uma escala de zero a três que avaliam o estado mental geral do indivíduo. Foi utilizado o seu escore total assim como um ponto de corte para rastreamento de possíveis alterações psiquiátricas. Para a identificação de casos de transtornos mentais comuns foi utilizado o critério de ao menos três respostas positivas (escore 2 ou 3 em um dado item) a partir do total de 12 itens. (Goldberg et al, 1997; Gouveia et al, 2003) – Anexo O.

➤ Inventário de Estressores de Força Militar de Paz (IEFMP) – Este inventário foi desenvolvido no Centro de Estudo de Pessoal do Exército (CEP) especificamente para ser utilizado em militares brasileiros membros de forças de paz. Ele é composto por 46 itens que avaliam diferentes situações de estresse comuns em missões de paz (Ex: Sentir saudade da família, ser alvejado e ver pessoas famintas). Para cada evento potencialmente estressante o sujeito responde se ele passou por aquela situação, quantas vezes ocorreu e o quanto estressante aquilo foi em uma escala que varia de 1 (nada estressante) a 5 (extremamente estressante). Ao final deve assinalar o pior evento vivenciado. Este instrumento possui propriedades psicométricas satisfatórias com boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,90). (Monteiro da Silva et al, 2005) – Anexo P.

➤ Escala de Reações Físicas de Pânico (*Physical Reactions Subscale* – PRS) - A PRS é composta por 11 itens que correspondem aos sintomas típicos de crise de pânico do DSM-IV. Os itens são respondidos em uma escala Likert de quatro pontos (1= nada a 4=extremamente). As reações incluem: falta de ar, tonteira ou sensação de desmaio, coração acelerado, tremores ou abalos, sudorese, náusea ou desconforto abdominal, dormência ou formigamento no corpo, ondas de calor ou calafrios, sufocação, dor ou desconforto no peito. A PRS foi respondida com base nas reações vivenciadas durante o pior evento traumático destacado no THQ (T1) e no IEFMP (T2 e T3) ([Resnick et al, 1994](#)) – Anexo N.

➤ Escala de Experiências Militares Positivas (*Positive Military Subscale* – PMS) – É uma escala de 11 itens com respostas do tipo Likert, desenvolvida para avaliar o quanto os militares consideram suas atividades na missão como recompensadoras ou positivas. A escala inclui itens gerais relacionados ao trabalho militar como: visitar um novo país, sentir que a missão foi importante, entre outras. ([Litz et al, 1997](#)) – Anexo M.

➤ Suicídio – Duas perguntas foram adicionadas aos questionários para avaliar possível ideação suicida ou tentativa de suicídio antes e após a missão. – Anexo E.

3.2.4 – Análise Estatística

3.2.4.1 – Análise Bivariada

O teste t de Student para amostras independentes foi utilizado para fazer a comparação das médias dos escores iniciais dos indivíduos que foram acompanhados até o fim do estudo e aqueles que foram perdidos ao longo do seguimento. O teste t para amostras pareadas foi utilizado na comparação dos escores das escalas de resiliência e do GHQ, situações em que o teste para amostras independentes não se aplicava por querermos comparar o mesmo indivíduo em dois momentos distintos.

A análise de variância (ANOVA) para medidas repetidas foi utilizada na comparação dos escores das escalas que foram coletadas em todos os três momentos de avaliação (sintomas de estresse pós-traumático e depressão). A análise descritiva assim como toda análise bivariada foi realizada utilizando-se o programa estatístico SPSS versão 17.0. A Anova para medidas repetidas foi realizada utilizando-se o programa estatístico Stata versão 9.1.

3.2.4.2 – Análise Multivariada

Com o objetivo de identificar quais variáveis explicariam melhor a sintomatologia de estresse pós-traumático após a missão, foi

desenvolvida uma análise multivariada utilizando-se a PCL como variável desfecho. Devido ao pequeno número de casos de TEPT não foi possível o uso de modelos de regressão logística utilizando nenhum dos pontos de corte comumente utilizados na PCL. Sendo assim, optou-se por modelar a gravidade da sintomatologia do TEPT através do escore final obtido na escala aplicada após retorno ao Brasil. Esta escala gera um valor final entre 17 e 85. Entretanto, uma avaliação gráfica da distribuição da variável desfecho já indicava uma possível inadequação do uso de um modelo de regressão linear (Figura 5). O histograma do escore na PCL sugere uma distribuição mais semelhante a um dado de contagem.

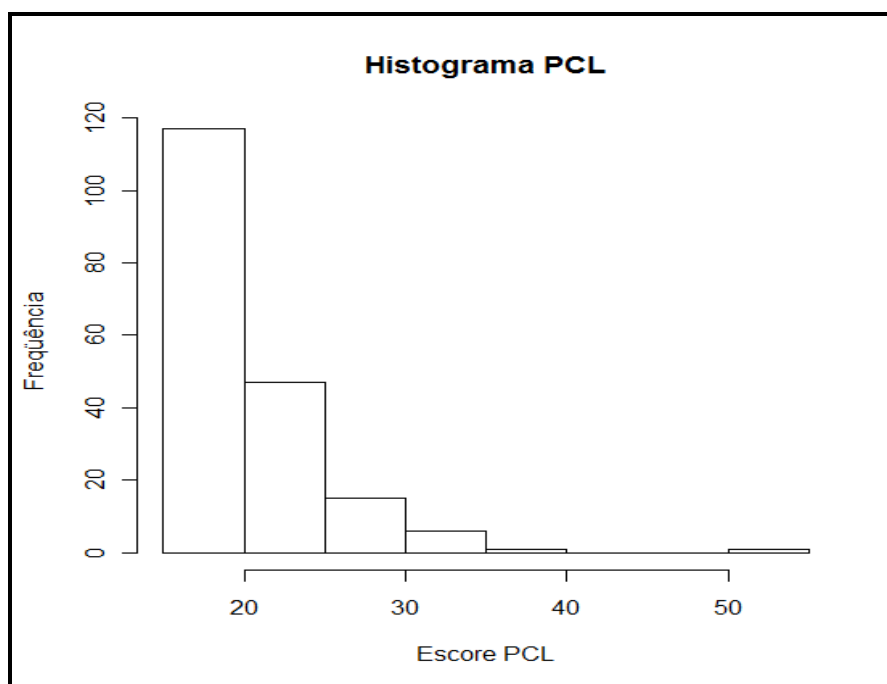


Figura 5: Histograma do escore da escala PCL após missão.

Foram testadas diferentes opções de transformação da variável desfecho com objetivo de tentar normalizá-la, mas nenhuma das opções mais simples de transformação foi bem sucedida. A estratégia final

utilizada foi a estimação de um modelo de regressão linear múltipla, considerando a variável desfecho como normal, e a comparação do ajuste final deste modelo com outros modelos que utilizam diferentes distribuições probabilísticas que não a normal.

Elhai et al (2008) apresentaram algumas sugestões para a seleção de modelos de regressão com base em características da variável dependente (Figura 6). Para testar estes diferentes modelos foi necessária a transformação da variável dependente PCL. Para ser utilizado como um dado de contagem, todo escore final da PCL teve seu valor diminuído em 17 unidades para que o menor valor possível na escala se tornasse o zero. Desta forma, indivíduos com escore zero seriam aqueles que não apresentaram nenhuma sintomatologia, podendo esta sintomatologia variar de zero a até 65. Além da distribuição normal, outras quatro distribuições foram avaliadas: Poisson, Poisson Inflada de Zeros (ZIP), Binomial Negativa (NB) e a Binomial Negativa Inflada de Zeros (ZINB). Seguindo o fluxograma proposto, o modelo mais apropriado foi o modelo ZINB. A demonstração prática da melhor adequação deste modelo está apresentada na seção de resultados. A análise multivariada foi feita com o uso dos programas Stata versão 9.1 e R versão 2.11.

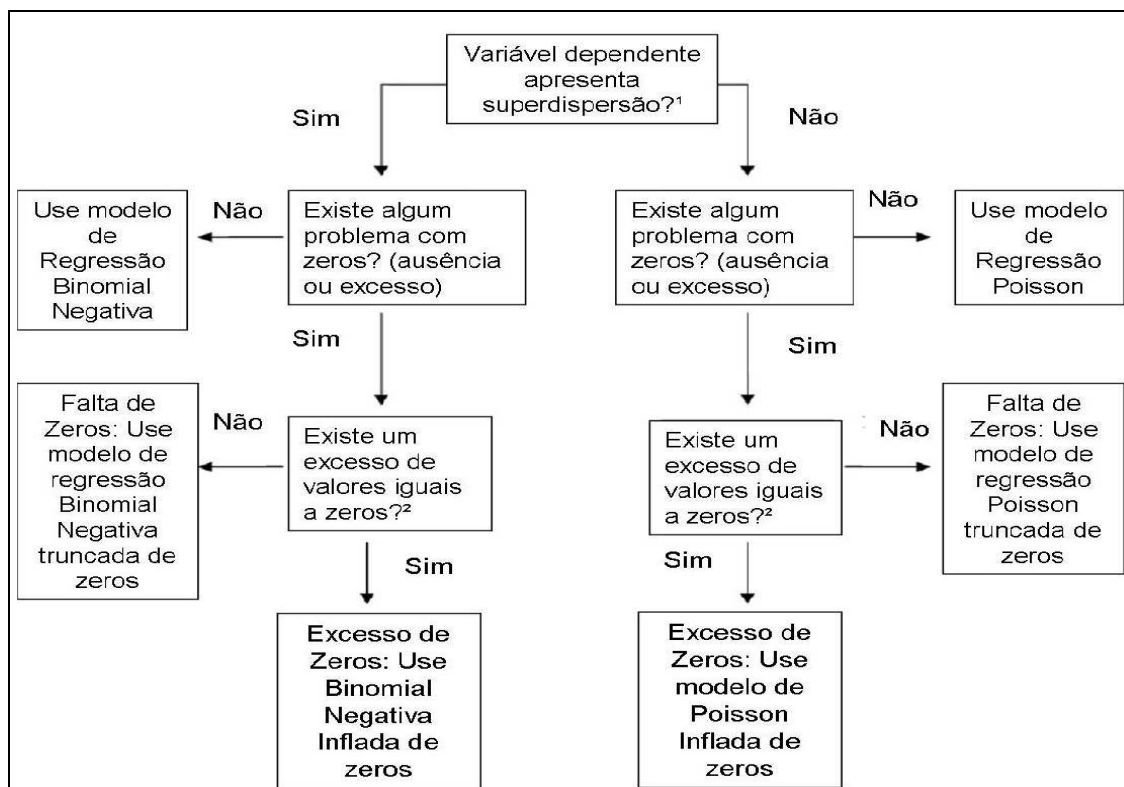


Figura 6: Fluxograma para a seleção de um modelo de regressão de contagem. Histograma do escore da escala PCL após missão.¹=Testável com um teste de máxima verossimilhança. ²=Testável pelo teste de Vuong. Adaptado de Elhai et al (2008)

3.2.4.3 – O Modelo Binomial Negativo Inflado de Zero (ZINB)

Assim como os modelos Poisson, a regressão binomial negativa é capaz de examinar relações preditivas com variáveis dependentes não normais e com heterocedasticidade. O modelo Poisson pressupõe que a variância dos dados seja igual a média. A violação deste pressuposto é chamada de superdispersão e erros padrões e valores da estatística Z enviesados tornando o uso do modelo Poisson contra indicado. Entretanto, diferente dos modelos Poisson, modelos binomiais negativos podem ser usados quando os dados apresentam superdispersão por incluírem um

componente aleatório que resulta em coeficientes mais precisos do erro-padrão. A regressão binomial negativa usualmente assume uma distribuição gamma, mas outras distribuições já foram propostas. (Gardner et al., 1995; Long, 1997; Cameron & Trivedi, 1998)

Apesar de lidar com a superdispersão, o modelo binomial negativo não lida com a presença do excesso de zeros presentes em muitos dados de contagem. Para lidar com esta limitação, os modelos inflados de zero foram desenvolvidos. Utilizando métodos de redução de dados, os modelos inflados de zero estimam dois grupos latentes. Um grupo é composto apenas de indivíduos com valor igual a zero na variável dependente (zero estrutural) enquanto que o outro grupo pode assumir um valor igual ou maior que zero (zero suscetível). Esta divisão produz um componente logístico que compara a probabilidade do indivíduo fazer parte de um grupo ou do outro. Baseado no resultado do componente logístico, a contagem dos indivíduos que fazem parte do grupo “suscetível” é modelada paralelamente. Desta forma, os modelos inflados de zero geram duas saídas simultâneas: uma que se refere ao componente logístico (zero estrutural VS zero suscetível) e uma que se refere a modelagem da contagem entre os indivíduos que fazem parte do grupo de zeros não excedentes. Alguns testes foram desenvolvidos para avaliar se um modelo inflado de zero seria mais indicado que um modelo padrão Poisson ou Binomial Negativo, e para testar qual seria o mais indicados entre estes dois. (Long, 1997; Hall & Zhengang, 2004.; Kleiber & Zeileis, 2008; Zeileis et al, 2008, Zuur A; 2009).

Os modelos binomiais negativos, assim como os modelos inflados de zero foram estimados através dos programas Stata versão 9.1 e R versão 2.11 (pacotes **AER**, **MASS** e **pscl**).

3.2.5 - Aspectos éticos

Todos os participantes assinaram um termo de consentimento esclarecido (Anexo A) e preencheram um conjunto de questionários que avaliavam características sócio-demográficas assim como histórico de traumas e avaliação de diferentes aspectos da saúde mental. Durante esta fase da avaliação (T1), todos foram informados de que haveriam avaliações futuras e que estariam livres para abandonar o estudo em qualquer etapa. Também foram avisados que suas informações seriam anônimas e que nenhuma informação individual estaria disponível assim como o fato de que estas avaliações não teriam nenhum efeito na seleção dos indivíduos para a participação na missão.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Nenhuma das agências financiadoras (CNPq/Institutos do Milênio e Pró-Defesa – Ministério da Defesa/Capes) teve qualquer papel no desenvolvimento do desenho da pesquisa, análise dos dados e/ou na sua interpretação.

4 - RESULTADOS

4.1 – Meta-análise

4.1.1 - Características dos Estudos Incluídos

A [Tabela 2](#) apresenta um resumo das características dos artigos obtidos na busca e que foram incluídos na análise. A média de tempo até o rastreamento variou de um mês precedendo o retorno da missão ([Adler et al, 2005](#)) a 6,6 anos após o retorno ao país de origem ([Mehlun et al, 2002](#)). A metade dos estudos apresentou um período menor do que um ano até o rastreamento diagnóstico e quatro dos artigos não forneceram informação a respeito do tempo decorrido até a avaliação. Foi encontrada uma grande variedade de instrumentos sendo usados nos estudos para avaliar os sintomas de TEPT. Foram poucos os casos em que diferentes trabalhos utilizaram o mesmo instrumento de rastreamento e, mesmo entre aqueles que usaram instrumentos similares, alguns estudos diferiram quanto ao ponto de corte utilizado para identificação de casos. Um dos estudos utilizou dois instrumentos diferentes para rastreamento ([Litz et al, 1997](#)).

O tamanho das amostras estudadas variou de 72 ([Kaspersen et al, 2003](#)) a 3481 participantes ([Dirkzwager et al, 2005](#)). Quatro dos estudos apresentaram resultados de amostras que ultrapassavam mil participantes. A maioria dos estudos possui amostra composta quase que inteiramente de membros do sexo masculino. Apenas dois estudos

investigaram amostras compostas por mais de 10% de mulheres: 13% (Kaspersen et al, 2003) e 37% (Adler et al, 2005). A média de idade variou de 24 anos (Bramsen et al, 2000) a 53,7 anos (Asmundson et al, 2002).

O local da missão também foi muito diversificado. Quatro dos estudos avaliaram militares que participaram de missões de paz na região da antiga Iugoslávia. Tanto a Somália quanto o Líbano e África do Sul tiveram apenas um estudo enquanto que o Haiti foi estudado em duas ocasiões. Três estudos foram compostos por amostras de militares que haviam participado de um conjunto variado de missões. Entretanto, ao menos dois destes estudos incluíram sujeitos que também haviam participado de missões na antiga Iugoslávia (Dirzwager et al, 2005 & MacDonald et al, 1999). Os participantes dos estudos eram originários de diferentes nacionalidades como Brasil, Canadá, África do Sul, Holanda, Nova Zelândia, Noruega e Estados Unidos.

Tabela 2: Características dos estudos e prevalência de TEPT em Tropas de Paz

Estudo	Tempo para Rastreamento	Instrumento para Rastreamento	Tamanho da Amostra (n)	Idade (anos)	Local da Missão	Percentual de Mulheres (%)	Prevalência de TEPT (%)
Souza et al. (Não publicado)	Imediatamente após retorno	PCL	183	24,3	Haiti	0	0,5
Souza et al. (2008)	Imediatamente após retorno	PCL	138	28,7	Haiti	0	1,4
Adler et al. (2005)	1 mês antes do retorno	Post-Traumatic Stress Scale (PTSS)	3399	ND	Iugoslávia	37	2,0
Dirkzwager et al. (2005)	6,1 anos	SRIP	3481	31	Diversas	2	5,6
Maguen et al. (2004)	7 meses	PCL	203	28,3	Iugoslávia	7	4
Kaspersen et al. (2003)	ND	PTSS-10	72	44,1	Iugoslávia	13	5,6
Seedat et al. (2003)	ND	CAPS adapted	198	29,1	África do Sul	3	25,8
Asmundson et al. (2002)	ND	PCL	1187	53,7	Diversas	0	11
Mehlun et al. (2002)	6,6 anos	PTSS-10	888	34,5	Líbano	2	5,2
Bramsen et al. (2000)	ND	SRIP	572	24	Iugoslávia	0	3
MacDonald et al. (1999)	6 meses	Mississippi	277	31	Diversas	7	1
Litz et al. (1997)	4.6 meses	Mississippi/PCL	3461	26	Somália	7	8

ND = Não Disponível

4.1.2 - Prevalência de TEPT Atual

Utilizando o modelo de efeito fixo, a meta-análise resultou em uma prevalência agregada de TEPT de 3,6% (IC=3,3-3,9; ver [Figura 7](#)). O cálculo da estimativa de prevalência sumário foi muito influenciado por um dos estudos ([Adler et al, 2005](#)) que contribui com um peso de 41% no cálculo final. Entretanto, o gráfico de floresta apresenta um resultado para o teste de Higgins ($I^2=96,8\%$) que indica um alto nível de heterogeneidade das estimativas. Levando-se em consideração esta heterogeneidade, um modelo de efeitos aleatórios foi utilizado.

Ao ser utilizado o modelo de efeitos aleatórios, a prevalência agregada de TEPT foi de 5,3% (IC=3,4-7,2; ver [Figura 8](#)). Este aumento da prevalência se deve a uma distribuição mais equilibrada da contribuição de cada estudo para a medida final. As estimativas de prevalência apresentaram valores que foram de 0,5%-1% ([Souza et al, não publicado & MacDonald et al, 1999](#)) até a extrema prevalência de 25,8% ([Seedat et al, 2003](#)). Esta estimativa de 25,8% foi muito maior que a encontrada pelos outros estudos sendo maior que o dobro da segunda maior prevalência encontrada (11%). Entretanto, a exclusão deste estudo com uma prevalência muito divergente resulta em apenas uma pequena alteração da prevalência final para 4,2% (IC=2,4-6,1%, $I^2 = 96,6\%$; [Figura 9](#)). O teste de Higgins desta nova análise mostra que este estudo não foi o único responsável pela heterogeneidade das estimativas uma vez que mesmo com a sua exclusão, a heterogeneidade se manteve alta.

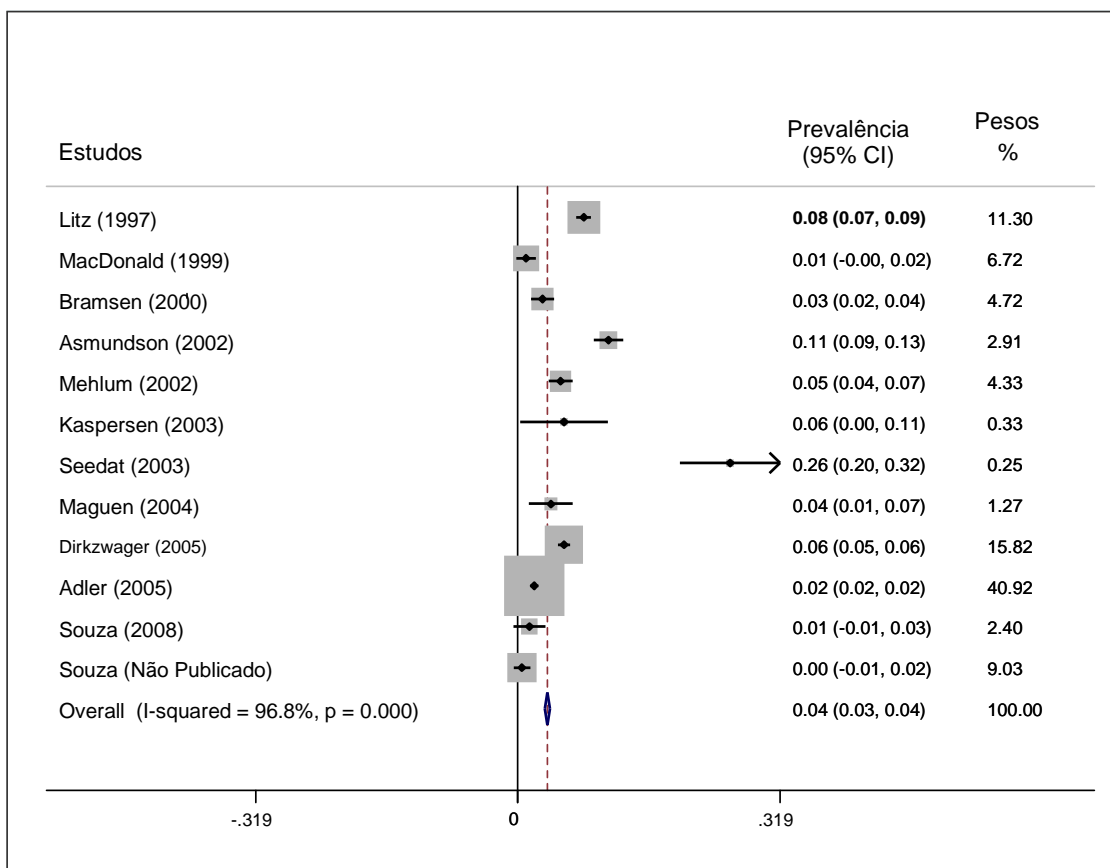


Figura 7: Gráfico de Floresta da prevalência de Transtorno de Estresse Pós Traumático em tropas de paz. (Efeitos Fixos)

O único estudo a apresentar estimativas de prevalência separadas por gêneros encontrou uma prevalência de 1,9% para os homens e 3,0% para as mulheres (Adler et al, 2005). Dentre os três estudos que avaliaram conjuntamente participantes de diferentes missões, apenas um deles (Dirkzwager et al, 2005) apresentou separadamente a prevalência total da amostra e de cada uma das localidades específicas: Iugoslávia (N=1367; 8%; IC=6,6-9,5), Líbano (N=883; 6,2%; IC=4,6-7,8) e Camboja (N=305; 3,7%; IC=1,6-5,9).

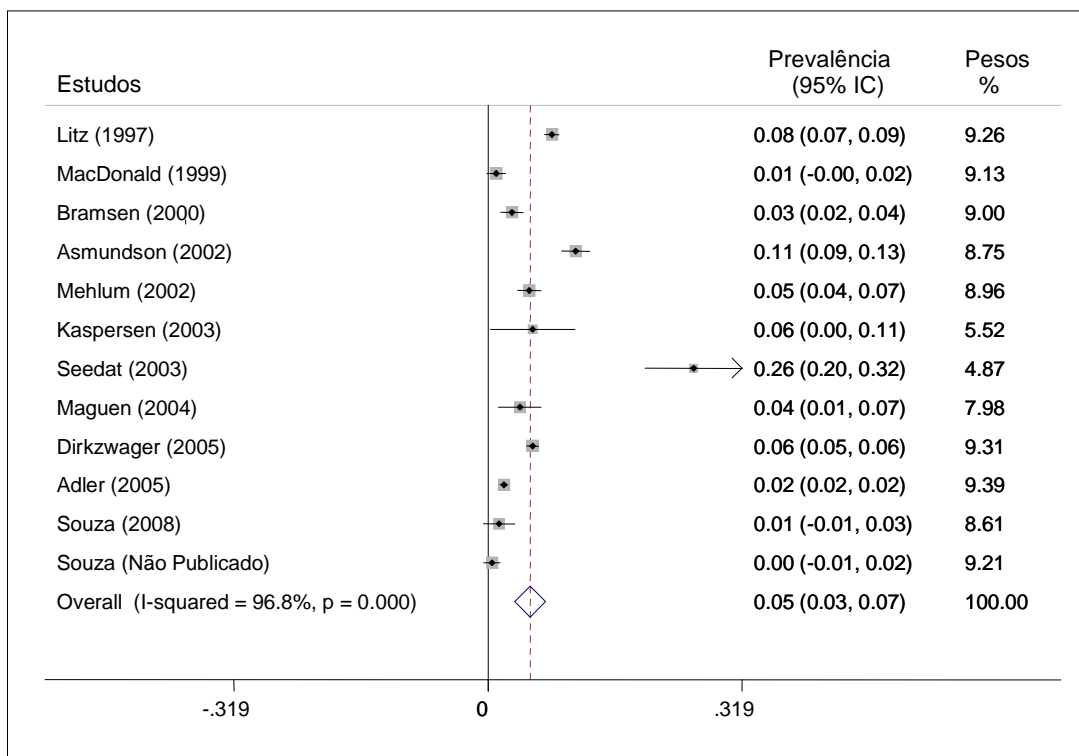


Figura 8: Gráfico de Floresta da prevalência de Transtorno de Estresse Pós Traumático em tropas de paz. (Efeitos Aleatórios)

Mehlun et al (2002) apresentaram prevalências distintas para dois diferentes pontos de corte do Posttraumatic Symptom Scale (PTSS-10). Quando foi considerado como caso aqueles com escore mínimo igual a 4 em ao menos seis itens, foi encontrada uma prevalência de 5,2% (IC=3,7-6,7; como apresentado na Tabela 2). Esta prevalência aumentou para 9,3% (IC=7,4-11,2) ao considerar o critério menos rígido de escore mínimo igual 4 em pelo menos quatro dos itens. O mesmo estudo também avaliou a prevalência de TEPT em um subgrupo de militares repatriados. Os repatriados representam um grupo de militares que tenham retornado ao seu país de origem antes do período previsto pelo trabalho na missão por qualquer motivo (ex: ferimento, indisciplina, problemas pessoais, etc...). A

prevalência neste grupo, utilizando-se ambos os critérios de identificação de casos, foi praticamente duas vezes maior que aquela observada na amostra total (16,1% e 26,0%).

Modelos de metaregressão foram ajustados para investigar as variáveis que poderiam explicar a heterogeneidade encontrada entre as estimativas. Entretanto, nenhuma das nossas variáveis de interesse foi capaz de explicar as diferenças encontradas entre as estimativas de prevalência. (Tabela 3)

O instrumento utilizado para rastreamento não possível de ser utilizado como co-variável na metaregressão uma vez que existia um número grande de instrumentos utilizados entre os estudos. Outras variáveis de interesse que não puderam ser adicionadas na metaregressão devido à falta de informação apresentada nos estudos foram: Composição hierárquica, taxa de resposta ao estudo, participação em missão anterior e o nível de exposição a situações de risco vividas durante a missão.

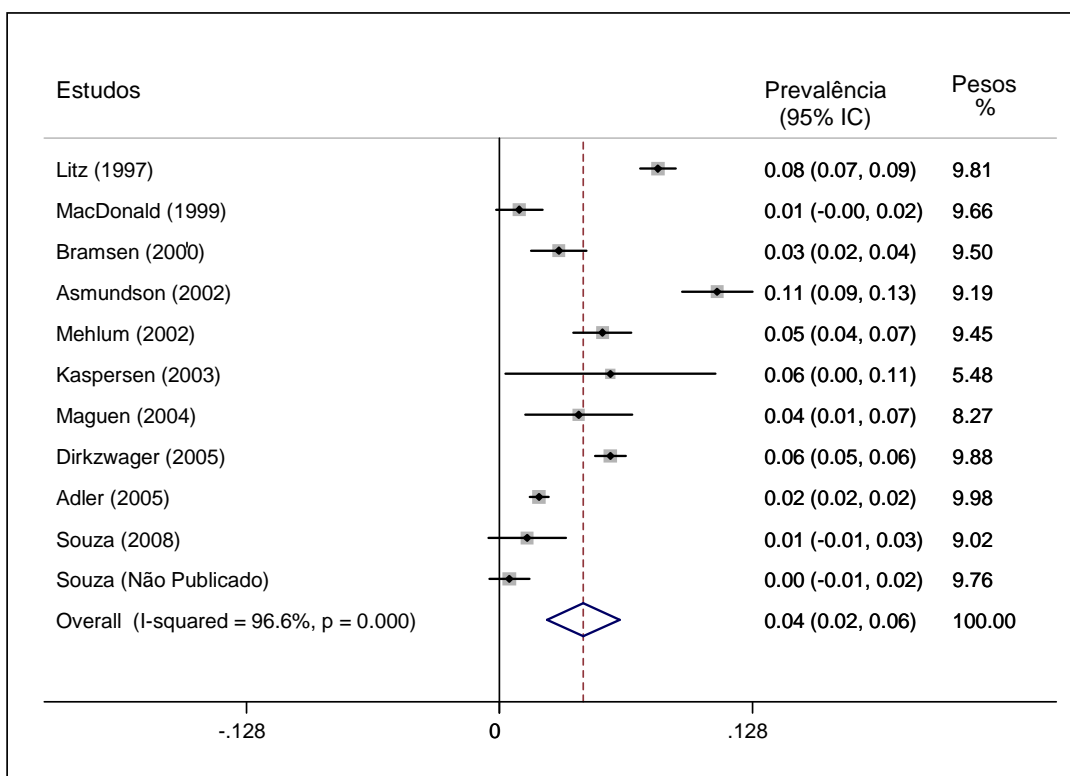


Figura 9: Gráfico de Floresta da prevalência de Transtorno de Estresse Pós Traumático em tropas de paz excluindo Seedat (2003). (Efeitos Aleatórios)

Tabela 3: Meta-regressão do logit da prevalência de TEPT. Características sócio-demográficas e metodológicas.

	β	Erro Padrão	p-valor
Idade	0,001	0,004	0,796
Tempo para rastreamento	-0,000	0,001	0,897
Duração da Missão	-0,038	0,030	0,240
Tamanho da Amostra	-0,000	0,000	0,374
Percentual de Mulheres	-0,225	0,376	0,564

4.2 – Estudo Prospectivo

4.2.1 - Características Pré-Missão

A coorte de estudo teve início com a avaliação de 238 militares brasileiros enviados para a missão no Haiti. A média de idade do grupo foi de 24,6 anos (DP= 5,4) e os participantes já trabalhavam no serviço militar havia 5,5 anos (DP=5,2). A maioria era composta por patentes mais baixas como cabos e soldados (73%) sendo os oficiais uma parcela menor neste grupo (27%). Com relação ao estado civil, a maioria dos participantes eram solteiros/separados (67,5%) e apenas 32,5% sendo casados ou vivendo como casados. Apenas dois participantes responderam ser separados ou divorciados. Foram identificados altos escores de afeto positivo (M=35,9; DP=4,3) e baixos escores de afeto negativo (M=15,6; DP=3,8) em uma escala que varia de 10 a 50 (Escala PANAS). Também foram encontrados valores altos tanto na escala de resiliência (M=134,4; DP=9,8) quanto na de ego-resiliência (M=38,5; DP = 4,3).

4.2.2 – História de Trauma Anterior ao Haiti

A [tabela 4](#) apresenta a prevalência de cada um dos itens de história de trauma avaliados pelo THQ. Foi avaliada a prevalência de cada item ao longo da vida dos participantes sem restrição de tempo. O THQ mostrou que 57,6% deste grupo respondeu já ter visto ou ter tido que tocar em um

cadáver (este item não inclui o contato devido a um velório ou funeral). O segundo evento mais comum foi já ter sofrido um assalto ou uma tentativa de assalto (41,6%). Outras quatro situações que envolvem condições de violência ou risco de vida foram respondidas por mais de 25% dos participantes: Risco de vida de alguém próximo (39,9%); Alguém tentar tirar algo a força (31,9%); Ver alguém ser gravemente machucado ou morto (28,6%) e passar por uma situação onde poderia ter sido gravemente ferido ou morto (26,5%).

Os eventos menos citados foram já ter sido ferido gravemente em algum ataque desarmado (nenhum caso), além das situações que envolviam abuso sexual como: Ser forçado a contato sexual (0,8%), ser obrigado a tocar partes íntimas (0,4%) e outro tipo de situação de abuso sexual (nenhum caso). Uma grande parcela dos participantes relatou já ter passado por ao menos um evento traumático (89,5%) e pouco menos da metade (42,4%) relatou que este evento foi considerado como moderadamente estressante (intensidade igual ou maior que 3 em uma escala de 1 a 5). Isso mostra que este é um grupo que já possui uma história de situações traumáticas significativas. Aproximadamente 11% dos participantes tiveram ao menos uma situação de trauma moderado ocorrido antes dos 14 anos de idade.

O número de eventos traumáticos vividos variou de zero a até dez diferentes traumas ao longo da vida (Média = 3,2; DP=2,1). Aqueles considerados moderadamente estressantes variaram de zero a um máximo de oito diferentes situações traumáticas (Média=0,9; DP=1,5).

Tabela 4: História de Trauma antes da missão no Haiti.

THQ	Prevalência (%)
Contato com cadáveres	57,6
Sofreu assalto ou tentativa de assalto	41,6
Notícia de risco de vida de alguém próximo	39,9
Tentaram tirar algo a força	31,9
Viu alguém ser gravemente machucado ou morto	28,6
Situação onde poderia ter sido gravemente ferido	26,5
Tomou parte em combate militar	23,1
Acidente grave no trabalho ou carro	10,1
Desastre Natural	8
Invasão a residência (ausente)	7,6
Perdeu (por morte) um companheiro ou filho	7,1
Outro desastre (desmoronamento, incêndio, etc.)	6,7
Espancado por alguém da família causando ferimento	5,5
Teve amigo ou familiar morto por motorista bêbado	4,6
Atacado com arma	4,2
Invasão a residência (presente)	3,8
Ferido por alguém da família causando humilhação	2,9
Gravemente ferido	2,5
Sofreu doença grave com risco de vida	2,5
Exposição a radioatividade ou agentes químicos	1,7
Ridicularizado persistentemente por membro da família	1,7
Forçado a contato sexual contra a vontade	0,8
Obrigado a tocar em partes íntimas	0,4
Outra forma de contato sexual forçado	0
Ferido gravemente em ataque desarmado	0

4.2.3 – Situações de Estresse Durante a Missão

As situações potencialmente estressantes enfrentadas no Haiti foram avaliadas através do Inventário de Estressores de Força Militar de Paz (IEFMP). Ele foi utilizado nas duas etapas de seguimento da coorte (T2 e T3) para avaliar as potenciais situações de estresse relacionadas ao trabalho em força de paz no Haiti. A [tabela 5](#) apresenta a prevalência de cada uma

destas situações como relatadas pelos participantes após retorno ao Brasil em ordem decrescente de frequência (T3). Nesta ocasião, os respondentes disseram ter passado de 1 a até 39 das 46 diferentes situações descritas (Média = 9,2; DP=8,4).

Mais da metade dos participantes relataram ter dificuldades de comunicação com a população local (50,8%), ter sido agredido verbalmente pela população local (56,7%) e ter se deparado com as condições miseráveis de vida da população local (59,4%). Os estressores mais comuns variaram entre aqueles relacionados ao contato com a população local, risco de ferimento e problemas de isolamento/saudade da família. Todos os participantes disseram ter passado por ao menos uma situação da lista. Entretanto, apesar de freqüentes, muitos destes eventos não foram considerados como estressantes pelos participantes da missão.

Tabela 5: Frequência de situações potencialmente estressantes ocorridas no Haiti. Avaliação feita após retorno ao Brasil (n=188)

Itens	Frequência (%)
IEFMP11 Condições miseráveis de vida da população	59,4
IEFMP6 Ter sido agredido verbalmente pela população local	56,7
IEFMP7 Dificuldade de comunicação com a população local	50,8
IEFMP26 Estar longe da família e amigos	47,1
IEFMP3* Saber de pessoas que foram mortas ou seriamente feridas	39,9
IEFMP10 Diferentes valores, regras e costumes da população local	33
IEFMP12 Ficar confinado/isolado na base	30,9
IEFMP20 Dificuldades enfrentadas pela família que está longe	30,9
IEFMP2* Contato com cadáver ou restos mortais	30,3
IEFMP9* Risco pessoal de ferimento e morte	30,3
IEFMP31 Dificuldade para aliviar a tensão sexual	28,3
IEFMP8 Agressividade e oposição por parte da população local	28
IEFMP1* Presenciou atrocidades cometidas contra civis	27,1
IEFMP4* Estar vulnerável ou sujeito a incidentes e não poder reagir	26,1
IEFMP37 Falta de poder para mudar as circunstâncias de vida da população	25,5
IEFMP23 Poucos recursos para se comunicar com família	25,1
IEFMP18 Falta de privacidade na base	24,7
IEFMP24 Risco de contrair doenças infecciosas	23,2
IEFMP25 Ficar entediado	22,9
IEFMP44 Atuar em equipes com diversas nacionalidades	21,4
IEFMP5* Ter sofrido agressão física pela população local	18,7
IEFMP43 Permanecer neutro apesar de provocação da população	18,6
IEFMP22 Pouca oportunidade de lazer na base	17,6
IEFMP14 Conflitos com pessoas diferentes no convívio na base	16,6
IEFMP27 Dificuldade dos superiores para tomar a decisão cabível e adequada	14,4
IEFMP28 Falta de informações precisas sobre o que lhe cabia fazer	13,8
IEFMP30 Falta de clareza na comunicação do que deveria ser feito	13,8
IEFMP34 Presenciar conflitos entre pessoas na base	13,8
IEFMP17 Dificuldade com condições climáticas	13,3
IEFMP15 Má qualidade da alimentação e da água	12,8
IEFMP40 Risco de acidentes ligados ao trabalho	12,8
IEFMP46 Falta de poder para mudar as coisas na base	12,2
IEFMP29 Falta de informações sobre o que estava realmente acontecendo	11,2
IEFMP41 Condições de higiene e sanitárias na base	9,6
IEFMP21 Falta de apoio para resolução de problemas que ocorreram no Brasil	9
IEFMP32 Quebra de regras por superior	9
IEFMP36* Risco de acidente com veículo motor ou aéreo	8
IEFMP38 Isolamento	8
IEFMP13 Ter ficado doente	7,5
IEFMP33 Problemas com equipamento de trabalho	7,4
IEFMP19 Problemas com fofocas	6,9
IEFMP45 Condições de atendimento médico	6,9
IEFMP39 Desobediência de subordinados	4,8
IEFMP42 Problemas com disciplina na base	4,8
IEFMP16 Escassez ou falta de alimentação ou água	2,7
IEFMP35* Risco de Morte ou ferimento por explosão de mina	0

*Itens do Critério A1

Foi considerado como um estresse moderado sempre que o evento relatado fosse identificado com um valor igual ou maior a três na escala de intensidade (1-5). A [tabela 6](#) apresenta a prevalência dos eventos considerados moderadamente estressantes em ordem decrescente de frequência. As respostas quanto ao número de diferentes situações moderadamente estressantes variou de zero a até 22 diferentes situações. (Média=2,1; DP=3,9).

Além de ser o evento mais comumente relatado, “lidar com as condições miseráveis de vida da população” também foi o mais prevalente entre os eventos considerados como moderadamente estressantes (35,8%). Eventos relacionados ao contato familiar como “Estar longe da família e amigos” (29,3%) e “Dificuldades enfrentadas pela família que está longe” (21%) também estavam entre os cinco eventos mais frequentes. Apesar de todos relatarem ter passados por ao menos uma situação da lista, apenas 56,3% disseram ter passado por ao menos uma situação moderadamente estressante.

Foram selecionados da lista de potenciais eventos estressantes apenas os itens do inventário que estão relacionadas a risco de vida e situações que caracterizam o critério A1 de trauma para o diagnóstico de TEPT. Este conjunto de 8 itens, aqui chamados de “itens A1” e incluíram: (1) Presenciar atrocidades ou agressões cometidas contra civis; (2) Contato com cadáver ou restos mortais; (3) Saber de pessoas que foram mortas ou seriamente feridas; (4) Estar vulnerável ou sujeito a incidentes e não poder reagir com poder de fogo; (5) Ter sofrido agressão física pela população local; (9) Risco pessoal de ferimento e morte durante missão; (35) Risco de

morte ou ferimento por explosão de mina; e (36) Risco de acidente com veículo motor ou aéreo. Utilizando esta classificação, 64% dos participantes disseram ter passado por ao menos uma destas situações e 15,6% relataram ter passado por ao menos uma situação A1 que fosse considerada moderadamente estressante. O número de situações A1 variou de nenhuma a até sete diferentes (Média=1,8; DP=1,9) e as consideradas moderadamente estressantes variaram de nenhuma a até cinco (Média=0,3; DP=0,8).

As situações A1 mais comuns foram “Saber de pessoas que foram mortas ou seriamente feridas” (39,9%), “Contato com cadáver ou restos mortais” (30,3%) e “Risco pessoal de ferimento e/ou morte” (30,3%). Entretanto, ao levarmos em conta apenas os eventos considerados moderadamente estressantes, os mais frequentes foram “Estar vulnerável e não poder reagir” (16,1%), “Risco pessoal de ferimento e morte” (15,1%) e “Presenciar atrocidades cometidas contra civis” (12,3%).

Tabela 6: Frequência de situações consideradas moderadamente estressantes ocorridas no Haiti. Avaliação feita após retorno ao Brasil (n=188)

Itens	Frequência (%)
IEFMP11 Condições miseráveis de vida da população	35,8
IEFMP26 Estar longe da família e amigos	29,3
IEFMP7 Dificuldade de comunicação com a população local	23,8
IEFMP31 Dificuldade para aliviar a tensão sexual	21,7
IEFMP20 Dificuldades enfrentadas pela família que está longe	21
IEFMP6 Ter sido agredido verbalmente pela população local	20,4
IEFMP23 Poucos recursos para se comunicar com família	17,5
IEFMP12 Ficar confinado/isolado na base	16,8
IEFMP4* Estar vulnerável ou sujeito a incidentes e não poder reagir	16,1
IEFMP9* Risco pessoal de ferimento e morte	15,1
IEFMP25 Ficar entediado	15,1
IEFMP8 Agressividade e oposição por parte da população local	13,4
IEFMP1* Presenciou atrocidades cometidas contra civis	12,3
IEFMP37 Falta de poder para mudar as circunstâncias de vida da população	12,3
IEFMP3* Saber de pessoas que foram mortas ou seriamente feridas	11,9
IEFMP5* Ter sofrido agressão física pela população local	11,8
IEFMP14 Conflitos com pessoas diferentes no convívio na base	11,8
IEFMP27 Dificuldade dos superiores para tomar a decisão cabível e adequada	11,8
IEFMP22 Pouca oportunidade de lazer na base	11,4
IEFMP24 Risco de contrair doenças infecciosas	11,2
IEFMP18 Falta de privacidade na base	9,8
IEFMP28 Falta de informações precisas sobre o que lhe cabia fazer	9,6
IEFMP40 Risco de acidentes ligados ao trabalho	9,6
IEFMP44 Atuar em equipes com diversas nacionalidades	8,7
IEFMP15 Má qualidade da alimentação e da água	8,6
IEFMP43 Permanecer neutro apesar de provocação da população	8,2
IEFMP2* Contato com cadáver ou restos mortais	8,1
IEFMP30 Falta de clareza na comunicação do que deveria ser feito	8,1
IEFMP46 Falta de poder para mudar as coisas na base	7,7
IEFMP10 Diferentes valores, regras e costumes da população local	7
IEFMP38 Isolamento	7
IEFMP21 Falta de apoio para resolução de problemas que ocorreram no Brasil	6,9
IEFMP29 Falta de informações sobre o que estava realmente acontecendo	6,9
IEFMP34 Presenciar conflitos entre pessoas na base	6,9
IEFMP17 Dificuldade com condições climáticas	6,4
IEFMP32 Quebra de regras por superior	5,9
IEFMP33 Problemas com equipamento de trabalho	5,9
IEFMP41 Condições de higiene e sanitárias na base	5,4
IEFMP19 Problemas com focos	4,3
IEFMP36* Risco de acidente com veículo motor ou aéreo	4,3
IEFMP39 Desobediência de subordinados	4,3
IEFMP42 Problemas com disciplina na base	3,2
IEFMP13 Ter ficado doente	2,7
IEFMP45 Condições de atendimento médico	2,7
IEFMP16 Escassez ou falta de alimentação ou água	1,6
IEFMP35* Risco de Morte ou ferimento por explosão de mina	0

*Itens do Critério A1

4.2.4 – Avaliação da Saúde Mental

A [tabela 7](#) apresenta a evolução dos sintomas clínicos e dos escores de resiliência ao longo dos três momentos de avaliação. As escalas que avaliam resiliência e ego-resiliência foram utilizadas apenas no início (T1) e ao final do estudo (T3). Os sintomas de estresse pós-traumático e depressão foram avaliados em todas as três etapas. Todas as medidas usadas para avaliação da saúde mental dos indivíduos apresentaram níveis baixos desde o início do acompanhamento e apresentaram uma redução gradativa a cada avaliação. A escala de resiliência mostrou um aumento de T1 para T3 enquanto que a ER-89 não variou no período.

Tabela 7: Escore das escalas clínicas e de resiliência ao longo das 3 avaliações.

	Antes (T1)*	Durante (T2)	Após (T3)	p-valor
ER-89¹	38,5 (4,3)	-	38,4 (7,6)	0,85
Resiliência¹	134,8 (9,8)	-	144,0 (19,8)	0,01
Sintomas de TEPT (PCL)²	24,8 (7,6) ^a	23,0 (6,7) ^a	20,5 (4,7) ^a	0,01
Depressão (BDI)²	3,2 (3,2) ^a	2,6 (2,8) ^a	1,6 (2,5) ^a	0,01
Transtorno Mental Comum (GHQ)¹		6,7 (4,0)	5,5 (3,7)	0,01

¹Teste-t para amostras pareadas

²ANOVA de medidas repetidas

T1(N=238); T2 (N=218); T3 (N=188)

*Média(Desvio-Padrão)

^aSímbolos semelhantes representam diferença estatística

A [tabela 8](#) apresenta a prevalência de alguns agravos a saúde mental avaliados ao longo do seguimento. A tabela mostra uma redução na prevalência dos desfechos investigados. O número de casos suspeitos de fazerem uso abusivo de álcool era de 7% antes da missão reduzindo para 4,6% durante a missão até uma prevalência final de 2,1% após retorno ao Brasil.

Em ambos os critérios utilizados para a suspeição de casos de TEPT, houve redução do número de casos. Ao se utilizar o critério PCL-50, foi encontrada uma baixa prevalência de 1,3% antes da missão e apenas um indivíduo foi considerado como provável caso tanto durante quanto após a missão. Com o uso do critério PCL-DSM, uma prevalência um pouco maior de casos prováveis foi encontrada (3,8%). Esta prevalência também diminuiu gradualmente a 2,3% durante a missão e apenas 1 novo caso suspeito de TEPT após a missão.

Os resultados do GHQ também apresentaram uma baixa prevalência com uma redução significativa de casos suspeitos de Transtorno Mental Comum entre a avaliação feita durante a missão (12,1%) e a avaliação pós-missão (4,8%). Não houve nenhum caso de tentativa de suicídio ou ideação tanto antes quanto após a missão.

Tabela 8: Frequência de casos clínicos suspeitos.

	Antes (T1)*	Durante (T2)	Após (T3)
Uso problemático de Álcool (CAGE)	6,9% (16)	4,6% (10)	2,1% (5)
PCL-50	1,3% (3)	0,5% (1)	0,5% (1)
PCL-DSM	3,8 % (9)	2,3% (5)	0,5% (1)
Transtorno Mental Comum (GHQ)	-	12,1% (26)	4,8% (9)

PCL – PTSD Checklist GHQ-General Health Questionnaire

*Número de casos expressos entre parênteses

Uma possível explicação para esta redução de sintomas ao longo do acompanhamento da coorte poderia estar em uma perda seletiva dos indivíduos mais graves ao longo das avaliações. Entretanto, as [tabelas 9 e 10](#) apresentam indícios de que a redução não se deve a uma perda seletiva. Foram comparadas as características iniciais dos indivíduos que

permaneceram na coorte com aqueles que foram perdidos ao longo dos dois seguimentos. Os indivíduos que foram avaliados ao longo da coorte não diferiram em nenhuma das características avaliadas com relação aqueles que saíram em T2 ou em T3.

Tabela 9: Comparação das características iniciais (T1) dos militares participantes e não participantes da segunda avaliação (T2)*

	Acompanhados (n=218)	Perdidos (n=20)	p-valor
Idade	24,5 (5,2)	25,5 (6,8)	0,39
Afeto Positivo	36,0 (4,4)	35,1 (3,7)	0,35
Afeto Negativo	15,6 (3,7)	15,6 (4,4)	0,96
ER-89	38,3 (4,3)	38,2 (3,6)	0,89
Resiliência	134,1 (10,1)	135,2 (8,6)	0,62
Sintomas de TEPT (PCL)	24,8 (7,2)	24,0 (6,9)	0,56
Depressão (BDI)	3,3 (3,2)	3,8 (3,3)	0,48

*Teste-t para amostras independentes

PCL - Posttraumatic Checklist

BDI - Beck Depression Inventory

Tabela 10: Comparação das características iniciais (T1) dos militares participantes e não participantes da terceira avaliação (T3)*

	Acompanhados (n=188)	Perdidos (n=50)	p-valor
Idade	24,3 (5,2)	25,5 (6,0)	0,21
Afeto Positivo	36,0 (4,5)	35,9 (3,8)	0,93
Afeto Negativo	15,7 (3,7)	15,7 (4,1)	0,88
ER-89	38,4 (4,3)	38,0 (3,9)	0,49
Resiliência	134,5 (10,0)	132,8 (9,7)	0,27
Sintomas de TEPT (PCL)	24,8 (7,7)	24,3 (5,3)	0,58
Depressão (BDI)	3,2 (3,2)	3,9 (3,3)	0,14

*Teste-t para amostras independentes

BDI - Beck Depression Inventory

PCL - Posttraumatic Checklist

Ao serem comparadas as características sócio-demográficas como o estado civil (Solteiro x Casado) e a patente do militar no início da missão

(Praças X Oficiais), não foi encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os níveis de sintomatologia destes grupos.

4.2.5 - Modelo explicativo para os sintomas de TEPT

Foram desenvolvidos modelos estatísticos com o objetivo de identificar as variáveis que melhor explicassem os sintomas do TEPT dos militares após retorno ao Brasil. Devido a baixa prevalência de TEPT encontrada nesta amostra, não foi possível desenvolver um modelo logístico para a presença do diagnóstico de TEPT. Buscou-se então desenvolver um modelo explicativo da gravidade de sintomas de estresse pós-traumático de acordo com o escore final obtido na escala PCL aplicada após a missão (T3).

Esta análise foi desenvolvida em duas etapas: 1) Na primeira etapa foram selecionadas para a modelagem as variáveis que apresentaram associação com os sintomas de TEPT em uma análise bivariada inicial. Aquelas que apresentaram uma associação estatisticamente significativa em um critério estatisticamente menos rígido ($p < 0,20$) foram utilizadas na modelagem da segunda etapa; 2) As variáveis selecionadas na primeira etapa foram modeladas iniciando-se pela adição das variáveis avaliadas antes da missão e sendo feita a adição das variáveis peritraumáticas e pós traumáticas posteriormente. Nesta etapa, também foi utilizado um critério estatístico menos rígido para a adição das variáveis no modelo ($p < 0,10$).

O processo de modelagem foi desenvolvido utilizando-se um modelo de regressão linear múltiplo tendo a variável PCL após missão como desfecho. O modelo 1 apresenta o resultados dos modelos de regressão

linear simples com os valores de Beta e o p-valor de cada uma das variáveis que foi estatisticamente significativa nesta primeira etapa de análise. Além das variáveis descritas no modelo 1, outras características foram avaliadas mas não foram apresentadas na tabela por não terem uma associação estatisticamente significativa com o escore na escala PCL durante a análise bivariada. As variáveis que não apresentaram associação na fase bivariada foram: Patente do Militar (0=Praças; 1=Oficiais) ($p=0,31$), Estado Civil (0=Solteiro; 1=casado) ($p=0,26$), Escala de Resiliência ($p=0,82$), ER-89 ($p=0,32$). O modelo 2 apresenta o resultado final da modelagem destacando apenas as características que permaneceram associadas aos sintomas de estresse pós-traumático após o controle pelas outras variáveis no modelo (Tabela 11).

Tabela 11: Regressão linear múltipla para o escore na PCL.

	Modelo 1 ¹		Modelo 2 ²	
	Beta	p-valor	Beta	p-valor
<i>Variáveis pré-traumáticas (T1)</i>				
Escore PCL na linha de base	0,24	0,00	0,17	0,00
Afeto Positivo (AP)	0,1	0,18	-	-
Afeto Negativo (AN)	0,46	0,00	0,19	0,09
Abuso de Álcool (CAGE)	2,1	0,10	-	-
# de eventos traumáticos estressantes (THQ)	0,59	0,02	0,43	0,07
<i>Variáveis peritraumáticas (T3)</i>				
Imobilidade Tônica (TIS)	0,24	0,00	0,47	0,00
Dissociação (PDEQ)	0,67	0,00	-	-
Sintomas de Pânico (PRS)	1,07	0,00	1,03	0,00
Aspectos Positivos da Missão (PMS)	-0,16	0,04	-	-
# de eventos estressantes no Haiti (IEFMP)	2,01	0,02	-	-

¹ Modelo 1- Resultado das múltiplas regressões lineares simples

² Modelo 2 - Resultado da regressão linear múltipla com as variáveis significativas para um $p<0,1$

O modelo final obtido na regressão linear múltipla foi composto pelas seguintes variáveis: Escore PCL antes da missão ($\beta=0,17$; $p=0,00$), Afeto Negativo ($\beta=0,19$; $p=0,09$), número de diferentes eventos traumáticos estressantes vividos antes da missão ($\beta=0,43$; $p=0,07$), sintomas de imobilidade tônica ($\beta=0,47$; $p=0,00$) e sintomas físicos de pânico ($\beta=1,03$; $p=0,00$). Uma vez obtido este modelo foi conduzida uma análise diagnóstica do mesmo. A análise diagnóstica apresentou um resultado insatisfatório indicando um péssimo ajuste deste modelo.

Com a suspeita inicial de que, dada a distribuição não normal da variável desfecho, o modelo estimado via regressão linear não teria um resultado satisfatório, foram estimados modelos adicionais utilizando as mesmas covariáveis selecionadas no modelo 2 (PCL inicial, AN, THQ, TIS e PRS) . Estes modelos foram estimados com o objetivo de, seguindo os passos propostos por Kleiber & Zeileis (2008, Capítulo 5), comparar a diferença dos valores observados na amostra com o valor predito por cada um dos modelos. Esta comparação permitiu avaliar graficamente quais as distribuições apresentaram valores preditos mais semelhantes ao valor observado e, com isso, fornecer uma indicação da qualidade do ajuste destes modelos. Ao todo, foram estimados mais quatro modelos que consideravam diferentes distribuições para a variável desfecho: Poisson, Binomial Negativa (NB), Poisson Inflada de Zero (ZIP) e Binomial Negativa Inflada de Zeros (ZINB). Nesta etapa, o escore PCL foi reduzido em 17 unidades para que seu valor mínimo fosse igual a zero (Figura 10).

A comparação dos valores “observados VS preditos” mostrou que os modelos Poisson e Normal apresentaram um pior ajuste enquanto que o

ZINB se ajustou melhor ao apresentar uma curva de predição mais semelhante aos dados originais.

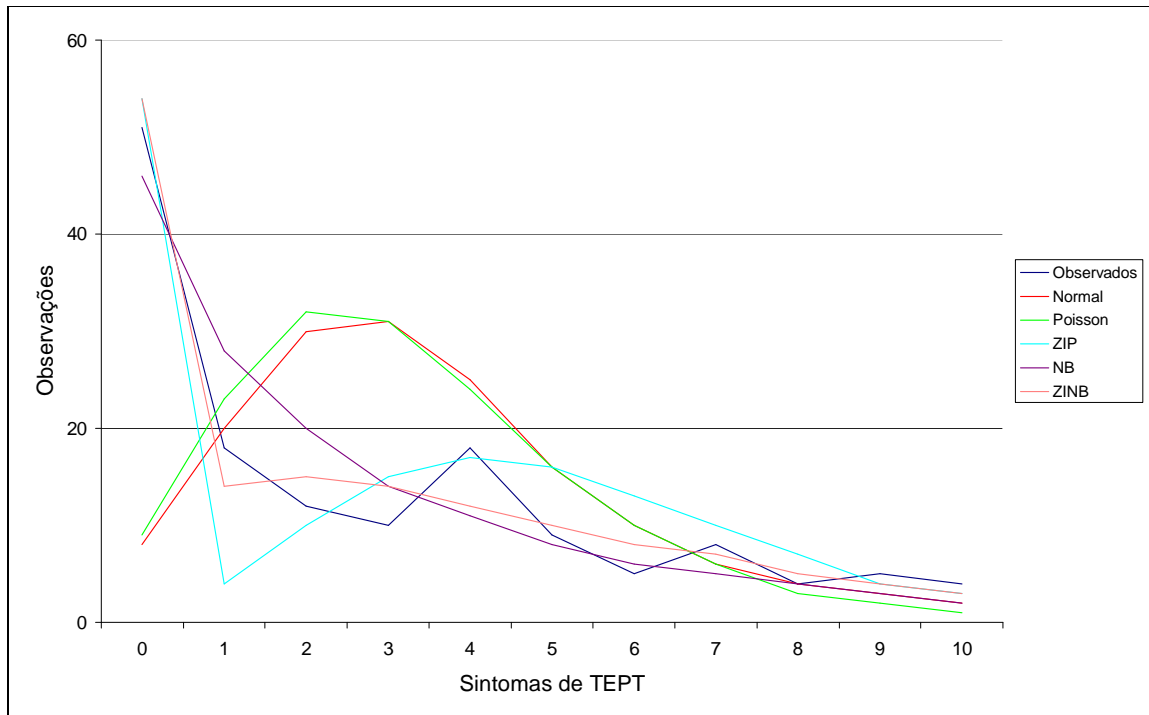


Figura 10: Valores observados e os valores preditos por cada modelo.

Assumindo-se a distribuição ZINB como a mais adequada para os dados referentes ao escore PCL, um novo processo de modelagem foi iniciado com a avaliação de todas as covariáveis de interesse. Assim como no processo de modelagem anterior, as covariáveis pré-traumáticas foram as primeiras a serem adicionadas com a posterior adição das variáveis peritraumáticas e pós-traumáticas.

A [tabela 12](#) apresenta o modelo final obtido para a explicação dos sintomas de TEPT após missão no Haiti. Este modelo destacou que quanto maiores os escores iniciais do PCL, assim como dos sintomas de pânico, menor a probabilidade de o indivíduo não apresentar sintomas de estresse

pós-traumático após a missão. Entre os indivíduos que faziam parte do grupo de suscetíveis ao desenvolvimento de sintomas (ou seja, excluindo-se o excesso de zeros), a presença de maiores níveis iniciais de afeto negativo assim como escores mais elevados em duas das três escalas de reações peritraumáticas (PRS e PDEQ) estavam associadas a maior sintomatologia de TEPT.

Tabela 12: Modelo Final Binomial Negativo Inflado de Zero.*

	Logístico		Binomial Negativo	
	Beta	p-valor	Beta	p-valor
Escore PCL na linha de base	-0,16	0,03	-	-
Afeto Negativo	-	-	0,05	0,03
Dissociação (PDEQ)	-	-	0,06	0,09
Sintomas de Pânico (PRS)	-0,89	0,04	0,11	0,00

*Variável Desfecho = Escore PCL após missão

Uma vez estimado o modelo ZINB final, foi mais uma vez avaliada a diferença entre os valores observados e os valores preditos pelo modelo. Utilizando o conjunto de covariáveis usados no modelo ZINB final, foi comparado o ajuste dos valores preditos pelos modelos Poisson, Binomial Negativa e ZIP. A comparação das quatro distribuições corroborou mais uma vez o modelo ZINB como o que melhor se ajustou aos dados (Figura 11). Quanto mais próxima de zero a diferença entre os valores preditos e observados, melhor o ajuste do modelo. A adequação do modelo ZINB também foi corroborada por sua seleção através do método automático de seleção de modelos para dados de contagem disponível no Stata através do comando *countfit*.

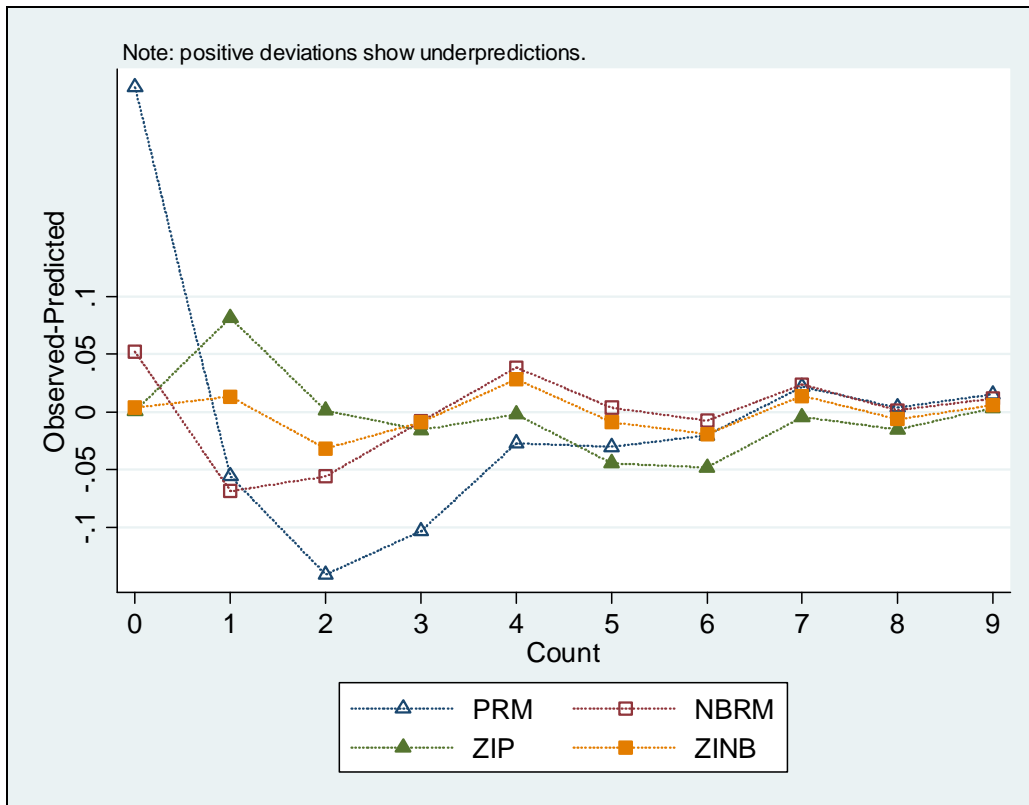


Figura 11: Comparação da diferença entre os valores observados e preditos pelos modelos Poisson (PRM), Binomial Negativo (NBRM), Poisson Inflado de Zero (ZIP) e Binomial Negativo de Zero (ZINB).

5 - DISCUSSÃO

O número de novas missões de paz cresceu muito durante as últimas décadas, mas o interesse científico a respeito das conseqüências deste tipo de atividade parece não acompanhar o mesmo ritmo. Apesar dos diferentes desfechos envolvidos com o trabalho de paz ainda existe um número consideravelmente pequeno de estudos que avaliam a presença de TEPT em membros de forças de paz.

Considerando os artigos existentes que relatam a prevalência de TEPT nesta população, a prevalência esperada encontra-se em torno de 5,3%, apesar de este valor ter variado de 1% a até 25,8% entre os estudos. A alta prevalência de 25,8% encontrada por Seedat et al (2003) deve ser considerada com precaução por se tratar de um estudo diferente dos outros em uma série de aspectos. Primeiramente, este estudo utilizou uma versão adaptada para auto-avaliação da *Clinical Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale* (CAPS-1). Os autores não forneceram nenhuma informação a respeito das propriedades psicométricas de tal versão. Uma segunda observação está no fato de que, apesar de ser chamada de uma missão de paz pelos autores, não se tratou de uma missão tradicional das Nações Unidas (como os outros onze estudos). Este estudo foi feito com a participação de cidadãos sul africanos em uma missão de dois meses de duração em seu próprio país. As diferenças desta missão com relação às missões de paz feitas aos moldes das Nações Unidas torna difícil a comparação deste resultado com os demais.

Uma prevalência de 5,3% não é muito maior que os 3%-4% encontrados na população geral norte americana (Narrow et al, 2002) sendo até mesmo menor que os 6% encontrados entre membros do exército norte americano avaliando antes de participarem de uma missão na Bósnia (Bolton et al, 2001). Na realidade, metade dos estudos apresentou estimativas de prevalência similares ou menores que aquelas estimadas para a população geral americana. Comparado aos 15% de prevalência encontrados entre veteranos de guerra do Golfo por Wolfe et al (1999), apenas dois estudos em

tropas de paz tiveram alguma estimativa próxima com 11% (Asmundson et al, 2002) ou maior com 25,8% % (Seedat et al, 2003).

A revisão destes artigos ressaltou o problema do uso de uma grande variedade de metodologias para avaliar a prevalência de TEPT. A heterogeneidade dos estudos impõe um problema para a comparação de estudos em qualquer área do conhecimento. Entretanto, este é um problema central ao se avaliar indivíduos em operações de paz visto que as próprias missões de paz já são diferentes umas das outras ao envolverem diferentes níveis e tipos de exposições a eventos traumáticos. Algumas missões de paz podem vir a ser muito mais estressantes que outras. Isto gera um problema para uma possível generalização dos resultados encontrados. É difícil comparar operações de *manutenção de paz* com aqueles de *imposição de paz*, apesar de ambas estarem sob a nomenclatura geral de “operação de paz”. Nas operações de manutenção de paz, os militares devem permanecer desarmados e exercerão uma função majoritariamente de ajuda humanitária. No caso das missões de imposição de paz, todos os meios necessários para estabelecer a paz são permitidos, incluindo o uso de armas, em acordo com o Capítulo VII da carta das Nações Unidas. Essa questão torna-se ainda mais complexa visto que uma mesma missão pode, ao longo de sua história, alterar seu caráter (manutenção ou imposição) de acordo com os objetivos em um determinado período de atividade. Não é incomum a existência de missões que, tendo um caráter inicial de imposição de paz, venha futuramente a alterar sua função para ajuda humanitária. Podendo até mesmo voltar a ao caráter de imposição com o decorrer da operação. Portanto, a diferença existente na própria natureza das missões de paz exige

um rigor metodológico por parte daqueles que investigam suas conseqüências.

Para tentar identificar possíveis características que explicassem a heterogeneidade encontrada entre as estimativas de TEPT, foi desenvolvida uma metaregressão. Entretanto, nenhuma das variáveis usadas na metaregressão foi capaz de explicar a heterogeneidade. Algumas características de interesse como a composição da hierarquia dos militares, taxa de resposta e a possível participação em missões anteriores, foram avaliadas inicialmente, mas não puderam ser utilizadas apropriadamente devido ao pouco número de estudos que disponibilizassem estas informações. Outra característica fundamental para a avaliação de TEPT que não pôde ser investigada apropriadamente foi o nível de exposição a traumas. Apesar de ser uma informação crucial para no desenvolvimento de sintomas de TEPT, praticamente todos os estudos utilizaram uma metodologia diferente para o levantamento deste tipo de informação. Enquanto alguns estudos limitaram sua avaliação a exposições típicas de situações de combate, outros adotaram uma avaliação mais abrangente que incluíram outros tipos de exposição a situações estressante.

A meta-análise desenvolvida possui algumas limitações que precisam ser comentadas. A primeira se refere a estratégia de busca utilizada que não cobriu uma grande parte da “literatura cinza” (Por exemplo: Painéis em congressos, teses e outras formas de apresentação de difícil acesso), aumentando o risco de viés de publicação. Em segundo lugar, como foi encontrado um número pequeno e heterogêneo de estudos, o uso de gráficos de funil para a avaliação de viés de publicação não foi possível.

O que a revisão feita inicialmente conclui é que a evidência disponível até o momento ainda não é adequada para que se obtenha uma estimativa de prevalência robusta. As diferenças metodológicas encontradas entre os estudos dificultam a comparação dos mesmos. Sem a criação de alguns padrões para a avaliação de TEPT nesta população, os grupos de pesquisa não serão capazes de identificar se as diferentes estimativas encontradas são um reflexo das condições e riscos pertinentes a uma missão em particular ou o resultado do uso de diferentes metodologias na avaliação dos sintomas.

A prevalência de 0,5% encontrada na coorte de militares brasileiros do Oitavo Contingente encontrou-se abaixo da prevalência encontrada nos outros estudos, apesar de semelhante ao 1% encontrado por MacDonald et al (1999). Na coorte brasileira, já havia sido encontrada uma baixa prevalência de TEPT mesmo antes da missão. Esta prevalência variou de 1,3% a 3,8% dependendo do ponto de corte considerado.

5.1 – Perfil anterior a missão

A avaliação feita com os militares antes da participação no Haiti já indicava a coorte como de um grupo de indivíduos jovens e motivados para o trabalho de missão de paz. A coorte foi composta por um grupo de voluntários a participação no Haiti com uma média de idade de menos de 25 anos. Os níveis iniciais de Afeto Positivo (M=35,9; DP=4,3) foram semelhantes ao encontrado em amostras universitárias enquanto que os

níveis iniciais de afeto negativo ($M=15,6$; $DP=3,8$) foram ainda menores que aqueles encontrados entre universitários saudáveis (Watson et al, 1988).

Existem evidências relativas a importância tanto do afeto positivo (AP) quanto do afeto negativo (AN) na percepção do estresse e nas estratégias de enfrentamento – *coping* (Ashby et al 1999; Norlander et al, 2005). Indivíduos com altos níveis de afeto negativo (AN) estão propensos a apresentar uma visão mais negativa dos eventos que o cercam assim como de si mesmos, além de tenderem a se incomodar mais com as coisas (Watson & Clark, 1984). Alto AN também tem sido relacionado a maiores níveis de estresse e má qualidade do sono (Norlander et al, 2005). Um estudo com jovens vítimas do furacão Katrina identificou que aqueles com maiores níveis de AN (avaliado 17 meses antes do desastre) apresentaram maiores sintomas de estresse pós-traumático (Weems et al, 2007). Esta mesma associação já foi identificada anteriormente em militares brasileiros membros do segundo contingente no Haiti. Aqueles com maiores níveis de AN também relataram maior sintomatologia de TEPT ao retornarem (Souza et al, 2008). A presença de escores tão altos de afeto positivo e baixos de afeto negativo nesta amostra sugere um grupo com um perfil mais motivado.

Apesar de não existir um consenso na literatura quanto a definição de resiliência, aqui foi adotada uma definição mais abrangente como proposta por Norris et al (2008) de ver a resiliência como a capacidade de adaptação bem-sucedida diante de um distúrbio, estresse ou adversidade. As duas escalas utilizadas para avaliação de resiliência possuem algumas diferenças na sua fundamentação teórica. A ER-89 lida com o conceito de ego-resiliência com uma visão de resiliência como um atributo pessoal. Vista

como uma característica da personalidade, a ego-resiliência não pressupõe a necessidade de uma exposição substancial a uma adversidade. Por outro lado, a escala de resiliência de Wagnild & Young (1993) possui uma visão menos rígida do constructo da resiliência.

Os resultados encontrados na coorte de militares brasileiros estão em acordo com a literatura. Sendo o conceito de ego-resiliência visto como um traço de personalidade relativamente estável, os participantes apresentaram níveis medianos de ego-resiliência ($M=38,5$; $DP=4,3$) tendo estes níveis se mantido estáveis até a última avaliação ($M=38,4$; $DP=7,6$). Por outro lado, houve um aumento dos níveis de resiliência avaliados através da escala de resiliência de Wagnild quando comparadas a primeira ($M=134,8$; $DP=9,8$) e a última avaliação ($M=144,0$; $DP=19,8$) feita após a exposição as situações adversas vividas no Haiti. Apesar dos escores encontrados na avaliação anterior a missão serem mais baixos que os encontrados em muitos estudos, os valores finais foram maiores que os encontrados em populações diversas (Vilete, 2009).

A avaliação do histórico de trauma dos participantes da missão de paz mostrou que uma grande parte deles já havia sido exposta a alguma situação traumática ao longo da vida. Quase 90% dos participantes relataram terem vivenciado alguma situação traumática antes de irem ao Haiti e quase a metade disser já ter sofrido um assalto ou uma tentativa de assalto ao longo da vida. Não só foi encontrada uma alta prevalência de história de trauma como 42,4% disseram ter vivenciado algum trauma considerado como moderadamente estressante. Esta informação é extremamente

relevante ao se avaliar o impacto que as experiências no Haiti viriam a ter na saúde mental destes indivíduos.

5.2 – A Natureza do Estresse Vivido no Haiti

Apesar de os militares brasileiros relatarem uma grande variedade de situações potencialmente estressantes ao longo do período de missão no Haiti, apenas uma pequena parcela relatou ter sofrido com a exposição a situações de risco de vida. As situações A1, aquelas relacionadas a risco de vida e que costumam estar mais relacionadas ao desenvolvimento de psicopatologias, foram relatadas por poucos militares.

As situações de estresse mais proeminentes foram aquelas relacionadas às dificuldades do dia a dia na missão como a dificuldade de comunicação, saudade da família e a impotência frente as condições miseráveis de vida da população local. Este perfil de exposição identificado nos membros do Oitavo Contingente está de acordo com uma avaliação feita dos quatro primeiros contingentes brasileiros no Haiti (Gil, 2008). A autora identificou uma predominância de estressores relacionados a características de ameaça e de Função de Manutenção de Paz (estressores potencialmente traumáticos) nos dois primeiros contingentes brasileiros em atividade no país revelando, ainda segundo a autora, um preparo militar não suficiente ou não adaptado às condições do Haiti, por ser o início da Missão. Nos dois últimos contingentes, os estressores característicos de trabalho cotidiano da base, relações interpessoais e infra-estrutura já passaram a ser os mais comuns. A autora ainda levanta a possibilidade de este padrão ter mudado por conta de

uma melhora no preparo e treinamento para os contingentes posteriores. Outra justificativa será o fato de os estressores terem perdido a característica de novidade fazendo com que os riscos passassem a ser mais previsíveis e minimizando, portanto, parte da capacidade de causar impacto. O aprimoramento ao longo das sucessivas missões tanto em termos de treinamento quanto em termos de informação sobre a situação do Haiti pode ter contribuído para esta adaptação dos contingentes subseqüentes.

5.3 – Saúde Mental no Retorno ao Brasil

A coorte de militares brasileiros não apresentou nenhum agravamento psicopatológico a curto prazo decorrente das atividades exercidas nos seis meses de missão no Haiti. Não só os militares apresentaram um aumento dos escores de resiliência como a sintomatologia psiquiátrica investigada manteve-se estável apresentando, inclusive, uma redução ao longo das avaliações.

O acompanhamento da coorte foi feito em três etapas. A adição de uma avaliação intermediária entre a ida e o retorno ao Brasil teve o objetivo de tentar identificar uma possível evolução destes sintomas ao longo do tempo e para identificar uma possível redução dos sintomas na avaliação feita logo após o retorno. A avaliação feita durante o Haiti buscava avaliar os indivíduos enquanto estes ainda estavam sob risco de situações estressantes. Desta forma, acreditava-se que uma avaliação feita neste

momento não seria enviesada pelo clima de euforia e animação que acomete os militares ao voltarem a sua terra natal e de volta ao seu contato familiar.

Entretanto, os níveis sintomatológicos foram baixos em ambas as avaliações feitas após o início da missão. Os sintomas depressivos foram muito baixos desde a primeira avaliação apresentando, ainda assim, uma redução gradativa ao longo da missão. O mesmo padrão foi identificado tanto para os sintomas de TEPT quanto para os sintomas de transtorno mental comum. A prevalência de casos suspeitos de transtorno mental comum também sofreu uma notável redução da segunda (12,1%) para a terceira avaliação (4,8%). Entretanto, mesmo a prevalência de 12,1% encontra-se muito abaixo dos 21-30% encontrado entre brasileiros vítimas de violência física (Lopes et al, 2008). Seguindo o mesmo padrão de redução, o número de casos de possível uso problemático de Álcool caiu de 6,9% antes da missão para 4,6% durante e 2,1% após a missão.

O perfil geral dos militares após o retorno foi de uma baixa prevalência de possíveis transtornos psiquiátricos além da existência de poucos sintomas. Apesar dos resultados irem contra a teoria de que o trabalho em missão de paz seja maléfico para a saúde mental dos militares em atividade, outros estudos já sugeriram um padrão de redução de sintomas durante o trabalho de missão de paz. Ao avaliar um grupo de 625 militares em missão de paz em Kosovo, Dickstein e al (2010) avaliaram a trajetória de sintomas de estresse pós-traumático ao longo de quatro avaliações através de uma *Latent Class Growth Analysis* (LCGA). Os militares foram avaliados antes, durante, 3-4 meses após a missão e 8-9 meses após a missão. Nesta análise, 84% dos participantes apresentaram

baixa sintomatologia de TEPT durante todas as etapas de avaliação sendo considerados resilientes. Cerca de 9% dos participantes apresentaram um padrão de resposta chamado de “ansiedade não realizada” (Unrealized Anxiety) onde, apesar de apresentarem níveis mais elevados de sintomatologia na fase pré-missão, estes sintomas reduziram ao longo do tempo (Figura 12). Ou seja, a grande maioria dos participantes da missão não apresentou baixa sintomatologia em todas as avaliações sendo que uma parte deles, uma vez passada a etapa inicial de adaptação a missão e o processo de treinamento, apresentaram redução de seus sintomas. Uma justificativa para este padrão seria o momento de ansiedade vivido por uma parcela destes militares quanto a imprevisibilidade do que irá enfrentar durante a missão. Uma vez identificando a operação como menos perigosa e/ou estressante do que o esperado em um primeiro momento, iniciasse um processo de redução deste estresse e ansiedade antecipatória. Estes resultados também estão de acordo com o encontrado por Gil (2008) que identificou baixa prevalência de estresse clínico nos quatro primeiros contingentes brasileiros no Haiti.

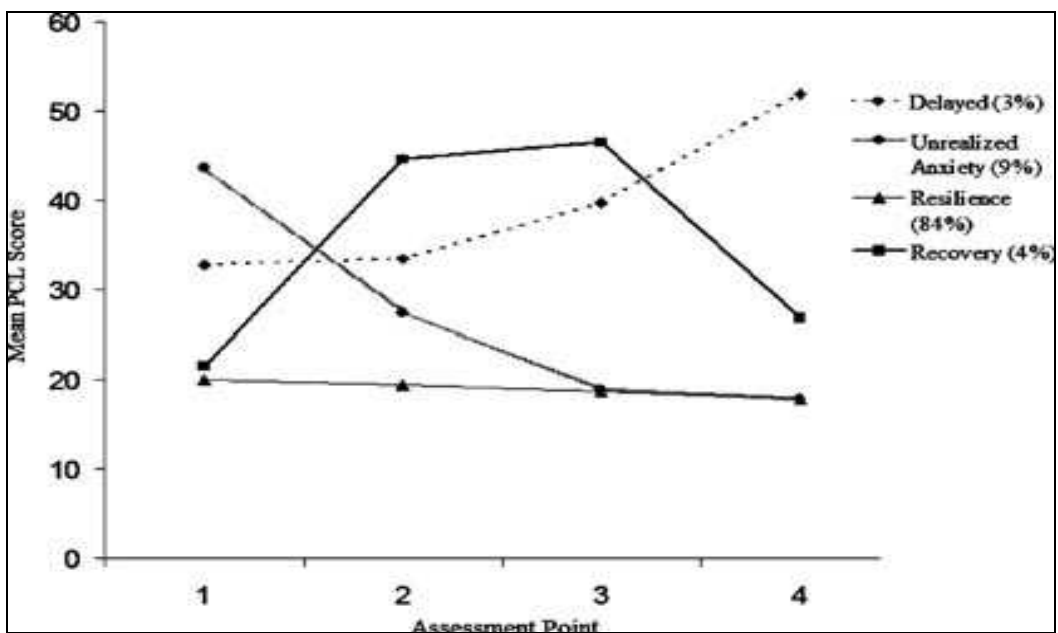


Figura 12: Curso longitudinal dos sintomas de TEPT ao longo de quatro momentos de avaliação. Retirado de Dickstein et al (2010).

A prevalência de TEPT encontrada tanto na meta-análise quanto na coorte acompanhada longitudinalmente pode ser uma subestimação da real prevalência nesta população devido à cultura militar de demonstração de força e resistência. Este não é um problema particular dos estudos com tropas de paz, mas uma característica que permeia qualquer trabalho com populações militares. Acredita-se que a avaliação de sintomas psicológicos por médicos militares seja sub-relatada uma vez que os membros de tropas militares temem que ao relatarem algum tipo de problema psicológico isso possa vir a arruinar suas carreiras (Kent et al, 2000). Indivíduos que cheguem a relatar a existência de algum problema também relatam uma preocupação duas vezes maior com um possível estigma e outros empecilhos para a procura de tratamento de saúde (Hoge et al, 2004). O auxílio de um médico civil parece não conseguir resolver este problema já

que alguns militares evitam divulgar um histórico detalhado a estes médicos devido ao caráter confidencial de seus trabalhos (Gabriel et al, 2002).

5.4 – Preditores de Sintomas de TEPT

Um estudo anterior já avaliou possíveis preditores de sintomas de estresse pós-traumático em militares em missão de paz do segundo contingente (Souza et al, 2008). Este estudo identificou a importância do traço de personalidade “afeto negativo” (AN) como um importante preditor de sintomas de TEPT assim como o número de eventos estressantes vividos durante a missão. Este estudo também identificou uma interação entre estas duas variáveis. Ou seja, os sintomas de TEPT eram ainda maiores entre aqueles que não só haviam passado por mais situações de estresse no Haiti como também tivessem apresentado maiores escores de afeto negativo anteriores a missão. O atual estudo feito com os membros do oitavo contingente corrobora a importância do AN no desenvolvimento de sintomas de TEPT, mesmo ao serem controlados os sintomas relatados pré-missão, fazendo parte dos escassos estudos de desenho longitudinal a avaliar o papel traços de personalidade no desenvolvimento de tais sintomas (Brewin et al, 2000; Ozer et al, 2003).

Entretanto, diferente do estudo com o segundo contingente, os achados relativos o papel dos eventos estressantes ao longo da missão não se repetiram. Apesar de apresentarem associação com os sintomas de TEPT pós-missão, esta associação não se manteve após serem controlados os efeitos de duas das três reações peritraumáticas estudadas: Dissociação e

os sintomas físicos de pânico. O termo “reações peritraumáticas” engloba uma série de reações que podem ser apresentadas por um organismo durante a exposição a um estímulo aversivo ou de perigo. Além das reações fisiológicas próprias da exposição a uma situação de risco (Sudorese, taquicardia e etc.), foram avaliadas as reações de Imobilidade Tônica e Dissociação. Estas três manifestações guardam muitas similaridades entre si. A própria escala de Imobilidade Tônica possui questões relativas a fenômenos dissociativos e as reações físicas de pânico são constantemente associadas a fenômenos dissociativos ([Resnick et al, 1994](#)).

Muito estudada em modelos animais, a Imobilidade Tônica em humanos ainda é uma área de estudo extremamente recente. Os estudos em animais demonstram que, seguindo o modelo da cascata defensiva, a IT é uma resposta do organismo que funciona como um último recurso, quando as opções de luta e fuga já se mostram ineficientes para a situação ([Bracha, 2004](#); [Bracha et al., 2004](#); [Gallup et al., 1976](#)). Desta forma, a IT é vista como um mecanismo de defesa do organismo em busca da sobrevivência em situações de estresse sendo chamada vulgarmente pelo ato de “fingir-se de morto”. Estudos demonstram sua funcionalidade ao corroborarem que a resposta de paralisia frente a um predador é eficiente ao aumentar as chances de sobrevivência da presa ([Monassi et al., 1999](#); [Miyatake et al., 2004](#)).

Apesar de ser um tema antigo da literatura psiquiátrica, a dissociação voltou a despertar o interesse dos pesquisadores no fim da década de 80. O foco sob a dissociação se tornou ainda mais evidente em 1994, depois que a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de

Doenças Mentais (DSM-IV) incluiu o Transtorno de Estresse Agudo em sua classificação enfatizando a ocorrência de fenômenos dissociativos nesta nosologia. O crescente interesse resultou no desenvolvimento de uma série de instrumentos que buscavam mensurar este constructo. A *Dissociative Experience Scale*—DES foi uma das escalas mais utilizadas para a avaliação de manifestações dissociativas. (Carlson & Putnan, 1993; Fiszman et al., 2004; Van Ljzendoorn et al., 1996). Mas o interesse na dissociação enquanto um fenômeno relacionado a uma um evento traumático levou ao desenvolvimento da *Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire* – PDEQ (Fiszman et al., 2005; Marmar et al., 1998).

A influência destas duas reações peritraumáticas reforça a idéia de que o modo como o indivíduo reage em tais situações parece ser mais importante que o número de situações as quais eles são expostos para o desenvolvimento de sintomas de TEPT. Uma forma de interpretar esse resultado pode ser que um evento capaz de ativar tais reações possui maior impacto no desenvolvimento de sintomas que uma série de eventos de menor magnitude. Uma possível explicação para a não identificação da imobilidade como um fator de risco na coorte de militares está na possibilidade de que este tipo de reação se manifeste apenas em situações de traumas mais graves, visto que as vítimas de abuso sexual são os principais alvos de investigação deste tipo de reação. O tipo de situação estressante vivida no Haiti foi majoritariamente composto por situações que não envolviam risco de vida ofuscando a importância deste fenômeno para os indivíduos que apresentam baixa sintomatologia.

6 – CONCLUSÕES

Mesmo com todos os riscos associados ao trabalho em operações de paz ainda são poucos os estudos que avaliam a prevalência de TEPT nesta população. Os poucos estudos disponíveis apresentam resultados muito diferentes e metodologias muito diversas, comprometendo a comparação entre seus resultados.

A coorte de militares brasileiros participantes do oitavo contingente de missão no Haiti é composta por indivíduos jovens e altamente motivados que apresentam um histórico de exposição a traumas anteriores a operação de paz. São indivíduos saudáveis que não apresentaram conseqüências significativas do trabalho no Haiti sob sua saúde mental. Apenas uma minoria dos participantes relatou ter sido exposto a situações de estresse moderadamente intensos. Felizmente, o trabalho brasileiro de missão de paz no Haiti parece estar sendo menos prejudicial aos seus participantes do que o esperado segundo a literatura.

Os principais preditores para o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático foram a intensidade dos sintomas físicos de pânico e as reações dissociativas. O afeto negativo foi a característica pré-trauma mais importante no desenvolvimento de sintomas posteriores, indicando uma característica passível de intervenção, seja para a seleção dos participantes ou no desenvolvimento de protocolos de treinamento voltados a redução do afeto negativo.

A baixa exposição a situações de risco, segundo relato dos próprios participantes, aliada a uma amostra motivada e bem treinada podem ser os responsáveis por tais resultados. Diferente das atividades em situações de guerra, a participação em tropas de paz é um trabalho voluntário que traz vinculado a si tanto uma oportunidade de crescimento profissional quanto a chance de fazer um trabalho significativo. O aspecto humanitário do trabalho em tropas de paz permite que seus participantes consigam contextualizar os riscos envolvidos, ajudando a lidar com as situações de estresse.

7 – REFERÊNCIAS

1. About Haiti. Acessado em Dezembro de 2010, em <http://www.haiti.org/>.
2. Adler AB, Huffman AH, Bliese PD, Castro CA. 2005. The impact of deployment length and experience on the well-being of male and female soldiers. *J Occup Health Psychol.* 10:121–137.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington, American Psychiatric Press, 1980.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, American Psychiatric Press, 1994.
5. Ashby FG, Isen AM, Turken AU. 1999. A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychol Rev.* 106:529 –550.
6. Asmundson GJ, Stein MB, McCreary DR. 2002. Posttraumatic stress disorder symptoms influence health status of deployed peacekeepers and nondeployed military personnel. *J.Nerv.Ment.Dis.* 190 (12):807-815.
7. Ballone E, Valentino M, Occhiolini L, Mascio DC, Cannone D, Schioppa FS. 2000. Factors influencing psychological stress levels of Italian peacekeepers in Bosnia. *Mil. Med.;* 165 (12):911-915.
8. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. 1961. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry,* 4, 53–63.
9. Berger W, Mendlowicz M, Souza W, Figueira I. 2004. Equivalência semântica da versão em português da PTSD Checklist-Civilian Version

(PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul* 26 (2):167-175.

10. Birenbaum R. 1994. Peacekeeping stress prompts new approaches to mental health issues in Canadian military. *CMAJ*.; 51:1484 –1489.
11. Block J, Kremen AM. 1996. IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *J Pers Soc Psychol*; 70: 349–361.
12. Bolton EE, Glenn DM, Orsillo S, Roemer L, Litz BT. 2003. The relationship between self-disclosure and symptoms of posttraumatic stress disorder in peacekeepers deployed to Somalia. *J.Trauma Stress*.; 16 (3), 203-210.
13. Bolton EE, Litz BT, Britt TW, Adler A, Roemer L. 2001. Reports of prior exposure to potentially traumatic events and PTSD in troops poised for deployment. *Journal of Traumatic Stress* 14 (1):249-256.
14. Bracha HS. 2004. Freeze, flight, fight, fright, faint: adaptationist perspectives on the acute stress response spectrum. *CNS Spectr*. 9, 679–685.
15. Bracha HS, Tyler C, Ralston MA, Jennifer M. 2004. Matsukawa, M.A. Does “fight or flight” need updating? *Psychosomatics* 45 (5), 448–449.
16. Bramsen I, Dirkzwager AJ, Van der Ploeg HM. 2000. Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: a prospective study of former peacekeepers. *Am.J.Psychiatry* 157 (7):1115-1119.
17. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. 2000. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psycho*. 68:748 –766.

18. Britt TW, Adler AB, Bartone PT. 2001. Deriving benefits from stressful events: the role of engagement in meaningful work and hardiness. *J.Occup.Health Psychol.*; 6 (1):53-63.
19. Britt TW, Bliese PD. 2003. Testing the stress-buffering effects of self engagement among soldiers on a military operation. *J.Pers.*; 71 (2):245-265.
20. Cameron, AC, Trivedi, PK. 1998. *Regression Analysis of Count Data*. Cambridge University Press.
21. Carlson EB, Putnam FW. 1993. An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*. 6:16–26.
22. Charter of the United Nations. UN Documents. Acessado em novembro de 2008, em <http://www.un.org/aboutun/charter/index.html>.
23. Deeks J, Altman D, Bradburn M. 2001. Statistical methods for examining heterogeneity and combining results from several studies in meta-analysis. In: Egger M., Smith G. D. (Eds.), *Systematic Reviews in Medical Care*, (Capítulo 15). London: British Medical Journal books.
24. Dickstein B, Suvak M, Litz B, Adler A. 2010. Heterogeneity in the course of posttraumatic stress disorder: Trajectories of a symptomatology. *Journal of Traumatic Stress*. 23 (3):331-339.
25. Dirkzwager AJ, Bramsen I, Van der Ploeg HM. 2005. Factors associated with posttraumatic stress among peacekeeping soldiers. *Anxiety, Stress, and Coping* 18 (1):37-51.

26. Dirkzwager JE, Bramsen I, Van der Ploeg, HM. 2003. Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Pers Individ Dif.*; 34 (8):1545-1559.
27. Elhai JD, Calhoun PS, Ford JD. 2008. Statistical procedures for analyzing mental health services data. *Psychiatry Research* 160(2):129-36
28. Ewing JA. 1984. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*; 252(14):1905-7.
29. Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. 2004. Adaptação transcultural para o português do instrumento Dissociative Experiences Scale para rastrear e quantificar os fenômenos dissociativos. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo)*, v. 26, p. 164-173.
30. Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. 2005. The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 27:63–66.(a)
31. Fiszman A, Marques-Portella C, Berger W, Volchan E, Oliveira LAS, Coutinho ES, Mendlowicz MV, Figueira I. 2005. Adaptação transcultural para o português do instrumento Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, Versão Auto-Aplicativa. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*; 27, 151–158.(b)
32. Forbes D, Bennett N, Biddle D, Crompton D, McHugh T, Elliott P, Creamer M. 2005. Clinical Presentations and Treatment Outcomes of Peacekeeper Veterans With PTSD: Preliminary Findings. *Am J Psychiatry*;162 (11):2188-219
33. Forsyth JP, Marx B, Fusé TMK, Heidt J, Gallup GG. 2000. The Tonic Immobility Scale. Albany, NY: Authors.

34. Fuse T, Forsyth JP, Marx B, Gallup GG, Weaver S. 2007. Factor structure of the Tonic Immobility Scale in female sexual assault survivors: an exploratory and confirmatory factor analysis. *J Anxiety Disord*; 21:265–283.
35. Gabriel R, Neal L. 2002. Post-traumatic stress disorder following military combat or peacekeeping. *British Medical Journal* 324:340-341.
36. Gallup Jr., G.G., Ledbetter, D.H., Maser, J.D. 1976. Strain differences among chickens in tonic immobility: evidence for an emotionality component. *J. Comp. Physiol.* 90 (11), 1075–1081.
37. Gardner W, Mulvey EP, Shaw EC. 1995. Regression analyses of counts and rates: Poisson, overdispersed Poisson, and negative binomial models. *Psychological Bulletin* 118, 392–404.
38. Gil, D. 2008. Força Militar de Paz no Haiti (MINUSTAH): Stress e estressores dos quarto primeiros contingents brasileiros.– Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
39. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, Rutter C. 1997. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol. Med.* 27 (1), 191–197.
40. Gorenstein C, Andrade LHSG. 2000 Inventário de depressão de Beck – propriedades psicométricas da versão em português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW (editores). *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos-Editorial, pp. 89-95.
41. Gouveia VV, Chaves SSS, Oliveira ICP, Dias MR, Gouveia RSD, Andrade PR. 2003. A Utilização do QSG-12 na População Geral: Estudo de Sua Validade de Construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*; 19 (3):241-248.

42. Gray MJ, Bolton EE, Litz BT. 2004. A longitudinal analysis of PTSD symptom course: delayed-onset PTSD in Somalia peacekeepers. *J Consult Clin Psychol.*; 72 (5):909-913.
43. Green B. Trauma History Questionnaire. 1997. In: Carlson EB. *Trauma assessments: a clinician's guide*. New York: The Guilford Press.
44. Hall DP, Cipriano ED. 1996. Frustrated aggression in psychiatric casualties of operation uphold democracy. *J Nerv Ment Dis.*; 184 (6): 377-378.
45. Hall DB, Zhengang Z. 2004. Marginal models for zero inflated clustered data. *Statistical Modelling*. 4, 161–180.
46. Hall DP Jr. 1997. Peacekeeping duty and PTSD. *Am J Psychiatry*; 154 (10):1482-1483.
47. Han CS, Kim YK. 2001. Psychiatric symptoms reported by international peacekeeping personnel in the Western Sahara Desert. *J Nerv Ment Dis.*; 189 (12):858-860.
48. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. 2004. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N.Engl.J.Med.*; 351 (1):13-22.
49. Kaspersen M, Matthiesen, SB. 2003. Post-traumatic stress symptoms among UN-soldiers and relief workers. *The European Journal of Psychiatry*, 17 (2):69-76.
50. Kawaguti, Luis. 2006. A república negra — histórias de um repórter sobre as tropas brasileiras no Haiti. São Paulo: Globo.

51. Kaylor JA, King DW, King LA. 1987. Psychological effects of military service in Vietnam: A meta-analysis. *Psychol. Bull.*,102: 257-71.
52. Kent H. 2000. BC physicians help peacekeepers fight their demons. *Canadian Medical Association Journal* 163 (9):1183.
53. Kettner B. 1972. Introduction. Combat strain and subsequent mental health. A follow-up study of Swedish soldiers serving in the United Nations forces 1961–62. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 230:1–112.
54. King DW, King LA, Gudanowski DM, Vreven DL. 1995. Alternative representations of war zone stressors: relationships to posttraumatic stress disorder in male and female Vietnam veterans. *J.Abnorm.Psychol.*; 104 (1):184-195.
55. Kleiber C, Zeileis A. 2008. *Applied Econometrics with R.* Springer.
56. Lima A, Fiszam A, Marques-Portella C, Mendlowicz MV, Coutinho E, Maia D, Berger W, Rocha-Rego V, Volchan E, Mari JJ, Figueira I. 2010. The impact of tonic immobility reaction on the prognosis of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44(4):224-228.
57. Litz BT, King LA, King DW, Orsillo SM, Friedman MJ. 1997. Warriors as peacekeepers: features of the Somalia experience and PTSD. *J.Consult Clin.Psychol.*; 65 (6):1001-1010.
58. Litz BT, Orsillo SM, Friedman M, Ehlich P, Batres A. 1997. Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. *Am.J.Psychiatry*; 154 (2):178-184.(b)

59. Long JS. 1997. Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables. Sage Publications.
60. Lopes C, Faerstein E, Chor D, Werneck G. 2008. Higher Risk of Common Mental Disorders After Experiencing Physical Violence in Rio De Janeiro, Brazil: the Pró-Saúde Study. *International Journal of Social Psychiatry*. 54; 112-117.
61. MacDonald C, Chamberlain K, Long N, Mirfin K. 1999. Stress and mental health status associated with peacekeeping duty for New Zealand Defence Force personnel. *Stress Med*. 15:235-241.
62. Maguen S, Litz BT, Wang JL, Cook M. 2004. The stressors and demands of peacekeeping in Kosovo: predictors of mental health response. *Mil.Med*. 169 (3):198-206.
63. Marmar CR, Weiss D, Metzler T. 1998. Peritraumatic dissociative experiences questionnaire. In: Bremner, J.D., Marmar, C.R. (Eds.), Trauma, Memory, and Dissociation. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 249–252.
64. Mehlum L, Weisaeth L. 2002. Predictors of posttraumatic stress reactions in Norwegian U.N. peacekeepers 7 years after service. *J.Trauma Stress*. 15 (1):17-26.
65. Michel PO, Lundin T, Larsson G. 2003. Stress reactions among Swedish peacekeeping soldiers serving in Bosnia: a longitudinal study. *J.Trauma Stress*; 16 (6):589-593.
66. Miyatake T, Katayama K, Takeda Y, Nakashima A, Sugita A, Mizumoto M. 2004. Is Death Feigning Adaptive? Heritable variation in fitness differences of death-feigning behaviour. *Proc. R. Soc. Lond. B*, 271, 2293–2296.

67. Monassi CR, Leite-Panissi CR, Menescal-de-Oliveira L. 1999. Ventrolateral periaqueductal gray matter and the control of tonic immobility. *Brain Res. Bull.* 50, 201–208.
68. Monteiro da Silva AM, Teixeira Junior JC, Nascimento SMC, Souza MA, Alchieri JC. 2005. Inventário de Estressores de Força Militar de Paz: Desenvolvimento e Propriedades Psicométricas. In: *Centro de Estudos de Pessoal - Estudos e Pesquisas* (pp 45–54). Rio de Janeiro, Brazil: Centro de Estudos de Pessoal – EB.
69. Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. 2002. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry.* 59:115-123.
70. Norlander T, Johansson Å, Bood SÅ. 2005. The affective personality: Its relationship to quality of sleep, well-being and stress. *Soc Behav Pers.* 33:709 –722.
71. Norris FH, Stevens SP, Pfefferbaum, Wyche KF, Pfefferbaum RL. 2008. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *Am J Community Psychol.* 41, 127-150.
72. Orsillo SM, Roemer L, Litz BT, Ehlich P, Friedman MJ. 1998. Psychiatric symptomatology associated with contemporary peacekeeping: an examination of post-mission functioning among peacekeepers in Somalia. *J.Trauma Stress* 11 (4): 611-625.
73. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. 2003. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 129:52–73.

74. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. 2005. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale. *Cad Saude Publica*, 21(2):436-448
75. Resnick HS, Falsetti SA, Kilpatrick DG, Foy DW. 1994. Associations between panic attacks and dissociative responses to rape. Paper Presented at the 10th Annual Meeting of the International Society of Traumatic Stress Studies. Chicago, IL.
76. Rocha-Rego V, Fiszman A, Portugal L, Pereira MG, Oliveira L, Mendlowicz MV, Marques-Portella C, Berger W, Coutinho E, Mari, JJ, Figueira I, Volchan E. 2009. Is tonic immobility the core sign among conventional peritraumatic signs and symptoms listed for PTSD?. *Journal of Affective Disorders*, v. 115, p. 269-273.
77. Ruppenthal, Tailon. 2007. Um soldado brasileiro no Haiti. São Paulo: Globo.
78. Sareen J, Stein M, Thoresen S, Belik S, Zamorski M, Asmundson G. 2010. Is Peacekeeping Peaceful? A Systematic Review. *Can J Psychiatry*, 55 (7): 464-472.
79. Seedat S, Roux C le, Stein DJ. 2003. Prevalence and characteristics of trauma and post-traumatic stress symptoms in operational members of the South African National Defence Force. *Mil.Med.* 168 (1):71-75.
80. Shigemura J, Nomura S. 2002. Mental health issues of peacekeeping workers. *Psychiatry Clin.Neurosci.* 56 (5):483-491.
81. Societe Haitiene. Acessado em Dezembro de 2010, em <http://www.alliance-haiti.com>.

82. Souza WF, Figueira I, Mendlowicz MV, Volchan E, Mendonça-de-Souza ACF, Duarte AF, Monteiro da Silva AM, Marques-Portella C, Mari J, Coutinho ESF. 2008. Negative affect predicts posttraumatic stress symptoms in Brazilian volunteer United Nations peacekeepers in Haiti. *J.Nerv.Ment.Dis.* 196: 852-855.
83. Thompson SG. 1995. Why sources of heterogeneity in meta-analysis should be investigated. In: Chalmers I., Altman D. G. (Eds.), *Systematic Reviews*, (chap. 5). London: British Medical Journal Publishing Group.
84. UN Peacekeeping Operations. Acessado em Dezembro de 2010, em <http://www.un.org/en/peacekeeping>
85. Ursano RJ, McCarrol JE. 1990. The nature of a traumatic stressor: handling dead bodies. *J Nerv Ment Dis.*; 178:396-398.
86. Van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C. 1996 The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the dissociative experiences scale. *Clin Psychol Rev.*16(5):365-82.
87. Vilete L. 2009. Resiliência a eventos traumáticos – Conceito, Operacionalização e Estudo Seccional. – Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro.
88. Wagnild, G. M., & Young, H. M. 1993. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.
89. Watson D, Clark LA. 1984. Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychol Bull.* 96:465– 490.

90. Watson D, Tellegen A, Clark LA. 1988. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *J Pers Soc Psychol.*; 54:1063–1070.
91. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM. 1993. The PTSD Checklist: Reliability, validity and diagnostic utility. Paper presented at: Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies; San Antonio, TX.
92. Weems CF, Pina AA, Costa NM, Watts SE, Taylor LK, Cannon MF. 2007. Predisaster trait anxiety and negative affect predict posttraumatic stress in youths after hurricane Katrina. *J Consult Clin Psychol.* 75:154 –159
93. Weisaeth L, Mehlum L, Mortensen MS. 1996. Peacekeeper Stress: New and different? *NC-PTSD Clinical Quarterly.*; 6 (1): 12-15.
94. Wolfe J, Erickson DJ, Sharkansky EJ, King DW, King LA. 1999. Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: a prospective analysis. *J Consult Clin Psychol.* 67:520-528.
95. Yehuda R, Southwick S, Giller E. 1992. Exposure to atrocities and severity of chronic posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry*, 149:333-336.
96. Zeileis A, Kleiber C, Jackman S. 2008. Regression Models for Count Data in R. *Journal of Statistical Software.* 27(8): 1-25.
97. Zuur, AF. 2009. Mixed Effects Models and Extensions in Ecology with R. Springer.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Concordo em participar, de livre e espontânea vontade, como sujeito de um estudo que buscará investigar possíveis condições associadas ao estresse relacionadas a eventos passados e à missão de paz.

Estou ciente de que o presente estudo será realizado nas dependências do Quartel do 2º Batalhão de Infantaria Motorizada (2º BIMtz) e conduzido por pesquisadores do Instituto de Pesquisa da Capacitação Física do Exército (IPCEx) e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Declaro ter conhecimento que deverei preencher questionários específicos, para avaliar fatores relacionados ao estresse, assim como participar de avaliações do condicionamento físico. É de meu conhecimento que serei submetido a uma coleta de saliva, que será armazenada para posterior análise do nível de cortisol e dehidroepiandrosterona (DHEA), fatores ligados à imunidade. Essa coleta não representa risco algum para a saúde do indivíduo. Estou ciente de que essas avaliações não terão, em nenhum momento, a finalidade de seleção de pessoal ou caráter eliminatório.

Tenho ciência, da mesma forma, que os resultados não serão divulgados, sendo mantidos em completo sigilo, e somente serão utilizados para fins de pesquisa e publicação de estudos, que fornecerão ao IPCEx instrumentos para a investigação de possíveis fatores psicofisiológicos que possam estar presentes em situações de emprego real de tropa militar, em Missões de Paz.

É de meu conhecimento que, caso decida não participar, não serei prejudicado de nenhuma forma. Igualmente, fica-me assegurado, na condição de voluntário, o direito de abandonar o estudo a qualquer momento, sem que isso me traga qualquer tipo de prejuízo.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2007.

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO B – Ficha Pessoal

INSTITUTO DE PESQUISA DA CAPACITAÇÃO FÍSICA DO EXÉRCITO
CENTRO DE ESTUDOS DE PESSOAL

Outubro/2007

01) Nome completo: _____

02) Posto/Grad.: _____ **Tempo de Sv :** _____

03) Idade : _____ **Data de nascimento:** ____/____/____

04) Escolaridade:

- a) 1º grau incompleto () b) 1º grau completo () c) 2º grau incompleto ()
d) 2º grau completo () e) 3º grau incompleto () f) 3º grau completo ()

05) Estado civil:

- a) Solteiro () b) Casado () c) Vivendo como casado ()
d) Separado () e) Divorciado () f) Viúvo ()

06) Raça/ cor:

- a) Amarela () b) Branca () c) Indígena () d) Parda () e) Preta ()

07) Naturalidade: _____

08) Qual seu peso? _____ **E altura (aproximadamente)?** _____

09) Você é fumante? Sim Não

10) Faz uso de medicamentos? Sim Não

Qual? _____

11) Você passou por alguma situação de **estresse recentemente?** Sim Não

Qual? _____

Quando? _____

12) Que hora você costuma dormir? _____ **E acordar?** _____

13) Que horas dormiu ontem? _____

14) A que horas acordou hoje? _____

15) Acordou no meio da noite anterior (mais de 1 vez)? Sim Não

16) Sofre de insônia? Sim Não

ANEXO C – Escala de Afeto Positivo e Negativo

PANAS

A escala abaixo consiste de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e então marque a resposta apropriada no espaço ao lado da palavra.

Indique o quanto você se sente assim em **geral, em média.**

	Muito pouco ou nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Excessivamente
Interessado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aflito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empolgado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chateado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Culpado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Com medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hostil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entusiasmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orgulhoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alerta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Envergonhado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inspirado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apavorado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO D – Questionário de Uso Problemático de Álcool

CAGE

1. Você já se incomodou com a quantidade de café e/ou refrigerante que bebia?
 Sim Não

2. Você já tentou diminuir ou parar de fumar?
 Sim Não

3. Você já tentou diminuir ou cortar a bebida?
 Sim Não

4. Você já ficou incomodado ou irritado com outros porque criticaram seu jeito de beber?
 Sim Não

5. Você já se sentiu culpado por causa do seu jeito de beber?
 Sim Não

6. Você já teve que beber para aliviar os nervos ou reduzir os efeitos de uma ressaca?
 Sim Não

ANEXO E – Avaliação de Ideação Suicida

1. Você alguma vez já pensou em se matar?

Sim Não

2. Você alguma vez já tentou suicídio?

Sim Não

Em caso de “sim”, quantas vezes? _____

ANEXO F – Inventário de Depressão

BDI

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, marque o quadrado ao lado da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, marque cada uma delas. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

- 1 Não me sinto triste
 Eu me sinto triste
 Estou sempre triste e não consigo sair disto
 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar

- 2 Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro
 Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro
 Acho que nada tenho a esperar
 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

- 3 Não me sinto um fracasso
 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos
 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso

- 4 Tenho tanto prazer em tudo como antes
 Não sinto mais prazer nas coisas como antes
 Não encontro um prazer real em mais nada
 Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo

- 5 Não me sinto especialmente culpado(a)
 Eu me sinto culpado(a) grande parte do tempo
 Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo
 Eu me sinto sempre culpado(a)

- 6 Não acho que esteja sendo punido(a)
 Acho que posso ser punido(a)
 Creio que vou ser punido(a)
 Acho que estou sendo punido(a)

- 7 Não me sinto decepcionado comigo mesmo(a)
 Estou decepcionado comigo mesmo(a)
 Estou enjoado(a) de mim
 Eu me odeio

- 8 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros
 Eu me culpo sempre por minhas falhas
 Eu me culpo por tudo de mal que acontece

- 9 Não tenho quaisquer idéias de me matar
 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria
 Gostaria de me matar
 Eu me mataria se tivesse oportunidade
- 10 Não choro mais que o habitual
 Choro mais agora do que costumava
 Agora, choro o tempo todo
 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira
- 11 Não sou mais irritado(a) agora do que já fui
 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
 Agora, eu me sinto irritado(a) o tempo todo
 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar
- 12 Não perdi o interesse pelas outras pessoas
 Estou menos interessado(a) pelas outras pessoas do que costumava estar
 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas
- 13 Tomo decisões tão bem quanto antes
 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava
 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes
 Absolutamente não consigo mais tomar decisões
- 14 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes
 Estou preocupado(a) em estar parecendo velho ou sem atrativo
 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo
 Acredito que pareço feio(a)
- 15 Posso trabalhar tão bem quanto antes
 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa
 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa
 Não consigo mais fazer qualquer trabalho
- 16 Consigo dormir tão bem como o habitual
 Não durmo tão bem como costumava
 Acordo de 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir
 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir
- 17 Não fico mais cansado(a) do que o habitual
 Fico cansado(a) mais facilmente do que costumava
 Fico cansado(a) em fazer qualquer coisa
 Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
- 18 O meu apetite não está pior do que o habitual
 Meu apetite não é tão bom como costumava ser
 Meu apetite é muito pior agora
 Absolutamente não tenho mais apetite
- 19 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente
 Perdi mais do que 2 quilos e meio *#estou deliberadamente*
 Perdi mais do que 5 quilos *tentando perder peso,*
 Perdi mais do que 7 quilos *comendo menos: sim não*

- 20 Não estou mais preocupado(a) com a minha saúde do que o habitual
 Estou preocupado(a) com problemas físicos, tais com dores, indisposição do estômago ou constipação
 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa
 Estou tão preocupado(a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
- 21 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
 Estou menos interessado(a) por sexo do que costumava
 Estou muito menos interessado(a) por sexo agora
 Perdi completamente o interesse por sexo

ANEXO G – Escala de Ego-Resiliência

ER89

	Não se aplica	Aplica-se ligeiramente	Aplica-se	Aplica-se extremamente
1. Eu sou generoso(a) com meus amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu supero e me recupero rápido de um susto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eu gosto de lidar com situações novas e inusitadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu geralmente deixo uma impressão favorável nas pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eu gosto de provar pratos completamente novos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu sou reconhecido(a) como uma pessoa de muita energia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Eu gosto de variar o caminho para lugares conhecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Eu sou mais curioso(a) que a maioria das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. A maior parte das pessoas que encontro são agradáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Habitualmente penso com muito cuidado antes de agir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Eu gosto de fazer coisas novas e diferentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Minha vida cotidiana é repleta de coisas que me mantêm interessado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Eu seria inclinado(a) a me descrever como bastante "forte"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Eu supero minha raiva contra alguém razoavelmente rápido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO H – Escala de Resiliência

Marque o quanto você concorda ou discorda com as seguintes afirmações:

	DISCORDO			NEM CONCOR DO NEM DISCORD O	CONCORDO		
	Totalmente	Muito	Pouco		Pouco	Muito	Totalmente
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação de diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7

23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO I – Questionário de História de Trauma

THQ

A série de questões a seguir diz respeito a eventos graves ou traumáticos durante a vida. Estes tipos de eventos realmente ocorrem com alguma regularidade, apesar de nós quisermos acreditar que eles sejam raros. Após a sua ocorrência, eles afetam a maneira pela qual as pessoas sentem, reagem e/ou pensam a respeito das coisas. O conhecimento sobre a ocorrência de tais eventos assim como a reação a eles vai nos auxiliar a desenvolver programas de prevenção, educação e outros serviços. O questionário é dividido em perguntas que abordam experiências relacionadas a crime, perguntas sobre desastre em geral e trauma e perguntas sobre experiências físicas e sexuais.

Para cada evento, por favor, indique se aconteceu e, em caso afirmativo, o número de vezes, o quanto foi estressante (aquele que tiver sido o mais estressante) e a sua idade aproximada na época em que ocorreu o mais estressante deles (se não tiver certeza, faça o melhor que puder). Além disso, diga a natureza da relação entre você e a pessoa envolvida e o tipo específico do evento, se for apropriado.

Eventos relacionados a crime		Nº de vezes	INTENSIDADE 1= nada estressante 5 = extremamente estressante	Idade aproximada no pior evento
1. Alguém já tentou tirar alguma coisa diretamente de você usando força ou ameaça de força, tal como assalto a mão armada ou furto?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
2. Alguém já tentou roubá-lo (a) ou de fato o (a) roubou (i.e. furtou seus objetos pessoais)?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
3. Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa quando você não estava lá?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
4. Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa enquanto você <u>estava</u> lá?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
5. Você já sofreu algum acidente grave no trabalho, num carro ou em qualquer outro lugar? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____

Desastre em geral e trauma				
		Nº de vezes	INTENSIDADE 1= nada estressante 5 = extremamente estressante	Idade aproximada no pior evento
6. Você já passou por algum desastre natural, do tipo deslizamento de terra, enchente, tempestade, terremoto, etc., durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
7. Você já passou por algum desastre causado pelo homem, tal como choque de um trem, desmoronamento de um prédio, assalto a banco, incêndio, etc., durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
8. Você já foi exposto (a) a radioatividade ou a agentes químicos perigosos que pudessem ameaçar a sua saúde?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
9. Você já esteve em qualquer outra situação na qual você foi gravemente ferido (a)? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
10. Você já esteve em qualquer outra situação na qual você teve medo porque <u>poderia</u> ter sido morto (a) ou gravemente ferido (a)? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
11. Você já viu alguém ser gravemente machucado ou morto? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar quem.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____

Desastre em geral e trauma				
		Nº de vezes	INTENSIDADE 1= nada estressante 5 = extremamente estressante	Idade aproximada no pior evento
12. Você já viu cadáveres (excluindo em funerais) ou teve que tocar em cadáveres por qualquer motivo? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
13. Você já teve algum amigo próximo ou membro da sua família assassinado ou morto por um motorista bêbado? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar sua relação com esta pessoa (ex. mãe, neto, etc.).	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
14. Você já perdeu (por morte) um cônjuge, companheiro (a), namorado (a) ou filho (a)? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar sua relação com esta pessoa.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
15. Você já sofreu de uma doença grave ou que pusesse em risco sua vida? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
16. Você já recebeu a notícia de que alguém próximo a você foi gravemente ferido, teve doença que ameaçou a vida ou morreu de forma inesperada? <u>Se responder sim</u> , por favor, indicar.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
17. Você já teve que tomar parte num combate quando estava no serviço militar num território de guerra oficial ou não oficial? <u>Se responder sim</u> , por favor, indicar o local.	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____

Experiências físicas e sexuais				
		Nº de vezes	INTENSIDADE 1= nada estressante 5 = extremamente estressante	Idade aproximada no pior evento
18. Alguém já o (a) obrigou a ter relações sexuais ou sexo anal ou oral contra a sua vontade? <u>Se responder sim</u> , por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai ou mãe, irmão).	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
19. Alguém já tocou em partes íntimas do seu corpo ou o (a) obrigou a tocar nas dele (a), sob força ou ameaça? <u>Se responder sim</u> , por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai ou mãe, irmão).	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
20. Além dos incidentes mencionados nas questões 18 e 19, já houve outras situações nas quais outra pessoa tentou forçá-lo (a) a ter contato sexual contra a sua vontade?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
21. Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou usando um revólver, uma faca ou qualquer outra arma?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
22. Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou <u>desarmado</u> e o (a) feriu gravemente?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
23. Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para causar ferimento?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____

Outros eventos				
		Nº de vezes	INTENSIDADE 1= nada estressante 5 = extremamente estressante	Idade aproximada no pior evento
24. Você já passou por alguma outra situação ou evento extraordinariamente traumáticos que não foram abordados nas questões acima? <u>Se responder sim, por favor, especificar.</u>	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
25. Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou de modo a causar intensa humilhação ou pavor?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____
26 . Alguém da sua família ou pessoa próxima persistentemente já lhe ridicularizou, humilhou ou ignorou causando intenso sofrimento?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> + de 5	1 - 2 - 3 - 4 - 5	_____

ATENÇÃO : Identifique na lista acima, pelo número, o evento que você considere que tenha sido o mais estressante em sua experiência de vida:

ANEXO J – Escala de Sintomas de Estresse Pós-Traumático

PCL

Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês.

Por favor, marque 1 para “nada”, 2 para “um pouco”, 3 para “médio”, 4 para “bastante” e 5 para “muito”.

	1	2	3	4	5
1. Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sentir sintomas físicos (coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Perda de interesse pelas atividades que você antes costumava gostar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são mais próximas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ter dificuldades para se concentrar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Estar super-alerta, vigilante ou em guarda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO K – Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas

PDEQ

Instruções: Por favor, preencha os itens abaixo marcando a opção que melhor descreve suas vivências e reações durante e imediatamente após aquele evento que você citou como o mais estressante. Se um item não se enquadra na sua vivência, por favor, circule “Não é verdadeiro”.

1. Você perdeu a noção do que estava acontecendo – “deu um branco” ou “saiu do ar” ou sentiu como se você não fizesse parte do que estava acontecendo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

2. A sua noção do tempo mudou – as coisas pareciam estar acontecendo em câmera lenta. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

3. O que estava acontecendo parecia que não era real, como se você estivesse num sonho ou assistindo um filme ou uma peça de teatro. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

4. Você se sentiu como um espectador, ou como se você estivesse flutuando, vendo tudo de cima. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

5. A noção que você tem do seu próprio corpo pareceu distorcida ou modificada. Você se sentiu desligado do seu corpo ou que seu corpo estava maior ou menor do que o habitual. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

6. Você se sentiu confuso: ou seja, você teve dificuldade para entender o que estava acontecendo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

7. Você se sentiu desorientado: ou seja, você se sentiu perdido no tempo e no espaço. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

8. Você se sentiu “entorpecido” ou sem emoção. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

ANEXO L – Escala de Imobilidade Tônica

TIS

Instruções: Agora, para cada item, marque um número de 0 a 6 para mostrar o quanto estas reações ocorreram com você durante ou imediatamente após aquele evento que você citou como o mais estressante da sua vida.

1. Marque o quanto você se sentiu congelado ou paralisado.

Não me senti paralisado ou congelado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Senti-me totalmente paralisado ou congelado
	0	1	2	3	4	5	6	

2. Marque o quanto você se sentiu incapaz de se mexer mesmo que ninguém estivesse lhe prendendo.

Senti-me capaz de me mexer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Senti vontade de me mexer, mas fiquei “travado”
	0	1	2	3	4	5	6	

3. Marque o quanto seu corpo ficou tremendo ou sacudindo.

Fiquei tremendo ou sacudindo extremamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não fiquei tremendo ou sacudindo
	0	1	2	3	4	5	6	

4. Marque o quanto você se sentiu incapaz de gritar mesmo tendo vontade.

Senti-me capaz de gritar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Senti vontade de gritar, mas fiquei “travado”
	0	1	2	3	4	5	6	

5. Marque o quanto você consegue se lembrar dos detalhes dos últimos 5 minutos.

Lembro-me de tudo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Não me lembro de nada
	0	1	2	3	4	5	6	

6. Marque o quanto você sentiu seu corpo anestesiado ou sem dor.

Não senti o corpo anestesiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Senti o corpo extremamente anestesiado
	0	1	2	3	4	5	6	

7. Marque o quanto você sentiu frio.

Não senti frio algum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Senti frio extremo
	0	1	2	3	4	5	6	

8. Marque o quanto você sentiu medo ou pânico.

Senti medo extremo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fiquei totalmente calmo
	0	1	2	3	4	5	6	

9. Marque o quanto você achou que ia morrer.

Não achei que ia morrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tive certeza absoluta de que ia morrer
	0	1	2	3	4	5	6	

10. Marque o quanto você se sentiu incapaz de escapar mesmo tendo vontade.

Senti-me capaz de escapar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Senti vontade de escapar, mas fiquei "travado"
	0	1	2	3	4	5	6	

11. Marque o quanto você se sentiu desligado de si mesmo (por exemplo, sensação de sair do corpo).

Não me senti desligado de mim mesmo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Senti-me extremamente desligado de mim mesmo
	0	1	2	3	4	5	6	

12. Marque o quanto você se sentiu distante da situação (por exemplo, sensação de ir para outro lugar).

Não me senti distante da situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Senti-me extremamente distante da situação
	0	1	2	3	4	5	6	

ANEXO M – Escala de Experiências Militares Positivas

PMS

A seguir existe uma lista de experiências que algumas pessoas podem considerar como recompensadoras com relação a participar de operações de paz. Gostaríamos de compreender melhor como estas experiências afetaram você. Por favor, indique o impacto destas experiências em você durante sua missão.

1= nenhum impacto positivo

2= pouco positivo

3= razoavelmente positivo

4= Extremamente positivo

	Nenhum	Pouco positivo	Razoavelmente positivo	Extremamente positivo
1. Representar o Brasil para pessoas em outro país.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
2. Estar no Haiti por uma boa causa.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
3. Sentir que sua missão teve sucesso.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
4. Sentir que o povo brasileiro está orgulhoso de você.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
5. Sentir-se apoiado por outros militares de sua unidade.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
6. Ter a oportunidade de visitar um novo país.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
7. Aprender sobre uma nova cultura.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
8. Sentir que a missão foi importante para o seu desenvolvimento como militar.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
9. Sentir-se emocionalmente conectado aos civis.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
10. Sentir que a missão foi importante para seu crescimento como pessoa.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
11. Desenvolver uma admiração maior pelo Brasil.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

ANEXO N – Escala de Reações Físicas de Pânico

PRS

As questões a seguir se referem às reações que você pode ter tido *durante ou imediatamente após* o evento mais estressante da missão. Para cada item, marque um número de 1 a 4 para mostrar o quanto estas reações ocorreram com você.

- Nada(1)
Um pouco.....(2)
Moderadamente (3)
Extremamente...(4)

A. Falta de ar	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
B. Tonteira ou sensação de desmaio	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
C. Coração acelerado	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
D. Tremores ou abalos	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
E. Sudorese	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
F. Náusea ou desconforto abdominal	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
G. Dormência no corpo ou sensação de formigamento	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
H. Ondas de calor ou calafrios	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
I. Sufocação	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
J. Dor ou desconforto no peito	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○
K. Dificuldade para controlar bexiga ou intestino	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○

Você desmaiou durante esse evento estressante?

() SIM

() NÃO

ANEXO O – Escala de Transtornos Mentais Comuns

GHQ-12

Nós gostaríamos de saber se você tem apresentado algum problema médico e como você tem passado de saúde, tomando por base as últimas semanas. Responda por favor todas as questões abaixo simplesmente marcando com um X a resposta mais próxima que diz respeito a você. Não esqueça que queremos somente saber sobre os problemas atuais e mais recentes e não sobre aqueles que você teve no passado.

ULTIMAMENTE, ...

1. Você tem sido capaz de se manter atento (prestando atenção) nas coisas está fazendo?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Melhor do que de costume | <input type="checkbox"/> O mesmo de sempre | <input type="checkbox"/> Menos que de costume | <input type="checkbox"/> Muito menos que de costume |
|---|--|---|---|

2. Você tem perdido muito o sono por preocupação?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> De jeito nenhum | <input type="checkbox"/> Não mais que de costume | <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume | <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume |
|--|--|---|--|

3. Você tem achado que está tendo um papel útil na vida que está levando?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Melhor do que de costume | <input type="checkbox"/> O mesmo de sempre | <input type="checkbox"/> Menos que de costume | <input type="checkbox"/> Muito menos que de costume |
|---|--|---|---|

4. Você tem se sentido capaz de tomar decisões?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Melhor do que de costume | <input type="checkbox"/> O mesmo de sempre | <input type="checkbox"/> Menos que de costume | <input type="checkbox"/> Muito menos que de costume |
|---|--|---|---|

5. Você tem se sentido se sentido constantemente agoniado(a) e tenso(a)?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> De jeito nenhum | <input type="checkbox"/> Não mais que de costume | <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume | <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume |
|--|--|---|--|

6. Você tem notado que está difícil de superar suas dificuldades?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> De jeito nenhum | <input type="checkbox"/> Não mais que de costume | <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume | <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume |
|--|--|---|--|

7. Você tem sido capaz de desfrutar (fazer agradavelmente) suas atividades normais de cada dia?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Melhor do que de costume | <input type="checkbox"/> O mesmo de sempre | <input type="checkbox"/> Menos que de costume | <input type="checkbox"/> Muito menos que de costume |
|---|--|---|---|

8. Você tem sido capaz de enfrentar seus problemas?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Melhor do que de costume | <input type="checkbox"/> O mesmo de sempre | <input type="checkbox"/> Menos que de costume | <input type="checkbox"/> Muito menos que de costume |
|---|--|---|---|

9. Você tem se sentido triste e deprimido(a)?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> De jeito nenhum | <input type="checkbox"/> Não mais que de costume | <input type="checkbox"/> Um pouco mais que de costume | <input type="checkbox"/> Muito mais que de costume |
|--|--|---|--|

10. Você tem perdido a confiança em você mesmo?

- De jeito nenhum Não mais que de costume Um pouco mais que de costume Muito mais que de costume

11. Você tem se achado uma pessoa sem muito valor?

- De jeito nenhum Não mais que de costume Um pouco mais que de costume Muito mais que de costume

12. Você tem se sentido feliz de modo geral?

- Melhor do que de costume O mesmo de sempre Menos que de costume Muito menos que de costume

ANEXO P – Inventário de Estressores de Força Militar de Paz

IEFMP

INSTRUÇÕES:

COM BASE NAS SUAS EXPERIÊNCIAS DOS ÚLTIMOS 6 MESES NO HAITI, RESPONDA O QUESTIONÁRIO ABAIXO MARCANDO A SUA RESPOSTA CONFORME PEDIDO:

NA COLUNA “C” INDIQUE SE ACONTECEU O PROBLEMA MENCIONADO NA COLUNA “B”

NA COLUNA “D” DÊ UMA NOTA DE 1 A 5 PARA ESSE PROBLEMA, CASO TENHA OCORRIDO, PARA MOSTRAR O NÍVEL DE ESTRESSE QUE SENTIU.

NA COLUNA “E” ESCREVA O NÚMERO DE VEZES QUE O PROBLEMA OCORREU COM VOCÊ.

NA COLUNA “F” DESCREVA O QUE FEZ PARA LIDAR COM O PROBLEMA OCORRIDO.

NA COLUNA “G” INDIQUE O QUANTO FOI EFICAZ A MANEIRA, ESTRATÉGIA OU RECURSO QUE VOCÊ USOU PARA ENFRENTAR O PROBLEMA.

A	B	C		D	E	F	G			
ITEM	PROBLEMA EXPERIMENTADO	OCORREU		INTENSIDADE	FREQUÊNCIA	O QUE FEZ PARA ENFRENTAR O PROBLEMA	RESULTADO			
		SIM	NÃO	1= nada estressante 5 = extremamente estressante	Número de vezes que o problema ocorreu nos últimos 6 meses	“A ESTRATÉGIA OU RECURSO QUE USOU”	Favor descrever resumidamente como lidou com problema.	Nada	Mais ou menos	Muito
1	Presenciar atrocidades ou agressões cometidas contra civis			1-2-3-4-5						
2	Contato com cadáver ou restos mortais			1-2-3-4-5						
3	Saber de pessoas que foram mortas ou seriamente feridas			1-2-3-4-5						
4	Estar vulnerável ou sujeito a incidentes e não poder reagir com poder de fogo			1-2-3-4-5						
5	Ter sofrido agressão física pela população local			1-2-3-4-5						

ITEM	PROBLEMA	SIM	NÃO	INTENSIDADE	Nr DE VEZES	O QUE FEZ PARA ENFRENTAR O PROBLEMA	RESULTADO		
6	Ter sido agredido verbalmente pela população local			1-2-3-4-5					
7	Dificuldade de comunicação com a população local			1-2-3-4-5					
8	Agressividade e oposição por parte da população local			1-2-3-4-5					
9	Risco pessoal de ferimento e morte durante missão			1-2-3-4-5					
10	Diferentes valores, regras e costumes da população local			1-2-3-4-5					
11	Condições miseráveis de vida da população local			1-2-3-4-5					
12	Ficar confinado/isolado na base			1-2-3-4-5					
13	Ter ficado doente			1-2-3-4-5					
14	Devido à convivência forçada nas dependências da base, conflito(s) com pessoa(s) bem diferente(s) de você			1-2-3-4-5					
15	Má qualidade de alimentação e água			1-2-3-4-5					

ITEM	PROBLEMA	SIM	NÃO	INTENSIDADE	Nr DE VEZES	O QUE FEZ PARA ENFRENTAR O PROBLEMA	RESULTADO		
16	Escassez ou falta de alimentação ou água			1-2-3-4-5					
17	Dificuldades com condições climáticas (muito calor, vento, tempestades e etc.)			1-2-3-4-5					
18	Falta de privacidade na base			1-2-3-4-5					
19	Problema(s) com “fofoca(s)” na base			1-2-3-4-5					
20	Dificuldades enfrentadas pela família que está longe			1-2-3-4-5					
21	Falta de apoio para resolução de problemas que ocorreram no Brasil			1-2-3-4-5					
22	Pouca oportunidade de lazer na base			1-2-3-4-5					
23	Poucos recursos (computares e telefones) para se comunicar com a família e amigos			1-2-3-4-5					
24	Risco de contrair doenças infecciosas			1-2-3-4-5					

ITEM	PROBLEMA	SIM	NÃO	INTENSIDADE	Nr DE VEZES	O QUE FEZ PARA ENFRENTAR O PROBLEMA	RESULTADO		
25	Ficar entediado			1-2-3-4-5					
26	Estar longe da família e amigos			1-2-3-4-5					
27	Dificuldade do(s) superior(es) para tomar a decisão cabível e adequada			1-2-3-4-5					
28	Falta de informações precisas sobre o que lhe cabia fazer			1-2-3-4-5					
29	Falta de informações sobre o que estava realmente acontecendo fora da base			1-2-3-4-5					
30	Falta de clareza do(s) superior (es) na comunicação do que devia ser feito			1-2-3-4-5					
31	Dificuldade para aliviar a tensão sexual			1-2-3-4-5					
32	Quebra de regra(s) por superior(es)			1-2-3-4-5					
33	Problemas com equipamento de trabalho			1-2-3-4-5					

ITEM	PROBLEMA	SIM	NÃO	INTENSIDADE	Nr DE VEZES	O QUE FEZ PARA ENFRENTAR O PROBLEMA	RESULTADO		
34	Presenciar conflitos entre pessoas na base			1-2-3-4-5					
35	Risco de morte ou ferimento por explosão de mina			1-2-3-4-5					
36	Risco de acidente com veículo motor ou aéreo			1-2-3-4-5					
37	Falta de poder para mudar as circunstâncias de vida da população local			1-2-3-4-5					
38	Isolamento			1-2-3-4-5					
39	Desobediência(s) de subordinado(s)			1-2-3-4-5					
40	Risco de acidentes ligados ao trabalho			1-2-3-4-5					
41	Condições de higiene e sanitárias na base			1-2-3-4-5					
42	Problemas com disciplina na base			1-2-3-4-5					
43	Permanecer neutro apesar de provocação da população local			1-2-3-4-5					

ITEM	PROBLEMA	SIM	NÃO	INTENSIDADE	Nr DE VEZES	O QUE FEZ PARA ENFRENTAR O PROBLEMA	RESULTADO		
44	Atuar em equipes com diversas nacionalidades			1-2-3-4-5					
45	Condições de atendimento médico			1-2-3-4-5					
46	Falta de poder para mudar as coisas na base			1-2-3-4-5					
Houve outro(s) acontecimento(s) ou evento(s) estressante(s), durante a missão? Em caso afirmativo, especifique									

QUAL DESTES EVENTOS FOI O MAIS ESTRESSANTE? _____ (colocar o número)