

O impacto do terremoto nas condições psicossociais dos militares do Exército Brasileiro em Missão de Paz no Haiti

1º Ten Maria Auxiliadora Salcedo Giolo

::: Mestranda em Psicologia - UFRJ | Centro de Estudos de Pessoal e Forte Duque de Caxias - Exército Brasileiro (CEP - EB) :::

1º Ten Daniela Vergueiro

::: Mestre em Psicologia - PUC-RIO | Centro de Estudos de Pessoal e Forte Duque de Caxias - Exército Brasileiro (CEP - EB) :::

Angela Maria Monteiro da Silva

::: PhD em Psicologia, Universidade de Londres :::

O presente estudo investiga o impacto do terremoto, que assolou o Haiti em 12 de janeiro de 2010, sobre as condições psicossociais de militares do Exército Brasileiro (EB) em missão de paz no país caribenho. São relatados os resultados de análises quantitativas de dados pré e pós-cataclisma. Além disso, são apresentados dados qualitativos referentes à experiência dos capacetes azuis que viveram o desastre e de seus familiares.

Alguns autores relatam que, por mais trágico e devastador que tenha sido o sismo, já havia no Haiti condições ambientais e sociais de extremo desafio e vulnerabilidade. Assim, o desastre piorou um quadro que já era muito ruim. A região onde está situado este pequeno país é constantemente assolada por enchentes, pequenos tremores de terra e até mesmo grandes tempestades e ciclones. Oitenta por cento da população vive

em condições de pobreza degradante e sem emprego formal, com uma renda per capita anual de US\$ 560, mais da metade sobrevive com menos de um dólar por dia (Shutter & King, 2012).

A participação brasileira em missões de paz aumentou sensivelmente com o início da Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti (MINUSTAH). Desde o começo da missão, o Brasil responde pelo comando do componente militar da MINUSTAH. Ademais, o contingente brasileiro sempre foi o de maior efetivo. Até o Contingente XI, antes do terremoto, havia um Batalhão de Infantaria de Força de Paz e uma Companhia de Engenharia de Força de Paz, ambos do EB, que permanecem no Teatro de Operações (TO) por aproximadamente 180 dias. Após a catástrofe, mais um Batalhão de Infantaria do EB foi mobilizado. Também integra o contingente brasileiro da MINUSTAH, desde o início da Missão, um Gru-

pamento Operativo com cerca de 215 Fuzileiros Navais, do tipo unidade anfíbia.

O Centro de Estudo de Pessoal e Forte Duque de Caxias (CEP/FDC), do EB, realiza as atividades psicológicas de seleção de pessoal, acompanhamento no TO e desmobilização das tropas de paz. Na área de pesquisa, este Centro tem conduzido estudos sobre fatores psicossociais em missão de paz (tais como: Estressores de Força Militar de Paz, nível de Estresse Clínico, Transtorno do Estresse Pós-traumático, Ansiedade e Depressão, Fatores Motivacionais, Afetividade e Experiências Positivas, entre outros).

Os dados psicossociais da MINUSTAH têm sido sistematicamente coletados durante a desmobilização de cada contingente e, às vezes, no acompanhamento durante a missão. Tais investigações aplicadas têm como objetivos principais: 1) fornecer subsídios para a seleção e a preparação psicossocial de tropas de paz subsequentes; 2) monitorar/prevenir problemas e transtornos psicológicos nos capacetes azuis do EB; 3) favorecer o bem estar e a qualidade de vida dos militares, e retroalimentar as atividades psicológicas desenvolvidas com a tropa de paz.

A maioria dos boinas azuis das Nações Unidas tende a se adaptar bem às operações de paz (Bolton, Glenn, Orsillo, Roemer & Litz, 2003; Monteiro da Silva & Teixeira Jr, 2006; Monteiro da Silva, 2008). Entretanto, algumas dessas operações podem envolver um maior risco de transtornos e problemas psicológicos. Por exemplo: aquelas operações em que os envolvidos vivenciam ou observam atos de violência, principalmente os inesperados; outros eventos que provocam muita tensão; ou desastres ou cataclismas. Em outras palavras, são situações com perda ou séria ameaça de vida, nas quais se experimenta

grande vulnerabilidade e sofrimento. Nesses casos, os militares estão em risco aumentado para desenvolverem problemas psicológicos associados ao estresse extremo ou intenso. Além disso, o prolongamento da vivência dos estressores na missão pode tornar o militar mais sensibilizado e vulnerável aos transtornos de forma geral. Assim, duas dimensões – tempo e intensidade – dos estressores interagem, influenciando a predisposição a transtornos psicossociais.

Nos casos de operações de maior risco, a literatura tem destacado problemas psicológicos associados ao estresse extremo ou intenso (Monteiro da Silva & Teixeira Jr, 2006). Entre esses problemas estão incluídos o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT); outros quadros clínicos de ansiedade; depressão; abuso de álcool e demais drogas (Litz e Cols., 1997, MacDonald, Chamberlain, Long, & Mirfin, 1999; Orsillo, Roemer, Litz, Ehlich & Friedman, 1998; Weisaeth, L., Mehlum, L. & Mortensen, 2005).

Em estudo longitudinal em parceria com o CEP/FDC, Souza e Cols. (2008) encontraram uma prevalência de 1,4% no II Contingente Brasileiro da MINUSTAH, considerada baixa, especialmente quando comparada a estudos prévios que também empregaram a mesma escala, o *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL), com boinas azuis (de 6,5% a 11%, dependendo do contexto da Missão). Os mesmos pesquisadores, através da análise de dados coletados com o PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*) também encontraram uma relação significativa entre afetividade negativa e número de estressores intensos identificados com o Inventário de Estressores de Força Militar de Paz – IFMP (CEP/FDC). Os resultados indicaram que aqueles que apresentam maior afetividade negativa e experi-

mentam estressores intensos são mais vulneráveis ao TEPT. O afeto negativo é uma dimensão geral da angústia e insatisfação, que inclui uma variedade de estados de humor aversivos, tais como raiva, culpa, desgosto e medo (GIACOMONI & HUTZ, 2006). Por outro lado, o estudo de Souza e Cols. sugere que o elevado índice de afetividade positiva (relacionada à criatividade, flexibilidade nas estratégias para solução de problemas e facilitação para o processamento das informações) caracteriza a amostra de *peacekeepers* como um grupo resiliente, capaz de lidar com situações estressoras satisfatoriamente.

Tiburcio (2011) relata a integração entre as ações de saúde e aquelas relacionadas ao bem estar da tropa brasileira. O referido autor descreve os principais desafios enfrentados pelos militares em missão no Haiti, revendo a literatura referente ao transtorno de estresse pós-traumático, outros transtornos de ansiedade, a depressão, o abuso de álcool e outras substâncias psicoativas e a síndrome de fadiga crônica que podem incidir em militares que participam de operações de combate, de manutenção da paz, ou de ajuda humanitária.

No que concerne à população civil, Guimaro et al. (2013) rastream a sintomatologia do TEPT em profissionais que prestaram ajuda humanitária à população haitiana, após o terremoto de 2010, com a aplicação da Escala do Impacto do Evento – Revisada (IESR). Os autores declaram que a exposição a eventos estressantes com potencial traumático pode conduzir os profissionais a comprometimentos da saúde mental, que se caracterizam desde quadro de estresse agudo até o desenvolvimento de TEPT, impactando diretamente na qualidade de vida e no retorno desses trabalhadores ao lar.

Guimaro et al. (2013) também descreveram, com base na literatura, a prevalência de TEPT para a população de trabalhadores civis de ajuda humanitária, após desastres naturais e ataques terroristas, cuja prevalência variou de 19,8% a 42%. Todavia, em seu estudo os dados não indicaram a presença de sintomatologia de TEPT; apenas foi evidenciada a presença de memórias intrusivas do desastre. Por fim, os autores sugerem a necessidade de cuidado com a saúde mental dos profissionais enviados para prestar assistência em situações de extremo estresse, priorizando inclusive a seleção psicológica desse pessoal para compor a equipe de ajuda humanitária.

Mendes (2013) discute as implicações do estresse operacional e de combate para a saúde física e psicossocial dos militares: seus efeitos imediatos e de longo prazo. Foi objeto de sua pesquisa a análise das políticas e das práticas de saúde implementadas com os contingentes militares brasileiros, com enfoque nas consequências psicossociais e físicas advindas destas experiências. A autora destaca o papel dos líderes como responsáveis por mobilizar e garantir a manutenção do equilíbrio entre o foco na missão e o bem-estar da tropa. Segundo a autora, as operações de manutenção da paz compartilham muitos fatores de estresse com a guerra; porém, com frequência há um grau menor de risco. Alguns fatores de estresse parecem ser mais acentuados em missões humanitárias ou de manutenção da paz do que em missões de combate; seriam eles: a falta de definição clara de deveres, responsabilidades e tarefas ou o tédio. Os fatores estressores preponderantes tendem a variar conforme as circunstâncias e contexto da missão.

Mendes (2013) também apresenta fatores que podem reduzir o efeito negativo do estresse,

tais como: as variáveis de personalidade e outras diferenças individuais; o nível de resiliência; o nível de desempenho e auto-eficácia; os treinamentos recebidos; e o aprimoramento no desempenho da liderança. A autora conclui com a sugestão de um programa de prevenção do estresse, nas fases de seleção, treinamento e acompanhamento da tropa (pré-desdobramento, durante a missão e após a missão) focado nas Operações de Paz.

Dessa forma destaca-se a importância do líder no TO e as implicações de sua atuação frente aos liderados. Segundo Seabra, Ferreira et al. (2015) quando um líder emprega conscientemente princípios e técnicas de liderança, ele precisa levar em conta as suas próprias características em termos físicos e psicossociais, o contexto e as circunstâncias que se apresentam no momento do exercício da liderança, assim como as variáveis referentes aos liderados ou seguidores. Algumas vezes, a fim de influenciar a sua equipe para alcançar os resultados desejados, o líder ainda tem que considerar, individualmente, cada um dos seguidores e suas condições específicas; ou seja, compreender o caráter evolutivo da mentalidade do seguidor, seus ideais e valores, motivações, aspirações e atitudes em conformidade com a natureza, intensidade e diversidade do fluxo informativo e das pressões da sociedade contemporânea.

Costa et al. (2015) destaca dois tipos de liderança: 1) liderança orientada pela tarefa que engloba aspectos como: a capacidade para compreender e analisar o ambiente operacional, a capacidade para tomar decisões rápidas, competência, conhecimento e experiência profissional, capacidade em fomentar o desempenho operacional dos subordinados, entre outros; 2) liderança orientada para as relações humanas, quando

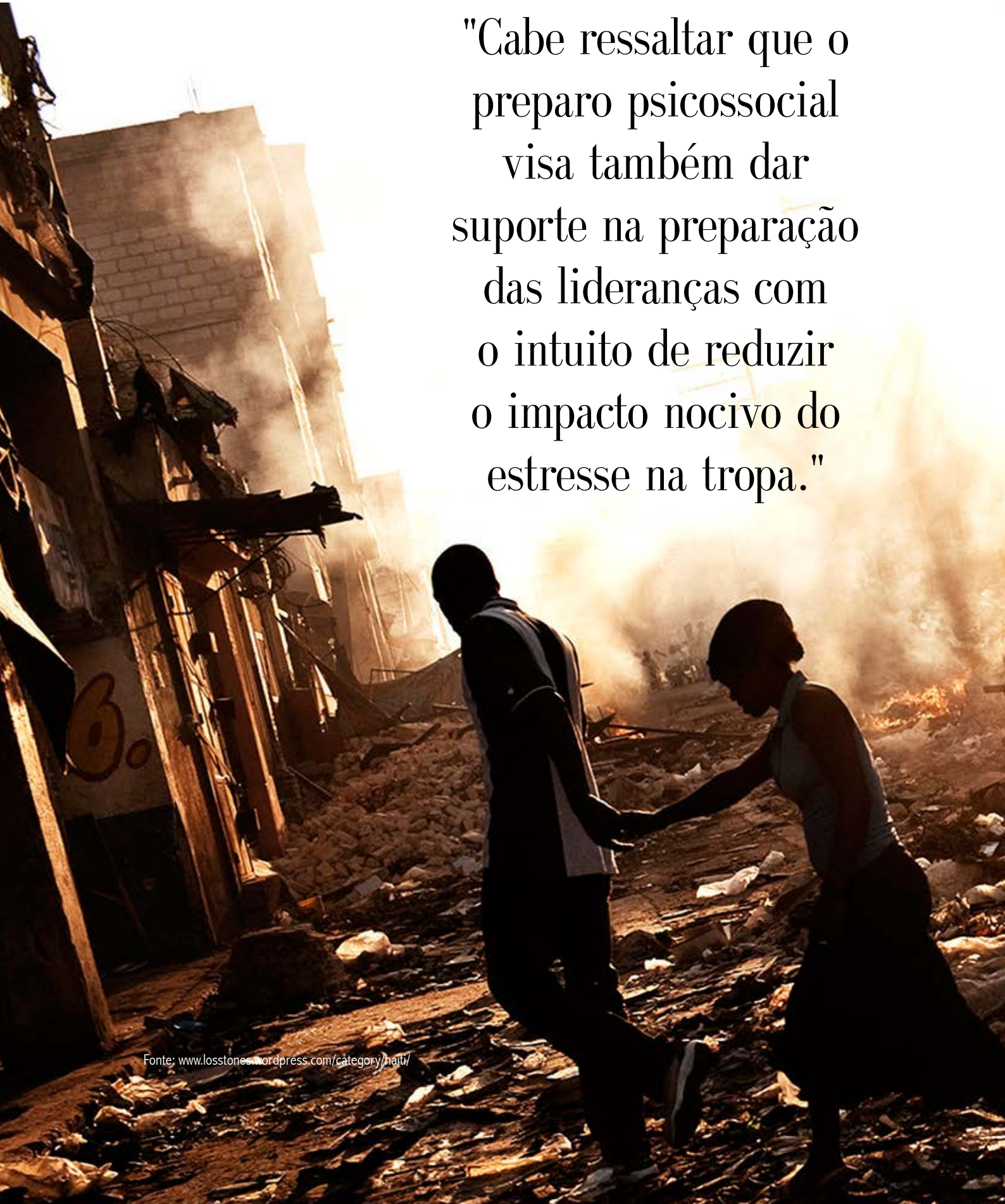
o líder apresenta: capacidade para motivar seus subordinados, para se comunicar, conhecimento das potencialidades, pontos fortes e fracos dos subordinados, ciência do nível de preparação e treinamento dos subordinadores, entre outras.

O líder militar, sob combate e extremo estresse, pode balancear o foco na tarefa com o foco nas relações humanas, adequando-se à situação e ao contexto vigente. Cabe ressaltar que a liderança sob estresse depende do fortalecimento da boa relação entre líder e liderado, consubstanciado no convívio diário, em que as competências do líder, em interação com as características organizacionais (cultura organizacional, recursos materiais e técnicos) e dos liderados tornam-se responsáveis pelo desenvolvimento de um forte sentimento de confiança dos liderados para com os seus líderes; tal sentimento contribui para a formação de uma boa relação que se retroalimenta, reforçando a boa atuação do líder e de sua tropa.

Sobre a relação entre liderança e estresse, Melo (2009) explora a influência da liderança no estresse ocupacional de subordinados. O estudo, realizado em meio civil, constata que o exercício da liderança transformacional possui correlação negativa com o desenvolvimento do estresse. Em suma, os dados demonstram que a ação do líder competente em termos técnicos, emocionais e sociais proporciona sentimento de confiança e apoio social a seus subordinados. Assim, o desempenho do líder pode funcionar como um importante fator de proteção em relação ao estresse dos liderados.

O contexto militar, tanto em tempos de guerra como de paz, é reconhecido como muito exigente em termos físicos e psicológicos. Elevados níveis de resistência física e resiliência psicológica são

"Cabe ressaltar que o preparo psicossocial visa também dar suporte na preparação das lideranças com o intuito de reduzir o impacto nocivo do estresse na tropa."



esperados do militar, para a eficácia e proteção pessoal e grupal. Quando não alcança os níveis necessários, o militar compromete a segurança e o desempenho profissional dele próprio e da sua equipe (ROSINHA e MATIAS, 2015).

A resiliência tem se mostrado um fator significativo de proteção para transtornos psicológicos. Cotian et al. (2014), revendo a literatura sobre resiliência psicológica e *hardiness* em militares, analisa 32 artigos relevantes que desenvolvem uma correlação entre resiliência/*hardiness* e aspectos psicossociais. Segundo os autores, as publicações confirmam o papel protetivo da resiliência/*hardiness* quanto ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e fazem uma associação direta entre resiliência e saúde. Entretanto, os autores destacam que existem poucos estudos relacionando este tema com a profissão militar.

Nessa publicação, é apresentado o conceito de resiliência, segundo a *American Psychological Association* (APA), definindo-a como “processo de adaptação bem-sucedido frente às adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou significantes fontes de estresse”. Quanto ao *hardiness*, os autores o descrevem como uma característica de alguns indivíduos resilientes, evidenciada pelas tendências em: acreditar e agir como se as experiências de vida fossem sempre previsíveis e controláveis; considerar situações potencialmente estressantes como desafios, e; comprometer-se com suas atividades.

Os autores destacam que Green et al. (2011) encontraram uma correlação negativa entre resiliência/*hardiness* e risco de desenvolvimento de TEPT, demonstrando que um alto nível de resiliência pareceu exercer papel particularmente protetor entre veteranos de guerra com alta exposição ao combate.

Por fim, os autores evidenciam que o estudo da resiliência militar tem o papel de aumentar a compreensão dos fatores a ela relacionados e fornecer subsídios para a criação de intervenções para a promoção de resiliência, contribuindo, assim, com todas as profissões de risco, civis ou militares, intensa e constantemente expostas a situações adversas.

Monteiro da Silva e Teixeira Jr. (2006) mostraram que a intensidade de estressores de Força Militar de Paz aumentou significativamente do Contingente I para o Contingente II da MINUSTAH. Todavia, os militares dos dois contingentes revelaram-se psicologicamente resilientes, em termos gerais, com baixos níveis de ansiedade, depressão e sintomas de estresse. Tais achados são congruentes com dados prévios de resiliência de militares britânicos da Força Aérea que participaram da Guerra do Iraque (HUGHES et al., 2005).

Metodologia

Ao término da missão e durante a quarentena prevista para exames de saúde, o CEP/FDC realiza a desmobilização psicossocial, que tem por objetivo contribuir com a reinserção do militar no ambiente familiar, social e profissional.

Durante a desmobilização dos contingentes da MINUSTAH, após o consentimento livre e informado, foram administrados aos militares os seguintes instrumentos de medida, todos apropriadamente inseridos em um caderno:

- Questionário sociodemográfico;
- Inventário de Estressores de Força Militar de Paz (IEFMP) – CEP/FDC;
- Escala de Reação de Estresse em Missão de Paz (EREMP), das Nações Unidas;

- Escala de Experiências Positivas em Missão de Paz (EEPMP) – CEP/FDC.
- Inventários de Depressão (BDI) e de Ansiedade (BAI) de Beck;
- Um espaço disponível de uma página para declarações voluntárias (Dados qualitativos).

O questionário sociodemográfico registrou o posto/graduação, gênero, idade, estado civil, filiação religiosa, entre outras variáveis sociodemográficas.

Foi empregada uma versão simplificada do Inventário de Estressores de Força Militar de Paz (IEFMP). O instrumento contém 48 itens de estressores seguidos de uma escala de 6 pontos (variando de 0 = não ocorrência do estressor; caso o evento tenha ocorrido sua intensidade pode variar de 1 = nada estressante até 5 = extremamente estressante). Potencialmente, o escore total do IEFMP, em termos da intensidade de estressores, varia de 0 a 240 (Monteiro da Silva & Teixeira Jr, 2006b). Escores mais altos indicam maior intensidade dos estressores. O instrumento também permite a identificação dos estressores mais intensos e frequentes da tropa de paz.

A Escala de Reações de Estresse em Missão de Paz (EREMP) foi desenvolvida pelas Nações Unidas para medir o nível de reação de estresse dos militares em missão de paz. O instrumento, que foi adaptado pelo CEP-FDC, contém dez itens seguidos de uma escala de três pontos (1 = nunca ou poucas vezes; 2 = às vezes; 3 = quase sempre ou sempre). O escore total pode variar de 10 a 30 pontos. Os pontos de corte relatados em manual da ONU (United Nations, 1995) especificamente para capacetes azuis indicam que: i) a reação de estresse é normal para um militar em missão de paz quando o escore total é menor

do que 15; ii) o nível de reação de estresse está acima do normal quando o escore total varia de 15 a 25; e iii) o nível de estresse é considerado elevado, se o escore total é superior a 25.

A Escala de Experiências Positivas em Missão de Paz – CEP-FDC (EEPMP) mede a intensidade de 12 experiências positivas relacionadas à missão de paz. Cada experiência é seguida de uma escala de 4 pontos (1 = nenhum impacto/efeito positivo, 4 = extremamente positivo). O escore total varia de 12 a 48. Com o instrumento, também é possível identificar as experiências mais positivas para a tropa de paz (Monteiro da Silva, 2009).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI, *Beck Depression Inventory*) é uma medida de autorrelato da depressão muito empregada na clínica e na pesquisa. Trata-se de uma medida que revela o nível de depressão do respondente. A adequação das propriedades psicométricas da versão em português brasileiro foi demonstrada em diversos estudos (Gorenstein & Andrade, 1998).

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI, *Beck Anxiety Inventory*) constitui uma das medidas mais utilizadas para a autoavaliação da ansiedade. Composta por 21 itens relacionados a sintomas de ansiedade, a medida indica o nível de ansiedade do respondente (Beck et al, 1988).

Cabe esclarecer que, nos quatro primeiros contingentes, era empregado o Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp (ISSL), que foi substituído pela Escala de Reação de Estresse em Missão de Paz (EREMP), a partir do V contingente da MINUSTAH. O ISSL está baseado no modelo de estresse de Hans Selye (1956) e em estudos de Lipp (2004), que acrescenta mais um estágio de estresse: quase-exaustão. Com a administração do instrumento podemos identificar o nível de estresse clínico do respondente: sem estresse; es-

tresse na fase de alarme; na fase de resistência; quase-exaustão, e; exaustão.

A partir do contingente XV da MINUSTAH foi acrescentado o *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist* (PCL), que é uma escala padronizada de autorrelato, com 17 itens que expressam sintomas-chave do TEPT. Os respondentes do PCL indicam quanto têm experimentado cada sintoma em uma escala de 5 pontos (1,2,3,4,5), no último mês. O instrumento foi desenvolvido por Weathers, Litz, Huska e Keane (1993) no *National Center for Post Traumatic Stress Disorder* nos Estados Unidos da América do Norte.

Acompanhamento pós-missão

No intuito de monitorar as condições psicossociais pós-missão do XI Contingente da MINUSTAH, que viveu o terremoto no TO, aproximadamente um ano após o seu retorno da missão de paz, 271 militares randomicamente selecionados receberam pelo correio uma carta/convite, o termo de consentimento livre e esclarecido e os seguintes instrumentos:

1. Questionário CAGE acrescido de outros quatro itens;
2. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (GHQ);
3. Escala PCL (Post-Traumatic Stress Disorder Checklist); e
4. Questionário Sociodemográfico e Itens Abertos de Natureza Qualitativa.

Foi solicitado aos participantes, caso assinassem o consentimento livre e esclarecido, que respondessem aos instrumentos e os retornassem ao CEP-FDC por via postal já paga com selos.

O questionário CAGE (acrônimo da língua inglesa referente aos seus quatro itens - *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*) é uma ferramenta útil e válida para a triagem de indivíduos com provável dependência de álcool. No Brasil, inicialmente, estudos de validação do CAGE foram realizados por Masur e Monteiro (1983) e por Capriglione et al. (1985). Os primeiros encontraram uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83%. Em outro estudo conduzido no Brasil, Paz Filho et al. (2001) concluíram que o questionário CAGE é um instrumento de fácil aplicação, de boa sensibilidade e especificidade quando usado em unidade de emergência, podendo detectar a dependência de álcool.

O Questionário de Saúde Geral de Goldberg (*General Health Questionnaire*, GHQ) é um dos instrumentos mais empregados para a medida de ansiedade e depressão, transtornos mentais comuns, que são frequentemente encontrados nas comunidades e nos serviços primários de saúde e não envolvem distúrbio psicótico. A ocorrência desses transtornos indica uma quebra no funcionamento mental normal do indivíduo. Tanto a versão mais longa de 60 itens do GHQ como a mais curta de 12 itens, empregada neste estudo, têm sido testadas e validadas no exterior (por exemplo, McCabe et al., 1996) e no Brasil (Gouveia et al., 2003; Mari & Williams, 1985).

Os resultados de estudos com a população brasileira indicaram que o GHQ-12 é uma medida bifatorial, ou seja, ela efetivamente mede os fatores de ansiedade e de depressão, e tem validade adequada (Gouveia et al., 2003; Mari & Williams, 1985).

Cada item do GHQ-12 é seguido de uma escala de resposta de quatro pontos. Segundo Mari

e Williams (1985), a resposta a cada item é categorizada em não sintomática (sintoma presente de jeito nenhum ou não mais do que de costume, codificada como “zero”) ou sintomática (sintoma presente mais que de costume ou muito mais que de costume, codificada como “um”). No GHQ-12 tem-se empregado um ponto de corte que envolve a ocorrência de sintomas em 3 ou mais itens (Alexandre et al., 2006), 4 ou mais itens (Mari & Williams, 1985), ou em 5 ou mais itens (Shidhaye & Patel, 2010) indicando a provável presença de um transtorno mental comum.

No presente estudo foi adotado um ponto de ocorrência de sintoma em 5 ou mais itens do GHQ-12 para indicar a provável presença de um transtorno de ansiedade ou depressão.

O instrumento *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist* (PCL), já descrito anteriormente, foi empregado no presente estudo na forma C (PCL-C) que é indicada para qualquer evento traumático, podendo ser administrada a qualquer população. Para avaliar com a escala PCL se o respondente apresenta TEPT, pode-se empregar os critérios do *Diagnostic Statistical Manual* (DSM) of *Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 2000, Berger et al., 2004).

Na escala que segue cada item, as respostas com os pontos ou categorias de 3 a 5 (médio ou maior) são considerados sintomáticos, enquanto aquelas com os pontos 1 e 2 (nada ou pouco) são classificadas como não sintomáticas.

Para o diagnóstico de TEPT, com base no DSM-IV, o respondente tem que:

- a) Ter uma resposta sintomática em pelo menos um item B (itens de 1 a 5);
- b) Apresentar resposta sintomática em pelo menos três itens C (itens de 6 a 12); e

- c) Mostrar resposta sintomática em pelo menos dois itens D (itens de 13 a 17).

Alguns autores também têm empregado o escore total ≥ 50 na escala PCL como um ponto de corte para a indicação de um provável quadro de TEPT em militares (Souza et al., 2008; Weathers et al., 1993; Weathers & Ford, 1996). Para a população civil, tem-se indicado um ponto de corte de ≥ 44 no escore total (Orsillo, 2001). No presente estudo foram adotados os critérios do DSM e do ponto de corte do escore total igual ou maior do que 50 na Escala PCL.

O Questionário Sociodemográfico registrou idade, gênero, posto/graduação, naturalidade, estado civil, filiação religiosa, com quem morava o militar (p.ex.: só, com esposa/companheira), e se o militar tinha ou não filho(s). Além disso, havia dois itens seguidos de uma escala de cinco pontos (1 = muito mal sucedida e 5 = muito bem sucedida) para a medida da reintegração na família e no trabalho.

Também foram apresentados aos respondentes cinco itens abertos. Dois dos itens envolviam a integração na família, outros dois a reintegração no trabalho e um disponível para o relato de qualquer outro assunto considerado importante pelo respondente.

Resultados

Inicialmente, serão apresentados os dados coletados antes do terremoto.

Dados Pré-catástrofe

Segue abaixo, na tabela 1, a prevalência de estresse clínico nos contingentes I, II, III e IV da MINUSTAH, com base no ISSL (Lipp, 2004).

Tabela 1: Prevalência e frequência de casos de estresse clínico (ISSL)

Contingente	Prevalência de Estresse Clínico			Nº Total
	Sem Estresse	Com Estresse	Estresse Avançado	
I	90,86% (835)	9,14% (84)	0,32% (3)	919
II	92,32% (818)	7,67% (66)	0,45% (4)	886
III	85,42% (744)	14,58% (127)	0,11% (1)	871
IV	87,82% (808)	12,17% (112)	0,32% (3)	920

Nos Contingentes V, VI, VIII, IX e X da MINUSTAH os níveis de reação de estresse encontravam-se normais para a maioria dos capacetes azuis brasileiros (tabela 2). Embora houvesse certa pre-

valência do nível de estresse acima do normal (variando de 39,87% a 9,74%), não ocorreram relatos de casos severos com demanda de suporte profissional imediato (tabela 2).

Tabela 2: Prevalência de Níveis de Reação de Estresse nos Contingentes V, VI, VIII, IX e X

Contingente	Níveis de Reação de Estresse				Total
	Normal	Acima do Normal	Elevado	Não Responderam	
V	533 (56,82%)	374 (39,87%)	0	31	938
VI	815 (85,34%)	93 (9,74%)	0	47	955
VIII	498 (78,92%)	98 (15,53%)	0	35	631
IX	781 (82,47%)	120 (12,67%)	0	46	947
X	784 (81,92%)	97 (10,14%)	0	76	957

* Devido a razões financeiras, o instrumento que mede níveis de reação de estresse não foi aplicado no Contingente VII.
Normal: < 15; acima do normal: 15 a 25; elevado 26 a 30.

No que diz respeito à ansiedade e depressão, os resultados mostraram baixas prevalências para todos os Contingentes da MINUSTAH de I a X (tabela 3). A prevalência mais alta de ansiedade moderada foi no Contingente III (1,42%), a mais alta de ansiedade elevada foi no Contingente IV (0,37%), e a prevalência mais alta de depressão foi, também, no Contingente IV (1,17%). As pre-

valências de depressão encontradas nos contingentes examinados sugerem uma maior resiliência dos capacetes azuis brasileiros, em comparação com a população geral, na qual a prevalência varia de 3% a 11%. Em suma, as prevalências de ansiedade e de depressão encontradas nos diversos Contingentes da MINUSTAH são bem mais baixas do que as da população geral.

Tabela 3: Frequência e prevalência de ansiedade e depressão por contingente (I – X)

Condições Psicológicas	Contingentes									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Ansiedade Moderada	12 (1,37)	8 (0,94)	11 (1,42)	10 (1,23)	10 (1,15%)	1 (0,11)	8 (0,88)	4 (0,65%)	6 (0,66%)	3 (0,32%)
Ansiedade Elevada	0 (0%)	2 (0,23%)	2 (0,26)	3 (0,37)	1 (0,11)	0 (0%)	2 (0,22%)	1 (0,16%)	0 (0%)	2 (0,21%)
Depressão	1 (0,37)	2 (0,23)	2 (0,27)	9 (1,17%)	2 (0,24)	0 (0%)	1 (0,11)	0 (0%)	2 (0,23)	2 (0,22%)

* Depressão: escore total varia de 0 a 63. Escores > 19, estimativa de possível depressão.

* Ansiedade: escore total varia de 0 a 63. Escores de 20 a 30, possível ansiedade moderada. Escores de 31 a 63, possível ansiedade severa.

Dados pós-catástrofe

O Contingente XI da MINUSTAH viveu condições extremas de estresse no TO. Refletindo as consequências adversas do terremoto, os integrantes desse contingente apresentaram significativamen-

te mais intensidade de estressores de Força Militar de Paz (FMP), nível de reação de estresse, ansiedade do que os militares do Contingente X, na sua desmobilização (tabela 4). A depressão foi marginalmente não significativa (tabela 4).

No Contingente XI, 18% da tropa (171 participantes da amostra total de 950 militares) relatou um nível de estresse acima do normal (tabela 5).

Tabela 4: Fatores psicossociais – comparação entre os Contingentes XI e X, média desvio-padrão, estatística t e valor -p

Variáveis	Contingente	Média	dp	t	p
Intensidade de estressores	XI	61,55	32,88	4,89	0,000
	X	53,18	31,61		
Reação de Estresse	XI	12,75	2,34	5,08	0,000
	X	12,23	1,91		
Ansiedade	XI	3,38	4,79	7,28	0,000
	X	1,96	3,42		
Depressão	XI	2,34	3,12	1,88	0,06
	X	2,06	3,17		

A tabela 6 ilustra a prevalência de ansiedade e depressão nesse contingente.

Tabela 5: Prevalência de níveis de reação de estresse – Contingente XI

Níveis de Reação de Estresse				Total
Normal	Acima do Normal	Elevado	Não Responderam	
729 (77,22%)	170 (18%)	01 (0,11%)	44	944

Escore Normal: abaixo de 15 | Acima do Normal: de 15 a 25 | Elevado: acima de 25

Tabela 6: Prevalência de ansiedade e depressão – Contingente XI

Ansiedade moderada	Ansiedade elevada	Depressão
17	1	2
(1,86%)	(0,10%)	(0,21%)

Dados do acompanhamento pós-missão

Dos 271 participantes iniciais, 50 (18,45%) retornaram o questionário preenchido por via postal. Todos concordaram em participar da pesquisa, autorizando o emprego de seus dados para análises, sem a sua identificação, conforme as normas éticas na pesquisa psicológica.

Dos 50 participantes, 42% (n= 21) se enquadravam no perfil operacional, de acordo com a sua função principal e tarefas ligadas direta-

mente à segurança (patrulhas, *check points*, segurança de autoridades, etc) *durante* a missão de paz, 30% (n=15) se descreveram como tendo um perfil de apoio (por exemplo: médico, dentista, intendente e outros) e 28% (n=14) um perfil da Engenharia (militares da arma de engenharia componentes da BRAENGCOY). A maior parte (74 %) era de casados e católicos (62%). A maioria (60%, n=30) era composta de sargentos e subtenentes (tabela 7).

A tabela 7 apresenta as distribuições das variáveis sociodemográficas.

Tabela 7: Distribuição das variáveis sociodemográficas

Variáveis	Porcentagem ou Média $\pm$ dp
Graduação/posto	18,0% soldados/cabos, 60,0% sargentos/subtenentes, 14,0% tenentes/capitães, 8,0% oficiais superiores
Nível de Instrução	2,0% fundamental incompleto, 14,0% 2º grau incompleto, 34,0% 2º grau completo, 16,0% superior incompleto, 34,0% superior completo
Estado civil	16,0% solteiros, 74,0% casados, 10,0% divorciados
Mora com	74,0% esposa/companheira, 16% com outros da família 4,0% só, 2,0% com amigos, 4,0% com estranhos
Idade	38,52 $\pm$ 8,34
Tradição Religiosa	62,0% católicos, 18,0% evangélicos, 16,0% espíritas 2,0% outras, 2,0% não especificaram

A análise do escore total de sintomas no GHQ apontou quatro militares (8% da amostra) com provável distúrbio de ansiedade ou depressão, de acordo com o critério: escore total de sintomas³ 5 (Shidhaye & Patel, 2010).

Houve concordância de 100% entre os dois critérios empregados para o rastreamento do TEPT com a Escala PCL, o do DSM (American Psychiatric Association, 2000; Berger et al., 2004) e o critério de um escore total ≥ 50 (Souza et al., 2008; Weathers et al., 1993; Weathers & Ford, 1996). Ambos os critérios apontaram três militares com provável diagnóstico de TEPT (6%). Ademais, dois desses três apresentavam comorbidade: também eram prováveis portadores de um distúrbio de ansiedade ou depressão, segundo dados do GHQ.

No que se refere à reintegração na família e no trabalho, as respostas indicaram que a maioria (92%) teve uma reintegração bem sucedida ou muita bem sucedida na família. Já no trabalho, 76% relataram uma reintegração bem sucedida ou muita bem sucedida.

Conclusões e Considerações Finais

Os dados coletados durante os procedimentos de desmobilização, quando do retorno da MINUSTAH, têm indicado que as prevalências de estresse clínico, níveis elevados de reações de estresse, TEPT, ansiedade e depressão, têm sido baixas em todos os contingentes. Esses resultados estão em concordância com os encontrados por Souza e cols (2008), que indicaram uma baixa prevalência de TEPT (1,4%) no segundo contingente brasileiro da MINUSTAH. Ainda foi mais baixa a prevalência de TEPT

encontrada no XV Contingente da MINUSTAH: 0,28%, com o emprego da Escala PCL, na desmobilização pelo CEP-FDC.

Os resultados, então, mostram uma baixa prevalência de transtornos psicológicos ao término da missão, sugerindo a resiliência dos militares ao lidar com os estressores da missão de paz.

Todavia, os dados sugerem um possível efeito deletério do terremoto nas condições psicossociais da tropa de paz: os integrantes do Contingente XI mostraram significativamente mais intensidade de estressores de FMP, nível de reação de estresse, ansiedade, e, marginalmente, de sintomas depressivos; em comparação com os militares do Contingente X, o anterior. Tal fenômeno nunca fora observado antes, um aumento significativo em vários fatores psicossociais de um contingente para o outro. Cabe considerar as ressalvas relativas ao delineamento do estudo de natureza não experimental, tratando-se de um levantamento.

Além do mais, os resultados qualitativos do CEP/FDC, referentes aos dados coletados na desmobilização do XI Contingente, mostraram que o cataclisma de 12 de janeiro de 2010 provocou grande impacto no Contingente XI. Houve uma reação imediata de pesar e solidariedade para com o povo haitiano e colegas militares. Surgiu também um sentimento positivo por ter feito algo para ajudar e por colocar em prática o aprendido em instruções e treinamentos. A experiência de ter sobrevivido ao terremoto trouxe também expectativas e dúvidas quanto ao futuro: como será que irão reagir ao longo do tempo? De acordo com os relatos, o terremoto ocasionou um grande impacto físico, estrutural e emocional, abalando as posições hierárquicas e evidenciando certas características dos militares através das atitudes e comportamentos demonstrados durante e após o terremoto.

Embora as prevalências de transtornos não tenham sido elevadas, as consequências são bastante nocivas para os militares envolvidos, suas famílias, redes sociais e o EB. Portanto, medidas de cuidado se fizeram e são necessárias.

Para alguns militares, o impacto foi tão significativo que apenas declararam que não conseguiam “falar sobre o ocorrido no dia 12 de janeiro de 2010”. O fato do militar não querer abordar e evitar o evento traumático poderia ser um indicativo de problema ou transtorno associado com o estresse extremo.

O relatório psicossocial do CEP-FDC “MINUSTAH: Condições Psicossociais do Contingente I ao XI, Que Viveu o Terremoto”, recomendou especial atenção e acompanhamento psicossocial pós-missão, principalmente, para o Contingente XI.

Gil (2008) verificou que a prevalência do estresse clínico aumentou significativamente dos contingentes I para III, I para IV, II para III, II para IV. Em contrapartida, não houve diferença do I para II e do III para o IV. Esses resultados sugerem que os contingentes da MINUSTAH mais envolvidos em confrontos (III e IV) apresentaram maior estresse clínico.

O trabalho já desenvolvido pelo CEP-FDC atua com foco na prevenção primária e secundária. A prevenção primária procura eliminar ou reduzir substancialmente os riscos no contexto de trabalho e promover um ambiente de trabalho saudável. Isso implica no desenvolvimento de ações para reduzir ou eliminar fontes de estresse no ambiente de trabalho e, portanto, minimizar o impacto negativo do estresse no indivíduo.

A prevenção secundária parte de uma detecção precoce de problemas psicossociais e procura reduzi-los, ou seja, incide sobre militares que

já mostram alguns sinais de *distress* ou mal-estar, e pretende aumentar a sua capacidade para lidar com esses problemas.

Com base nas evidências relacionadas à prevalência de possíveis transtornos relacionados às condições psicossociais da tropa de paz brasileira no Haiti, considera-se de extrema importância a sistematização do trabalho de preparação psicossocial para todos os contingentes. Este trabalho colabora na identificação de possíveis problemas ligados ao estresse e seus desdobramentos, bem como possibilita desenvolver melhores estratégias na tentativa de minimizar as variáveis que tendem a desencadear tais fatores.

Cabe ressaltar que o preparo psicossocial visa também dar suporte na preparação das lideranças com o intuito de reduzir o impacto nocivo do estresse na tropa.

Para a organização de planos de ação que atendam à necessidade de cada contingente da MINUSTAH, é possível encontrar evidências nos estudos e levantamentos das condições psicossociais realizados no acompanhamento de contingentes anteriores.

A evidência pode ser entendida como algo que fornece provas. A qualidade da evidência é atribuída pela sua validade e relevância. Isso quer dizer que, antes de se usar uma informação numa decisão, ela deve ser avaliada quanto à sua efetividade, relevância e aplicabilidade na situação em questão (CRUZ e PIMENTA, 2005).

Destaca-se que o processo de acompanhamento pós-missão é de fundamental importância para monitorar as condições psicológicas dos militares, evidenciadas de acordo com cada contexto. Dessa forma, destacamos quão relevante é a intensificação de estudos e pesquisa na área para apoiar as diretorias, os departamentos e os

demais órgãos de decisão superior sobre as melhores condições para o emprego da tropa no TO.

As atividades de avaliação e de apoio psicossociais visam verificar o nível de estresse atingido pela tropa, detectar e antecipar as soluções para eventuais problemas individuais e de relacionamento pessoal, familiar e profissional e levantar dados que possam embasar a seleção de militares para o próximo contingente e em futuros empregos de tropa em missões de paz (Comando de Operações Terrestres – COTER, 2012).

Por fim, este estudo também aponta a necessidade de interação entre as forças militares que compõem o contingente brasileiro na MINUSTAH (Marinha, Aeronáutica, Exército e Forças Auxiliares), buscando estabelecer uma parceria na investigação da eficácia de procedimentos psicossociais e na construção de instrumentos adequados aos militares, que possam monitorar as condições dos capacetes azuis durante a permanência destes profissionais em missões de paz.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC.
- ASMUNDSON GJG, STEIN MB, McCREARY D. Posttraumatic stress disorder symptoms influence health status of deployed peacekeepers and nondeployed military personnel. *J Nerv Ment Dis* 2002, 190(12): 807-15.
- BECK, A. T., EPSTEIN, N., BROWN, G. & STEER, R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 56, n. 6, 1988, 893-897.
- BERGER, W., MENDLOWICZ, M. V., SOUZA, W. F. & FIGUEIRA, I. (2004). Equivalência semântica da versão em português da Post-traumatic stress disorder checklist – civilian version (PCL-C) para rastreamento do transtorno do estresse pós-traumático. *Revista de Psiquiatria*, 26(2), 167-175.
- BOLTON, E. E, GLENN, M. D., ORSILLO, S., ROEMER, L. & LITZ, B. T. (2003). The relationship between self-disclosure and symptoms of posttraumatic stress disorder in peacekeepers deployed to Somalia. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 203-210.
- CAPRIGLIONE, M. J., MONTEIRO, M.G. & MASUR, J. (1985). Aplicação do questionário CAGE para detecção da síndrome de dependência do álcool em 700 adultos na cidade de São Paulo. *Revista Associação Brasileira de Psicologia*, 7, 50-53.
- COTIAN, M S; VILETE, L; VOLCHAN, E; FIGUEIRA, I. Revisão sistemática dos aspectos psicossociais, neurobiológicos, preditores e promotores de resiliência em militares. *J Bras Psiquiatr*. 2014; 63(1): 72-85.
- CRUZ, D A L M; PIMENTA, C A M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-am. Enfermagem* 2005; 13(3):415-22.
- ENGDAHL B, EBERLY R. Assessing PTSD among veterans exposed to war trauma 40-50 years ago. *NCP Clinical Quarterly* 1994, 4(1): winter.
- GORENSTEIN, C. & ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas

da versão em português. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 25, n. 5, 1998, 245-250.

GIACOMONI, C H; HUTZ, C S. Escala de afeto positivo e negativo para crianças: estudos de construção e validação. Psicol. Esc. Educ. (Impr.). Campinas, v. 10, n. 2, p. 235-245. Dezembro, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572006000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 07 set. 2015

GIL, D. D. B. Força Militar de Paz no Haiti (MINUSTAH): Stress e Estressores dos Quatro Primeiros Contingentes Brasileiros, Dissertação de Mestrado, UFRJ – Programa de Pós-graduação em Psicologia, 2008.

GOUVEIA, V. V., CHAVES, S. S. S., POSSATTI DE OLIVEIRA, I C., DIAS, M. R., GOUVEIA, R. S. V & ANDRADE, P. R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: Estudo de sua validade de construto. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 9(3), 241-248.

GUIMARO, M S, CAIUBY, A. V, SANTOS, O F P, LACERDA, S. S., ANDREOLI, S B. Sintomas de estresse pós-traumático em profissionais durante ajuda humanitária no Haiti, após o terremoto de 2010. Ciência & Saúde Coletiva, 18(11), p. 3175-3181, 2013.

HUGHES, J. H. et al. Going to war does not have to hurt: preliminary findings from the British deployment to Iraq. The British Journal of Psychiatry, v. 186, p. 536-537.

LIPP, M. E. N. O diagnóstico do stress em adultos. In: O Stress no Brasil: pesquisas avançadas, Lipp, M. E. N. (Org). Campinas: Papirus, 2004.

MCCABE, C. J., THOMAS, K. J., BRAZIER, J.E., COLEMAN, P. (1996). Measuring the mental health status of a population: a comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5). British Journal of Psychiatry (169), 516–521.

MARI, J. J. & WILLIAMS, P. A (1985) comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. Psychological Medicine, 15, 651-659.

MASUR, J & MONTEIRO, M. (1983). Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 16, 215-218.

MELO, W F. (2009) A Influência da Liderança Transformacional no Estresse de Subordinados. Trabalho apresentado em: II Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho; Curitiba, PR, Brasil. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnGPR/engpr_2009/2009_ENGPR75.pdf> Acessado em: 23/09/2015.

MENDES, D M C. O estresse e os militares em missão de paz: a política de suporte social e psicofísico aos militares / Contra-Almirante (Md) Dalva Maria Carvalho Mendes. - Rio de Janeiro: ESG, 2013. Disponível em: <<http://www.esg.br/images/Monografias/2013/MENDESD.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2015.

MONTEIRO DA SILVA, A. M. (2010). A disciplina psicológica. Em Ciências militares em foco, pp. 113-146. Rio de Janeiro, Centro de Estudos de Pessoal e Forte Duque de Caxias.

MONTEIRO DA SILVA & TEIXEIRA Jr JC. Estressores e reações de estresse em tropas de paz brasileiras no Haiti: um estudo comparativo entre os contingentes I e II. Coletânea de Artigos Científicos – 2006. GOMES JC & SCHAFFEL (orgs). Rio de Janeiro: CEP, 2006a, p. 106-18.

MONTEIRO DA SILVA & TEIXEIRA Jr JC. Military Peace Force Stressor Inventory: Development and Psychometric Properties In: 48th International Military Testing Association Conference, 2006, Kingston, Canada. Proceedings of the 48th IMTA Conference, 2002b.

MONTEIRO DA SILVA, A M. Avaliação de estressores de Força Militar de Paz, experiências positivas e moral: um estudo do VII Contingente do Exército Brasileiro em missão de paz das Nações Unidas no Haiti. Avaliação: uma questão em aberto. GOMES JC & SCHAFFEL S (orgs). Rio de Janeiro: CEP, 2008, p. 75-91.

MONTEIRO DA SILVA, A M et al. Inventário de estressores de Força Militar de paz: desenvolvimento e propriedades psicométricas. GOMES, JC & SCHAFFEL, S (orgs). Coletânea de artigos científicos. Rio de Janeiro: CEP, 2005, p. 45-54.

MONTEIRO DA SILVA, A M. Correlatos de satisfação na missão de paz no Haiti: Experiências positivas, moral, preparação e apoio. Jornada de Psicologia da Marinha: Coletânea de Textos, 2009, p. 33-39.

ORSILLO, S. M. (2001). Measures for acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. In M.M.

Antony & S.M. Orsillo (Eds.), Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety (pp. 255-307). New York: KluwerAcademic/Plenum.

ORSILLO, S.M., ROEMER, L., LITZ, B.T., EHLICH, P., & FRIEDMAN, M.J. (1998). Psychiatric symptomatology associated with contemporary peacekeeping: An examination of postmission functioning among peacekeepers in Somalia. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 611 –625.

PAZ FILHO, G. H., SATO, L. J., TULESKI. M. J., TAKATA, S. Y., RANZI, C. C. C., SARUHASHI, S. Y. & SPADONI, B. (2001). Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev Ass Med Brasil*, 47, 65-69.

ROSA SE, NEVES EB. Prevalência de desordens psicológicas e processo de seleção dos militares brasileiros para as forças de manutenção da paz no Timor Leste. *Giro do Horizonte* 2009, 2(1): 20-9.

ROSINHA, A.P. e MATIAS, L.J.S. Casos de liderança em contexto militar: a prática à luz da teoria. Instituto de Estudos Superiores Militares. Lisboa, 2015. p. 215 a 245.

SHIDHAYE R, PATEL V. Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(6):1510-1521.

SELYE, H. The stress of life. New York: McGraw-Hill, 1956.

SOUZA, W F; FIGUEIRA, I; MENDLOWICZ, M V; VOLCHAN, E; MENDONÇA-DE-SOUZA, A C; DUARTE, A F A; MONTEIRO DA SILVA, A M; PORTELLA, C M; J. MARI, J; COUTINHO, E S F. Negative affect predicts posttraumatic stress symptoms in brazilian volunteer United Nations Peacekeepers in Haiti. The Journal of Nervous and Mental Disease. v 196, n 11, p. 852-855. November, 2008.

SUTTER, Christina; KING, Ananda Melo. Vivendo sobre escombros: qualidade de vida no Haiti Pós-terremoto. Salud & sociedad, v. 3, no. 3. p. 235 – 249. Setembro - Dezembro, 2012.

UNITED NATIONS. Stress Management Booklet. Department of Peacekeeping Operations, Office of Planning and Support. New York, 1995.

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.

WEATHERS, F. W., & FORD, J. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL-C, PCL-S, PCL-M, PCL-PR). In: B.H. Stamm, Editor, Measurement of stress, trauma, and adaptation, Sidran Press, Lutherville, MD.



1º Ten Maria Auxiliadora Salcedo Giolo
Mestranda em Psicologia - UFRJ

1º Ten Daniela Vergueiro
Mestre em Psicologia PUC-RIO