

**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
ENSP/Fiocruz**

Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde
(DEMQS)

**SINTOMAS DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM MILITARES
BRASILEIROS EM MISSÃO DE PAZ NO HAITI.**

WANDERSON FERNANDES DE SOUZA

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente da Escola Nacional de Saúde Pública, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Evandro da Silva Freire Coutinho

Co-orientador: Prof. Ivan Luís Vasconcelos Figueira
Doutor em Psiquiatria

RIO DE JANEIRO

Março/2007

SINTOMAS DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM MILITARES BRASILEIROS EM MISSÃO DE PAZ NO HAITI.

WANDERSON FERNANDES DE SOUZA

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente da Escola Nacional de Saúde Pública, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências.

Aprovada por:

Prof. Evandro da Silva Freire Coutinho
Doutorado em Saúde Pública

Prof. Ivan Luís Vasconcelos Figueira
Doutorado em Psiquiatria

Prof.^a Eliane Volchan
Doutorado em Ciências Biológicas

Prof. Mauro Vitor Mendlowicz
Doutorado em Psiquiatria

Rio de Janeiro
Março/2007

Souza, Wanderson Fernandes

Sintomas de Estresse Pós-Traumático em Militares Brasileiros em Missão de Paz no Haiti/ Wanderson F. Souza.
- Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2007.

53 p.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública: Epidemiologia)
Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP- Fiocruz.

Orientadores: Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho;
Prof. Dr. Ivan Luís Vasconcelos Figueira.

1. Transtorno de estresse pós-traumático 2. Personalidade
3. Epidemiologia 4. Força de Paz 5. Afeto Negativo I. Título
II. Coutinho, Evandro da Silva Freire III. Figueira, Ivan Luís
Vasconcelos

Para Gel, minha família e meus amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os meus amigos da ENSP por fazerem as tardes em frente ao computador mais divertidas e por todas as caipirinhas e chopes depois das provas.

A todos os membros do departamento de pesquisa de transtornos relacionados ao estresse que, apesar do pouco tempo de criação, tem se mostrado um grupo unido e divertido.

Ao Professor Ivan Figueira, por estar sempre disponível a ensinar, por todos os artigos enviados e por todos os elogios de incentivo.

Ao professor Evandro Coutinho, pela excelente capacidade didática, pela preocupação, pela paciência e pelas inúmeras ajudas ao longo do mestrado.

Ao professor Mauro Mendlowicz, por mostrar que você sempre pode escrever melhor um artigo e por ser uma enciclopédia ambulante.

A professora Eliane Volchan, por inúmeras observações pertinentes e por ter aberto meus olhos para o mundo dos afetos positivos e negativos.

Aos amigos do Exército, Professora Ângela Monteiro da Silva e Major Duarte, responsáveis pelos dados coletados e pessoas sem as quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

A tantos outros que injustamente não terão seus nomes citados, mas que foram importantes no meu desenvolvimento como aluno e pesquisador.

RESUMO

A exposição a situações de estresse agudo e as situações de risco de vida experimentadas diretamente ou presenciadas faz parte das atividades envolvidas em missões de paz. Entretanto, as conseqüências sobre a saúde mental de militares decorrentes da exposição a diferentes estressores ainda são pouco conhecidas.

Problemas mentais são resultados previsíveis em situações de guerra e ao que tudo indica, não são incomuns no trabalho de força de paz. Devido à natureza das atividades envolvidas no serviço de tropas militares de paz, este grupo se apresenta como um grupo de risco para o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

O objetivo deste trabalho foi o de fazer uma revisão do que existe na literatura acerca da prevalência de TEPT nesta população e, a partir de uma coorte de 138 militares brasileiros em missão de paz no Haiti, tentar identificar possíveis fatores de risco para o desenvolvimento destes sintomas, através de escalas auto-aplicáveis.

Apesar de a literatura internacional apresentar uma prevalência de TEPT atual variando entre 2% e 11%, na nossa amostra de militares brasileiros, a prevalência de TEPT foi de apenas 1,4%. Esta diferença nas estimativas talvez seja explicada tanto pela natureza das diferentes missões como também pelo fato de que os estudos utilizam diferentes instrumentos para o rastreamento do diagnóstico de TEPT.

Utilizando um desenho de pesquisa longitudinal foi possível identificar que tanto o número de situações estressante vividas durante o serviço no Haiti quanto um traço de personalidade conhecido como afeto negativo, ambos se mostraram como fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático. Tendo sido encontrada inclusive uma interação entre estas duas características, o que sugere que a presença de altos escores de afeto negativo antes da missão é capaz de promover um aumento nos sintomas de TEPT entre aqueles que são expostos a situações de estresse.

A identificação de fatores de risco é fundamental para o desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção nesta população. Apenas conhecendo melhor estes fatores e o desenvolvimento destes sintomas seremos capazes de proteger tais indivíduos dos efeitos deletérios das atividades de missão de paz.

ABSTRACT

The exposure to situations of acute stress and life risk experienced both directly or indirectly is part of peacekeeping mission activities. However, the consequences of this exposure over the mental health of peacekeepers are not completely known.

Mental health problems are a predictable result of war deployment and, as far as it seems, they are not unusual among peacekeepers. Due to the nature of their activities in peacekeeping missions, this group may be considered as a risk group for the development of posttraumatic stress disorder (PTSD).

The objective of this study was to make a review about the prevalence of PTSD among peacekeepers and, by analyzing a cohort of 138 Brazilian peacekeepers deployed to a UN mission in Haiti, try to identify possible risk factors to the development of these symptoms using self-reported scales.

Despite the international literature presenting an actual PTSD prevalence ranging from 2% to 11%, our sample of Brazilian personnel presented a 1.4% PTSD prevalence. The varying rates may be explained both by the different characteristics of peacekeeping missions and also by different scales for PTSD screening.

By performing a longitudinal study design it was possible to identify that the number of stressful situations experienced during deployment in Haiti and a personality trait known as negative affect, both of them were risk factor for the development of posttraumatic stress symptoms. It was also found an interaction between these two characteristics that suggest that the presence of high negative scores before mission were capable of promoting an increase in PTSD symptoms among those exposed to stressful situations.

The identification of risk factors is fundamental to the elaboration of prevention and intervention programs in this population. Only by learning more about the risk factor and development of these symptoms we may be capable to protect those individuals from the deleterious consequences of peacekeeping duty.

SUMÁRIO

1) Introdução	10
1.1)O Transtorno de Estresse Pós-Traumático	11
1.2) Força/Tropa Militar de Paz	11
1.3) Conseqüências do Trabalho em Forças Militares de Paz	12
1.4) Fatores de Risco/proteção para o TEPT em Forças de Paz	15
2) Relevância	16
3) Materiais e Métodos	17
3.1) Desenho dos Estudos.....	17
3.2)Participantes.....	17
3.3)Aspectos Éticos.....	17
4) Bibliografia	18
Anexo 1: Artigo 1.....	22
Anexo 2: Artigo 2.....	32
Anexo 3: Escala PANAS.....	44
Anexo 4: Questionário PCL-M.....	45
Anexo 5: Questionário IEFMP.....	48

1) INTRODUÇÃO

Uma grande variedade de problemas psiquiátricos e outras condições psicológicas têm sido relatadas após missões de paz como o transtorno de estresse agudo, depressão, alcoolismo, abuso de substâncias e, especialmente, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). O TEPT é uma doença psiquiátrica frequentemente encontrada em militares após suas missões e acredita-se que seja o problema mental mais comum entre os soldados americanos que retornam do Iraque atualmente ¹.

Durante as duas grandes guerras e a guerra do Vietnã, foram descritas síndromes similares ao que hoje conhecemos como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Alguns termos como "coração irritável", "neurose de combate" e "fadiga operacional" foram utilizados para descrever o quadro de agitação psicomotora, hipervigilância e hiperestimulação fisiológica resultantes de graves traumas psicológicos. Estes sintomas foram observados tanto em veteranos quanto em civis (p.ex. sobreviventes dos campos de concentração nazistas e das bombas atômicas no Japão).

Apesar de existirem características particulares que diferenciem as missões de paz de operações militares tradicionais, militares em tropas de também são frequentemente expostos a situações traumáticas, fazendo deste, um grupo de risco para o desenvolvimento do TEPT. Desde os anos 90, o número de operações militares internacionais tem aumentado ao redor do mundo. A Organização das Nações Unidas (ONU) criou 18 (dezoito) missões de força de paz até o fim dos anos 80, mas a década subsequente observou a criação de 35 (trinta e cinco) novas missões. Após o Prêmio Nobel da Paz ter sido dado, em 1988, às operações de paz, o número total de militares mortos neste tipo de missão mais do que dobrou na última década. Portanto, o número de operações de força de paz tem crescido e, apesar do interesse científico também ter crescido a respeito deste tópico, ele não parece acompanhar a velocidade da criação de novas missões.

1.1) O Transtorno de Estresse Pós-Traumático

O transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma doença psiquiátrica 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) ².

De acordo com a versão mais recente do DSM ³, 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. Dentre os diversos sintomas que constituem o diagnóstico estão os sintomas de: (1) revivescência do trauma, onde a pessoa pode passar a ter pesadelos ou flashbacks dissociativos que recordem o trauma; (2) Esquiva a estímulos que relembram o trauma e distanciamento afetivo; e (3) Hiperestimulação autonômica, caracterizado por irritabilidade, dificuldade em conciliar ou manter o sono e dificuldade para concentra-se. O DSM-IV também considera o fato de um indivíduo ter ouvido falar ou presenciado um evento traumático (vítimas secundárias) como um possível estressor capaz de provocar o TEPT.

1.2) Força/Tropa Militar de Paz

As forças militares de paz foram criadas para ajudar países em conflito a criarem condições de manter a paz nestes territórios. Através de uma perspectiva histórica, podemos 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 atividade servia como um meio para se resolver conflitos entre Estados através do emprego de forças militares que agiam desarmadas ou levemente armada e eram 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 previamente

concordavam 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 cada vez maiores e mais complexas. Cada vez mais, estas novas missões passaram a envolver características não militares. Em 1992, foi criado o Departamento de Operações de Forças de Paz (UN Department of Peacekeeping Operations - DPKO) para auxiliar a criação de novas missões. Estas novas missões não só eram mais complexas e incluíam aspectos não militares como nem todas elas estavam sendo apoiadas pelas forças políticas envolvidas. Algumas missões mal sucedidas, especialmente na Bósnia e Ruanda em 1994-1995 evidenciaram a necessidade de uma reavaliação das missões de paz da ONU. Esta reavaliação foi feita em Março de 2000 quando foi criado o “Brahimi Report”, um documento que fornecia algumas diretrizes para aquilo que seria considerada uma missão bem sucedida.

Diferente de uma operação de guerra, as operações de paz exigem diferentes papéis por parte dos militares envolvidos. Eles podem trabalhar dando suporte às eleições, fazer serviços de ajuda humanitária ou até mesmo fazer o trabalho de força policial. 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.

Apesar do caráter de paz das missões, estes militares podem muitas vezes acabar sendo atacados com armas de fogo. Tentando lidar com este problema, a ONU passou a permitir o uso de armas para deter conflitos. Apesar do uso de armas ser permitido, o uso deste tipo de força é enfaticamente colocado como um último recurso disponível que só deve ser usado quando nenhuma outra solução é possível. Sendo o último recurso ou não, 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.

1.3) Conseqüências do Trabalho em Forças Militares de Paz

Weisaeth 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 ⁴. Enquanto estão em combate, os militares são capazes de liberar sua

agressividade através de atos de destruição, o que é proibido em forças de paz. Esta agressividade reprimida tem sido considerada a responsável por intensa frustração neste grupo ⁵. Essa idéia foi corroborada em um estudo clínico que mostrou que a raiva parece ser um grave problema nestes grupos uma vez que membros de tropas de paz parecem relatar mais raiva inicial e menor redução desta característica após tratamento quando comparados a veteranos de guerra do Vietnã ⁶. Este mesmo estudo também identificou a raiva como um preditor para TEPT entre os membros de força de paz, mas não entre os veteranos do Vietnã. Um segundo trabalho também encontrou uma associação entre a necessidade de conter a agressividade e o desenvolvimento do TEPT ⁷.

Aproximadamente a metade de um grupo de 3461 Militares de Força de Paz dos Estados Unidos relatou sentir-se consideravelmente frustrado como consequência de não poderem reagir durante tarefas perigosas e ao lidar com mudanças das regras de como fazer uso da força. Nesta amostra, a separação dos amigos e da família e a impossibilidade de reação apareceram mais frequentemente como um fator de incomodo que o fato de estar em um outro país ou ver pessoas famintas nas ruas ⁸.

Estudos com forças de paz têm dado importância a alguns estressores que podem ser chamados de estressores de baixa magnitude (Low Magnitude Stressors). Este tipo de estressor tem se mostrado importante no desenvolvimento de TEPT em veteranos de guerra e tem recebido considerável atenção em estudos de tropas de paz ⁹. Esta variável está associada a uma série de situações estressantes que não são necessariamente perigosas, mas causam desconforto e dificultam o trabalho de paz. Ela engloba fatores como a exposição a um ambiente hostil, dieta ruim, saudade de casa e o perigo de contrair uma doença. 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 ¹⁰. A importância destes estressores foi confirmada em um estudo com militares de força de paz em serviço no deserto do Saara que foram 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 ¹¹.

Tantas conseqüências negativas ao trabalho militar de paz coloca em dúvida a adequação do uso de soldados como agentes humanitários. Litz et al. já ressaltara esta questão ao intitular seu artigo como “Warriors as Peckeepers” (Guerreiros como Mantenedores da Paz) assim como o Secretário Geral da ONU ao citar que o trabalho de força de paz não é um trabalho para soldados, mas que apenas estes o podem fazer ⁷. Militares enviados a estas missões procuram uma oportunidade de colocar em prova seu treinamento e podem tornar-se muito frustrados quando se deparam com situações onde são forçados a manterem uma postura passiva. Mas a frustração deste tipo de atividade também pode ser decorrente de outras situações como a impotência ao ser confrontado com a violência local ou a fome da população. 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 ¹². Entretanto, quando existe maior risco de vida, estes militares estão mais propensos a vivenciarem problemas mais graves como o desenvolvimento de TEPT ¹⁰. Um exemplo disso foi a “Operation Uphold Democracy” no Haiti, que mudou seu papel de combate para ocupação de manutenção de paz apenas algumas horas antes das tropas aterrissarem no Haiti. Os soldados revelaram intensa frustração com a mudança e o início da missão foi marcado por altos índices de transtornos mentais sendo apresentados, especialmente depressão, três casos de suicídio nos primeiros 30 dias, mas nenhum novo caso de TEPT ^{5,13}.

Apesar da extensa lista de possíveis conseqüências ao trabalho militar de paz, as missões devem ser avaliadas individualmente. Como ressaltado por Shigemura et al., muitos sintomas diferentes podem ser encontrados em militares de paz, pois os estressores também podem variar muito tanto em quantidade quanto em sua natureza em diferentes missões ¹⁴. Quando o objetivo da missão é o de prover ajuda humanitária, o número de possíveis combates com arma de fogo ou situações de claro risco de vida é bem diferente de quando a característica da missão é reforçar a lei em uma região de conflito. Entretanto, acredita-se que existam alguns fatores de risco em comum entre diferentes missões de paz e é importante identificá-los para que isto possa nos ajudar no treinamento das pessoas envolvidas e na prevenção e tratamento das conseqüências do trabalho em tropas de paz.

1.4) Fatores de Risco/proteção para o TEPT em Forças de Paz

A literatura acerca das forças militares de paz tem destacado alguns possíveis fatores de proteção e de risco para o desenvolvimento de psicopatologias, entre elas o TEPT. O nível de engajamento na missão, por exemplo, parece funcionar como um efeito de proteção para o desenvolvimento de psicopatologias. Em uma amostra de 1181 soldados dos Estados Unidos em missão de paz, aqueles menos engajados tenderam a apresentar maior sintomatologia ¹⁵. Uma possível explicação levantada pelos autores seria o fato de que estes indivíduos estariam mais propensos a verem seu trabalho como uma atividade importante e contextualizada, e isto poderia servir como uma forma de compensar um ambiente estressante. Soldados que relatam serem capazes de encontrar significado nas atividades exercidas durante a missão de paz são mais propensos a relatarem terem obtido benefícios com a operação ^{16,17}.

O espírito de coesão e moral da tropa parecem ser fatores importantes para evitar o desenvolvimento de sintomatologias. Orsillo et al. observou o orgulho militar e o espírito de coesão como fatores importantes em missões de paz ⁸. Estas características foram consideradas mais recompensadoras que a exposição a uma nova cultura. Reconhecer a autoridade de seus líderes também de revelou como um fator de proteção em um grupo de militares em força de paz ¹⁷.

A percepção da missão também parece ser um fator importante na determinação do desenvolvimento de sintomas de TEPT. Um estudo chegou a relatar que a percepção positiva da missão 15 semanas após o retorno funcionou como fator de proteção ao desenvolvimento de TEPT 18 meses após a missão ¹⁸.

Dividir suas experiências com outras pessoas também parece funcionar como um fator de proteção para o desenvolvimento de sintomas de TEPT. Entre 426 membros de força de paz dos Estados Unidos, 16% disseram ter discutido sobre suas experiências na Somália com alguém. O fato de ter falado sobre suas experiências com outras pessoas mostrou-se associado a menor severidade do TEPT ¹⁹.

Além do claro fator de risco caracterizado pela exposição a combate, algumas outras características têm sido investigadas como fator de risco para o

desenvolvimento de TEPT. Tanto a ausência de suporte social quanto as estratégias de enfrentamento (*coping*) usadas pelos indivíduos já foram avaliadas como fatores de risco em militares de força de paz. Um contato social reduzido foi associado à gravidade dos sintomas de TEPT. Estratégias de enfrentamento focados em emoções ao invés de estratégias focadas no problema também estão associadas a maior gravidade dos sintomas²⁰.

Ballone et al. avaliou 452 membros italianos de tropas de paz e encontrou que, além da duração da missão, algumas variáveis anteriores a missão como desemprego ou falta de atividade física estavam associados a maiores níveis de estresse²¹.

2) RELEVÂNCIA

Existem diversos estudos sobre as conseqüências das experiências traumáticas em vítimas de desastres e situações de guerra, mas a literatura sobre o impacto dessa exposição nos indivíduos envolvidos em missões de paz ainda é pequena.

Estudos em veteranos de guerra com TEPT têm demonstrado que, o surgimento e a gravidade dos sintomas estão mais associados à exposição a atrocidades (morte humana brutal) do que ao risco de vida relacionado ao combate²²⁻²⁷. Desta forma, o trabalho exercido por militares em tropas de paz os coloca em constante exposição a situações desencadeadoras de sintomas de TEPT.

Não existem estudos sobre a prevalência de TEPT e seus fatores de risco na população geral brasileira e poucos são os estudos que a investigam mesmo em grupos específicos. Desta forma, é extremamente importante a avaliação de sintomas de estresse pós-traumático em qualquer segmento da população brasileira. Estudos sobre reações ao estresse e a identificação da prevalência e dos fatores de risco para o desenvolvimento do TEPT devem ser produzidos para que seja possível a elaboração de medidas profiláticas (e.g. treinamento aprimorado, suporte psicológico pós-trauma, emprego de psicofármacos), as quais poderão proporcionar maior qualidade de vida aos indivíduos submetidos ao estresse e aprimoramento dos serviços médicos e psicológicos oferecidos aos mesmos.

3) MATERIAIS E MÉTODO

3.1) Desenho dos estudos

O primeiro estudo foi uma revisão de artigos com informações sobre a prevalência de TEPT em tropas de paz. Foram selecionadas expressões-chave para a busca dos artigos e foi feita uma inspeção visual destes estudos para a identificação daqueles que continham informações de prevalência nesta população específica. Uma vez selecionados, todos estes artigos foram lidos e discutidos criticamente.

O segundo estudo foi feito com o intuito de avaliar possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de TEPT através de um desenho de pesquisa longitudinal. Uma amostra de militares passou por uma avaliação dias antes de ser enviada para uma missão de paz no Haiti e foi reavaliada imediatamente após seu retorno ao Brasil.

3.2) Participantes

Participaram do segundo estudo 138 militares brasileiros em missão de paz no Haiti. Todos foram membros do segundo contingente brasileiro.

3.3) Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

4) BIBLIOGRAFIA

1. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N.Engl.J.Med.* 2004; 351 (1):13-22.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, American Psychiatric Press, 1980.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, American Psychiatric Press, 1994.
4. Weisaeth L, Mehlum L, Mortensen MS. Peacekeeper Stress: New and different? *NC-PTSD Clinical Quarterly*. 1996; 6 (1): 12-15.
5. Hall DP, Cipriano ED. Frustrated aggression in psychiatric casualties of operation uphold democracy. *J Nerv Ment Dis.* 1996; 184 (6): 377-378.
6. Forbes D, Bennett N, Biddle D, Crompton D, McHugh T, Elliott P, Creamer M. Clinical Presentations and Treatment Outcomes of Peacekeeper Veterans With PTSD: Preliminary Findings. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (11):2188-2190.
7. Litz BT, King LA, King DW, Orsillo SM, Friedman MJ. Warriors as peacekeepers: features of the Somalia experience and PTSD. *J.Consult Clin.Psychol.* 1997; 65 (6):1001-1010.
8. Orsillo SM, Roemer L, Litz BT, Ehlich P, Friedman. MJ. Psychiatric symptomatology associated with contemporary

- peacekeeping: an examination of post-mission functioning among peacekeepers in Somalia. *J.Trauma Stress* 1998; 11 (4): 611-625.
9. King DW, King LA, Gudanowski DM, Vreven DL. Alternative representations of war zone stressors: relationships to posttraumatic stress disorder in male and female Vietnam veterans. *J.Abnorm.Psychol.* 1995; 104 (1):184-195.
 10. Litz BT, Orsillo SM, Friedman M, Ehlich P, Batres A. Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. *Am.J.Psychiatry* 1997;154 (2):178-184.
 11. Han CS, Kim YK. Psychiatric symptoms reported by international peacekeeping personnel in the Western Sahara Desert. *J Nerv Ment Dis.* 2001; 189 (12):858-860.
 12. Michel PO, Lundin T, Larsson G. Stress reactions among Swedish peacekeeping soldiers serving in Bosnia: a longitudinal study. *J.Trauma Stress* 2003;16 (6):589-593.
 13. Hall, DP Jr. Peacekeeping duty and PTSD. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (10):1482-1483.
 14. Shigemura J, Nomura S. Mental health issues of peacekeeping workers. *Psychiatry Clin.Neurosci.* 2002; 56 (5):483-491.
 15. Britt TW, Bliese PD. Testing the stress-buffering effects of self engagement among soldiers on a military operation. *J.Pers.* 2003; 71 (2):245-265.
 16. Britt TW, Adler AB, Bartone PT. Deriving benefits from stressful events: the role of engagement in meaningful work and hardiness. *J.Occup.Health Psychol.* 2001; 6 (1):53-63.

17. Mehlum L, Weisaeth LA. Predictors of Posttraumatic Stress reactions in Norwegian U.N. Peacekeepers 7 Years After Service. *J Trauma Stress* 2002; 15:17-26.
18. Gray MJ, Bolton EE, Litz BT. A longitudinal analysis of PTSD symptom course: delayed-onset PTSD in Somalia peacekeepers. *J Consult Clin Psychol.* 2004; 72 (5):909-913.
19. Bolton EE, Glenn DM, Orsillo S, Roemer L, Litz BT. The relationship between self-disclosure and symptoms of posttraumatic stress disorder in peacekeepers deployed to Somalia. *J.Trauma Stress.* 2003; 16 (3), 203-210.
20. Dirkzwager JE, Bramsen I, Van der Ploeg, HM. Social support, coping, life events, and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study. *Pers Individ Dif.* 2003; 34 (8):1545-1559.
21. Ballone, E, Valentino M, Occhiolini L, Mascio DC, Cannone D, Schioppa FS. Factors influencing psychological stress levels of Italian peacekeepers in Bosnia. *Mil. Med.* 2000; 165 (12):911-915.
22. Ursano, R.J., McCarrol, J.E., 1990. The nature of a traumatic stressor: handling dead bodies. *J Nerv Ment Dis,*178:396-398.
23. Green, B.L., Lindy J.D., Grace M.C., Gleser, G.C., 1989. Multiple diagnoses in PTSD: the role of war stressors. *J Nerv Ment Dis.,* 177:329-335.
24. 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.

25. Ersland S, Weisaeth L, Sund A., 1989. The stress upon rescuers involved in an oil rig disaster. "Alexander L. Kielland" 1980. *Acta Psychiatr Scand.*, 80:38-49.
26. Hytten K, Hasle A. 1989. Fire fighters: a study of stress and coping. *Acta Psychiatr Scand*, 80:50-55.
27. McFarlane, A.C., 1988. The longitudinal course of posttraumatic morbidity. *J Nerv Ment Dis*, 176:30-39.

Anexo 1

Artigo 1: “O lado doloroso de se promover a paz: Uma revisão da prevalência de TEPT em forças militares de paz”

TÍTULO ORIGINAL:

The painful side of making peace: A review of the prevalence of PTSD among peacekeepers”

O LADO DOLOROSO DE SE PROMOVER A PAZ: UMA REVISÃO DA PREVALÊNCIA DE TEPT EM FORÇAS MILITARES DE PAZ

Wanderson F. Souza^a, Ivan Figueira^b, Mauro Mendlowicz^c, Eliane Volchan^d, Jair J. Mari^e, Evandro S. F. Coutinho^a

(a) Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ)

(b) Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ)

(c) Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense (MSM-UFF)

(d) Instituto de Biofísica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

(e) Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Resumo

O presente estudo é uma breve revisão de estudos que avaliam a prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em tropas de paz. Foi conduzida uma pesquisa bibliométrica em três bases de dados (PUBMED/MEDLINE, ISI/Web of Science e PILOTS) em busca destes artigos. Uma expressão foi selecionada para realizar a busca em todas as três bases. Os artigos foram selecionados e, ao final da busca, apenas 10 artigos informavam estimativas de prevalência de TEPT em tropas de paz. Apesar de encontrarmos um crescimento no número de artigos investigando o TEPT nesta população, o número de artigos que avaliam esta prevalência ainda é baixo. A prevalência de TEPT variou de 1,9% a 25,8% entre os estudos. Alguns problemas foram encontrados na comparação entre estes estudos visto que estes utilizaram muitos instrumentos de rastreamento diferentes. O tempo levado até o rastreamento do diagnóstico também foi bastante diferente, variando de 30 dias após o retorno da missão a até rastreamentos feitos mais de 6 anos após o retorno. É necessário que haja uma mobilização por parte dos grupos de estudo de TEPT para que seja possível uma maior comparação entre os estudos e desta forma, possamos aumentar nosso conhecimento sobre o desenvolvimento deste diagnóstico nesta população de risco.

Palavras-Chave: Transtornos de Ansiedade, Tropas de Paz, Epidemiologia, Sintomas de Estresse Pós-traumático, TEPT.

Introdução

O trabalho militar tem sido constantemente relacionado a desenvolvimento de diferentes problemas relacionados ao estresse. Antigos termos como "coração irritável" e "neurose de combate" eram utilizados para se referir ao que hoje conhecemos como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Desde a criação deste termo diagnóstico em 1980, os grupos militares, em especial os veteranos de guerra, constituem uma das populações mais estudadas. A exposição a situações de guerra tem sido constantemente associada ao desenvolvimento de TEPT ^{1,2}.

O TEPT é um transtorno psiquiátrico decorrente da exposição a situações que envolvem risco da própria vida ou de terceiros. O desenvolvimento de TEPT tem sido estudado em amostras militares, especialmente em veteranos de guerra. Entretanto, estudos feitos em outros segmentos da população militar e exercendo outras atividades que não a situação de guerra ainda constituem um menor percentual da literatura militar. O trabalho em missões de paz é supostamente menos perigoso que missões tradicionais de guerra, portanto, é esperado que neste tipo de atividade, os militares estejam menos expostos a situações de risco de vida e combate armado. Devido a própria natureza do trabalho de missão de paz, onde os militares lidam com situações de estresse que podem envolver risco de vida em alguns confrontos e observar pessoas passando fome e com risco de vida, o trabalho em missão de paz constitui um evento de risco para o desenvolvimento do TEPT.

Sendo as tropas de paz um grupo de risco para o desenvolvimento desta psicopatologia, é importante saber se pessoas expostas a este tipo de atividade realmente estão propensas a desenvolver o TEPT. A avaliação de estudos epidemiológicos pode indicar se a prevalência nesta população é comparável com a da população geral ou com a de veteranos de guerra. O objetivo deste estudo foi o de realizar uma revisão dos estudos que avaliam a prevalência de TEPT em grupos militares em missão de paz.

Métodos

Uma busca foi realizada em Dezembro de 2005 em três diferentes bases de dados: PUBMED/MEDLINE, ISI/Web of Science e PILOTS. As duas

primeiras são bases de dados que reúnem grande parte da informação científica de impacto internacional. A PILOTS foi adicionada por ser uma base específica para informação sobre o TEPT. Para a obtenção de referências, a seguinte expressão foi utilizada em todas as bases de dados: “peacekeep* AND (stress OR trauma OR PTSD)”.

Após o uso desta expressão em todas as 3 bases de dados, a busca foi dividida em duas etapas. Na primeira etapa, todos os artigos tiveram seus títulos e resumos visualmente inspecionados por um dos pesquisadores (WFS). Nesta etapa foram selecionados os artigos que de alguma forma tinham foco no tema de forças de paz e sintomas de TEPT excluindo-se assim outros artigos obtidos por nossa expressão de busca, mas que não se referiam propriamente ao tema. Uma vez selecionados estes artigos, uma segunda etapa foi iniciada com base nos artigos selecionados na primeira etapa. Todos foram obtidos e lidos selecionando-se aqueles que informassem estimativas de prevalência do diagnóstico de TEPT ou de seus sintomas. Apenas estudos empíricos foram revisados sendo excluídas as revisões, cartas ou estudos de caso.

Resultados

Após a primeira etapa de avaliação, 61 artigos foram selecionados como tendo foco em missões de paz e TEPT. A figura 1 apresenta o crescimento da literatura sobre forças de paz e TEPT nos últimos anos. No último triênio (2003-2005), foram publicados mais de três vezes mais trabalhos sobre TEPT em tropas de paz do que já havia sido publicado até 1996. O triênio 2000-2002, com 19 artigos, praticamente trouxe a duplicação do número de artigos sobre o tema. Entretanto, apenas 10 destes estudos preencheram os critérios de inclusão na segunda avaliação, fornecendo estimativas de prevalência de TEPT após missões de paz.

A tabela 1 apresenta um sumário dos dez estudos que avaliaram a prevalência de TEPT em militares em tropas de paz. A prevalência de TEPT variou entre de 1,9% a 25,8%. Nestes 10 estudos, seis diferentes instrumentos foram utilizados para o rastreamento de TEPT. Foi observada uma grande variação com relação ao momento de avaliação do diagnóstico de TEPT. Este tempo variou de trinta dias após o retorno da missão a uma média de mais de seis anos após a missão, como observado em outros dois estudos.

O tamanho das amostras avaliadas também mostrou-se bastante diferente. Um estudo foi feito com apenas setenta e dois militares enquanto que outro investigou mais de três mil militares em missão de paz. Da mesma forma, o local da missão também foi bastante diferente entre os estudos. Apesar de três artigos terem avaliado a prevalência de TEPT em militares retornando da Somália, os três são análises derivadas de uma mesma amostra.

Discussão

Apesar de ser observarmos um crescimento trienal no número de estudos que investigam sintomas de estresse pós-traumático em militares em missão de paz, de 65 estudos, apenas 10 deles preencheram nosso critério ao estimar a prevalência de TEPT neste grupo.

Quatro destes estudos³⁻⁶ encontraram uma prevalência de TEPT igual ou menor do que os 3%-4% estimados na população dos Estados Unidos em geral⁷. Outros estudos encontraram resultados similares as estimativas de 15% encontradas entre veteranos do Vietnã⁸. Entretanto, a alta prevalência de 25,8% encontrada por Seedat et al. deve ser avaliada com precaução. O fato de ter sido o único estudo a usar uma versão adaptada para auto-aplicação do CAPS torna ainda mais difícil a comparação deste resultado com o de outros estudos⁹.

Esta variação nas estimativas sugere que diferentes missões devam ser consideradas individualmente. Algumas missões podem ser mais estressantes que outras podendo variar no tipo de perigosos envolvidos, o que poderia explicar diferentes conseqüências a exposição aos eventos traumáticos destas missões. É difícil comparar uma missão de nível 1, onde apenas militares desarmados são utilizados e seu trabalho será majoritariamente de ajuda humanitária com uma missão de nível 3 onde todas as medidas necessárias para o estabelecimento da paz são autorizadas e que, conseqüentemente, envolve maior risco de vida e possibilidade de confronto hostil com a população local.

Em geral, os estudos mostraram-se muito heterogêneos tanto com relação ao momento que o rastreamento do diagnóstico foi feito quanto com o instrumento utilizado. Em quatro dos estudos, foi utilizado o Post-Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL) como uma das formas de avaliação diagnóstica. Dentre os estudos utilizando PCL¹⁰⁻¹³, a prevalência variou entre 6,5% a 11%. Entretanto, três destes quatro estudos avaliaram amostras expostas à mesma

missão de paz na Somália e eram artigos derivados de uma mesma população. Dentre estes três estudos, Litz et al.¹⁰ apresenta uma estimativa mais geral da prevalência de TEPT enquanto que o trabalho de Gray et al.¹¹ compara uma sub-amostra deste mesmo grupo com a prevalência encontrada 18 meses após a missão. Por fim, o trabalho de Bolton et al.¹² utiliza uma outra sub-amostra de 426 membros do grupo original de 3461.

O tempo decorrido até a avaliação só foi informado em seis dos dez estudos. O menor tempo até o rastreamento do diagnóstico de TEPT foi de 30 dias após o retorno, no trabalho de Adler et al.⁴. Os estudos com militares na Somália variaram de pouco mais de quatro meses até dezoito meses após a missão. Apenas dois estudos fizeram a investigação mais de seis anos após o retorno da missão^{6,14}.

Uma característica avaliada em apenas um dos estudos foi a avaliação separada da prevalência entre os repatriados. No estudo de Mehlum et al.¹⁴, uma prevalência de 5,2% foi encontrada na amostra geral, mas este número praticamente é triplicado (16,1%) ao se avaliar separadamente o grupo de militares que foram enviados de volta antes do término da missão. Um outro estudo norueguês mostrou que 3,3% dos militares tiveram de ser enviados de volta por motivos médicos, sociais ou disciplinares, respondendo maior número de sintomas de TEPT que seus controles¹⁵. Estes estudos sugerem que, seja qual for o motivo do repatriamento, este parece ser um grupo de risco que merece maior atenção.

Algumas limitações devem ser levantadas com relação ao presente estudo. Uma primeira limitação é que o estudo se limitou a apenas três bases de dados. Apesar de considerarmos que as três bases englobem um grande percentual da literatura científica relacionada a assuntos militares, algum estudo divulgado em revistas não indexadas a nenhuma destas bases pode ter sido ignorado. Uma segunda limitação foi a utilização de uma expressão índice para a busca entre as bases de dados. Todo método de busca tem sua sensibilidade e especificidade e, apesar de acreditarmos que a expressão adotada seja capaz de abordar as variações terminológicas dentro do tema do TEPT em forças de paz, alguns autores podem utilizar-se de outras expressões, o que afetaria o resultado da busca.

Apesar de não ser um problema particular das tropas de paz, mas que permeia toda a instituição militar, não podemos deixar de explicitar a

possibilidade de que estas estimativas sejam menores que o número real de casos. A cultura militar é uma cultura que reforça a postura de força, tanto física quanto mental, reprimindo a expressão de fraqueza. Isso pode provocar o sub-relato de sintomas psicológicos aos médicos militares por temerem que isto possa vir a atrapalhar suas carreiras ¹⁶.

O que é possível resumir dos estudos do TEPT em tropas de paz é que eles ainda são muito escassos e que, estudos futuros deveriam preocupar-se com alguns aspectos básicos como a padronização de do instrumento utilizado e o tempo até a avaliação diagnóstica. Esta diferença metodológica dificulta a comparação dos estudos impossibilitando concluirmos se diferentes prevalências se devem a natureza da missão investigada ou vieses resultantes da forma de coleta dos dados. Este é um problema especialmente grave quando lidamos com uma situação de estresse tão variada quanto uma missão de paz. Futuros estudos deveriam se preocupar com estes elementos para que seja possível termos um conhecimento mais sólido sobre a prevalência do TEPT nestas populações e, a partir daí, possamos investigar possíveis fatores de risco e/ou proteção para o desenvolvimento deste diagnóstico.

Referências

1. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N.Engl.J.Med.* 2004; 351 (1):13-22.
2. Kaylor JA, King DW, King LA. Psychological effects of military service in Vietnam: A meta-analysis. *Psychol. Bull.* 1987;102, 257-71.
3. Adler AB, Huffman AH, Bliese PD, Castro CA. The impact of deployment length and experience on the well-being of male and female soldiers. *J Occup Health Psychol.* 2005; 10:121–137.
4. Bramsen I, Dirkzwager AJ, Van der Ploeg H.M. Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of

- posttraumatic stress symptoms: a prospective study of former peacekeepers. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157 (7), 1115-1119.
5. Dirkzwager JE, Bramsen I, Van der Ploeg HM. Factors associated with posttraumatic stress among peacekeeping soldiers. *Anxiety, Stress, and Coping* 2005; 18 (1):37-51.
 6. Kaspersen M., Matthiesen, S.B., 2003. Post-traumatic stress symptoms among UN-soldiers and relief workers. *The European Journal of Psychiatry*, 17 (2):69-76.
 7. Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:115-123.
 8. Wolfe J, Erickson DJ, Sharkansky EJ, King DW, King LA. Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: a prospective analysis. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67:520-528.
 9. Seedat S, Roux C le, Stein DJ. Prevalence and characteristics of trauma and post-traumatic stress symptoms in operational members of the South African National Defence Force. *Mil.Med.* 2003; 168 (1):71-75.
 10. Litz BT, Orsillo SM, Friedman M, Ehlich P, Batres A. Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. *Am.J.Psychiatry* 1997;154 (2):178-184.
 11. Gray MJ, Bolton EE, Litz BT. A longitudinal analysis of PTSD symptom course: delayed-onset PTSD in Somalia peacekeepers. *J Consult Clin Psychol.* 2004; 72 (5):909-913.

12. Bolton EE, Glenn DM, Orsillo S, Roemer L, Litz BT. The relationship between self-disclosure and symptoms of posttraumatic stress disorder in peacekeepers deployed to Somalia. *J.Trauma Stress*. 2003; 16 (3), 203-210.
13. Asmundson GJ, Stein MB, McCreary DR. Posttraumatic stress disorder symptoms influence health status of deployed peacekeepers and nondeployed military personnel. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2002; 190 (12), 807-815.
14. Mehlum L, Weisaeth LA. Predictors of Posttraumatic Stress reactions in Norwegian U.N. Peacekeepers 7 Years After Service. *J Trauma Stress* 2002; 15:17-26.
15. Weisaeth L, Mehlum L, Mortensen MS. Peacekeeper Stress: New and different? *NC-PTSD Clinical Quarterly* 1996; 6 (1): 12-15.
16. Kent H. BC physicians help peacekeepers fight their demons. *Canadian Medical Association Journal* 2000; 163 (9):1183.

Figura 1: Crescimento da Literatura de TEPT em Forças de Paz

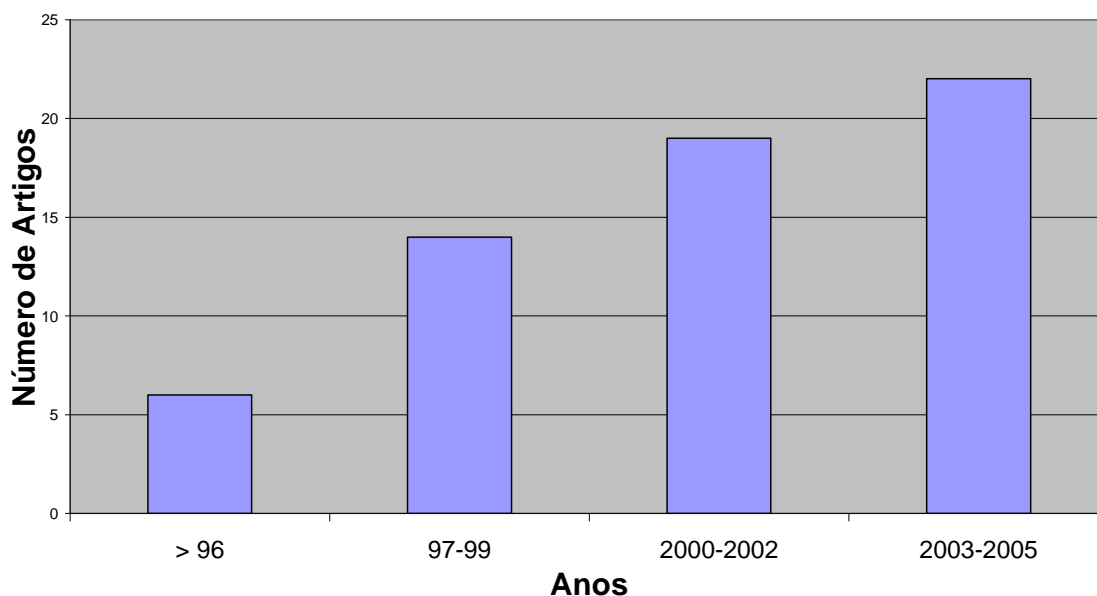


Tabela 1

Resumo dos estudos com Prevalência de TEPT durante ou após missões de paz

Autor/Data	Rastreamento	Instrumento	Amostra	Local da Missão	Prevalência
	30 dias após retorno	Post-Traumatic Stress Scale (PTSS)	3399	Bósnia	1,9% (Homens) 3% (Mulheres)
Adler et al. (2005)			1367	Iugoslávia	8%
Dirkzwager et al. (2005)	6,1 anos	SRIP	883	Líbano	6,2%
			305	Camboja	3,7%
			926	Variado	2%
Gray et al. (2004)	15 semanas	PCL			6,5%
	18 meses	Mississippi (MSCRP)	1040	Somália	11%
Bolton et al. (2003)	15 semanas	PCL			
		Mississippi (MSCRP)	426	Somália	9,4%
Kaspersen et al. (2003)	*	PTSS-10	72	Iugoslávia	5,6%
			141		2,8%
Seedat et al. (2003)	*	CAPS adapted	198	África do Sul	25,8%
Asmundson et al. (2002)	*	PCL - M	1187	*	11%
Mehlun et al. (2002)	6,6 anos	PTSS-10	888	Líbano	5,2%
Bramsen et al. (2000)	*	SRIP	572	Iugoslávia	3%
Litz et al. (1997)	19,6 semanas	PCL Mississippi (MSCRP)	3461	Somália	8%

* Sem Informação

Anexo 2

Artigo 2: “Afeto Negativo prediz sintomas de estresse pós-traumático em militares brasileiros em tropas de paz: Um estudo longitudinal.”

TÍTULO ORIGINAL:

Negative Affect Predicts Posttraumatic Stress Symptoms in Brazilian Peacekeepers: A Longitudinal Study

**AFETO NEGATIVO PREDIZ SINTOMAS DE ESTRESSE PÓS-
TRAUMÁTICO EM MILITARES BRASILEIROS EM TROPAS DE PAZ:
UM ESTUDO LONGITUDINAL**

Wanderson F. Souza ^a, Ivan Figueira ^b, Mauro Mendlowicz ^c, Eliane Volchan ^d, Ana Carolina F. Mendonça-de-Souza ^d, Antonio Fernando Duarte ^e, Angela M. Monteiro da Silva ^f, Carla Marques Portella ^b, Jair J. Mari ^g, Evandro S. F. Coutinho ^a

(a) Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ)

(b) Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ)

(c) Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Universidade Federal Fluminense (MSM-UFF)

(d) Instituto de Biofísica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

(e) Instituto de Pesquisa da Capacitação Física do Exército (IPCFEX)

(f) Centro de Estudos de Pessoal do Exército Brasileiro (CEP)

(g) Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Resumo:

O presente estudo avaliou a relação entre traços de afeto positivo e afeto negativo no desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático em tropas de paz. Foi conduzido um estudo longitudinal com 138 militares selecionados para uma missão de paz no Haiti. A escala PANAS foi aplicada antes da missão para avaliar o traço de afeto positivo e negativo do grupo. Os sintomas de estresse pós-traumático, acessados pelo PCL-M, e a frequência de situações estressantes, foram coletados após o retorno da tropa. Uma análise de regressão mostrou que tanto o afeto negativo quanto o número de situações estressantes contribuíram para os escores no PCL-M (R^2 ajustado = 0,25; $p < 0,001$). Também foi encontrado que o traço de afeto negativo interagiu com as situações de estresse aumentando a ocorrência de sintomas de estresse pós-traumático (R^2 ajustado = 0,32; $p < 0,001$). O papel do afeto positivo pode não ter sido avaliado adequadamente uma vez que esta foi uma amostra muito homogênea apresentando altos níveis de afeto positivo. Estes resultados sugerem que o traço de afeto negativo é um preditor importante para sintomas de estresse pós-traumático em militares em força de paz, sendo capaz de piorar as conseqüências de ter sido exposto a situações estressantes durante a missão.

Palavras-Chave: Transtornos de Ansiedade, Afeto Negativo, Tropas de Paz, Traço de Personalidade, Sintomas de Estresse Pós-traumático, TEPT.

Introdução

As missões de paz foram criadas para ajudar países ameaçados por conflitos a criar condições para manter a paz. Mas esta assistência pode ser feita de diferentes formas incluindo suporte nas eleições, ajudando a manter a lei ou através da distribuição de alimentos. Diferente de uma operação de guerra, as regras durante missões de tropas de paz são mais complexas uma vez que não existem inimigos diretos e visíveis no campo de batalha. O papel da tropa de paz pode ser o de um guerreiro, ajuda humanitária ou até mesmo agindo como força policial. Apesar de os membros de tropas de paz serem menos expostos a combate direto que outros militares expostos a situações tradicionais de combate e guerra, situações de estresse e de risco de vida também podem acontecer nestas missões.

Uma ampla variedade de condições psicopatológicas já foi observada após missões de paz como depressão, alcoolismo, abuso de drogas, transtorno de estresse agudo e, especialmente, o transtorno de estresse pós-traumático. Tanto a duração da missão quanto a percepção de falta de significado da missão e altos níveis de exposição a eventos estressores, todas estas são variáveis associadas com aumento no desenvolvimento de sintomas relacionados ao estresse ^{1,2}. Entretanto, apesar da vasta literatura relacionando exposição ao combate com sintomas de estresse pós-traumáticos, poucos estudos prospectivos avaliaram o papel de traços de personalidade no desenvolvimento destes sintomas ^{3,4}.

Dois traços de personalidade bastante estudados são o afeto positivo (AP) e o afeto negativo (AN). Biggam & Power ⁵ já utilizaram previamente o AP e o AN como traço de personalidade ao avaliarem um grupo de policiais e uma recente revisão apresentou evidências acerca do substrato neurobiológico relacionado a estes constructos ⁶. Existem evidências empíricas que demonstram a importância tanto do AP quanto do AN na percepção do estresse e nas estratégias de enfrentamento (*coping*) ^{7,8}. Indivíduos com alto afeto negativo estão mais propensos a sentirem insatisfação e sofrimento (distress), além de tenderem a focarem-se no lado negativo das coisas ⁹. Altos níveis de AN também têm sido relacionados a estresse e má qualidade do sono ⁸.

O objetivo deste estudo foi de avaliar os efeitos do AN e do AP, enquanto traços de personalidade, no desenvolvimento de sintomas de estresse

pós-traumático em uma amostra de militares após uma missão de paz de seis meses de duração no Haiti.

Métodos

Desenho do Estudo

Um estudo longitudinal prospectivo.

Sujeitos

A coorte foi composta por 138 militares do exército brasileiro do sexo masculino selecionados para um período de seis meses no Haiti como parte de uma missão de paz da ONU. Esta amostra não continha cabos nem soldados.

Instrumentos

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 a outra metade 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, utilizamos a versão da PANAS que se refere a estes afetos como traços, e não como estados emocionais, uma vez que estávamos interessados em estudar a afetividade como um traço de personalidade ¹⁰.

PTSD Checklist (PCL) – Este é um instrumento utilizado para o rastreamento de prováveis diagnósticos de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Ele é dividido em duas versões diferentes: Versão Civil (PCL-C) e a Militar (PCL-M). A única diferença entre as duas versões é que a segunda foca suas perguntas apenas como consequência de experiências vividas durante o trabalho militar. Ambas consistem de 17 itens de sintomas de estresse pós-traumático, cada um com uma escala de 5 pontos de intensidade resultado em um escore final podendo variar de 17 a 85 pontos. No presente estudo, utilizamos a versão militar (PCL-M) e utilizamos o ponto de corte de 50 para a detecção de prováveis casos de TEPT ¹¹.

Inventário de Estressores de Força Militar de Paz (IEFMP) – Este inventário foi desenvolvido no Centro de Estudo de Pessoal do Exército (CEP) 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 estressante, o sujeito responde se ele passou por aquela situação, quantas vezes e o quão estressante aquilo foi em uma escala que varia de 1 (nada estressante) a 5 (extremamente estressante). No presente estudo, apenas os eventos estressantes respondidos como iguais ou maiores que três na escala de intensidade foram utilizados e considerados como situações de estresse intenso. Este instrumento possui propriedades psicométricas satisfatórias com boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,90) ¹².

Coleta de dados

No tempo 1, duas semanas antes de serem enviados para a missão no Haiti, os participantes responderam ao questionário PANAS. No tempo 2, logo após seu retorno ao Brasil, os participantes completaram o PCL-M e o IEFMP.

Análise Estatística

Correlações de Spearman foram feitas para avaliar a associação dos escores no PCL-M com o número de eventos estressantes intensos vivenciados durante a missão (avaliados através do IEFMP), escores de afeto negativo e escores de afeto positivo. Dois diferentes modelos de regressão linear foram ajustados para avaliar o efeito do afeto positivo e do afeto negativo nos sintomas de estresse pós-traumático. No modelo 1, o escore no PCL-M foi utilizado como variável dependente e o AP, AN e número de situações de intenso estresse foram utilizados como variáveis independentes. No modelo 2, excluímos o AP e adicionamos um termo de interação multiplicativo entre AN e número de situações de intenso estresse. Análises de resíduos foram feitas para ambos os modelos. Diferenças foram consideradas como estatisticamente significativas quando $p < 0,05$ e limítrofe quando $0,05 < p < 0,1$.

Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Todos os 138 participantes

receberam informações sobre o estudo e assinaram um consentimento informado.

Resultados

Os participantes tinham idade média 28,7 anos (DP = 4,96) e 9,04 anos de serviço (DP = 5,72). O escore médio do PCL-M foi 20,8 (DP = 6,7). De acordo com o ponto de corte de 50, apenas dois indivíduos preencheram critério para o diagnóstico de TEPT (1,4%).

Altos escores de afeto positivo (média = 40,1; DP = 4,5) e baixos escores de afeto negativo (média = 14,7; DP = 3,9) foram encontrados antes da missão. Foi observada uma grande variedade de situações de intenso estresse respondidas pelos participantes, variando de 0 a 32 (média = 6,7; mediana = 4; DP = 8,1).

O escore do PCL-M apresentou uma correlação positiva com o número de situações de intenso estresse ($r = 0,42$; $p < 0,01$) e uma correlação positiva limítrofe com AN ($r = 0,16$; $p = 0,06$), mas não foi encontrada correlação com AP ($r = 0,05$; $p = 0,58$).

A tabela 1 apresenta os resultados da análise de regressão linear tendo o escore no PCL-M como variável dependente. O modelo 1 mostrou que AN apresentou uma associação com sintomas de estresse pós-traumático após ser controlada pelo número de situações de intenso estresse e AP (R^2 ajustado = 0,25). O modelo 2 apresentou uma interação entre AN e o número de eventos de intenso estresse, mostrando que o efeito da exposição a eventos estressores durante a missão sobre o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático foi aumentado na presença do traço de afeto negativo anterior a missão (R^2 ajustado = 0,32; $p < 0,001$).

Discussão

O presente estudo encontrou que tanto o afeto negativo quanto o número de situações de intenso estresse vivenciadas durante a missão, foram capazes de prever o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático após a missão. Estas duas características não só agiram separadamente como apresentaram uma relação de interação no desenvolvimento destes sintomas.

A associação entre características similares aos afetos negativos (AN) e o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático foi encontrada em três recentes estudos longitudinais. Gil (2005) examinou o papel de traços de personalidade anteriores ao trauma na predição de TEPT após um ataque terrorista. Neste trabalho, a evitação de risco (*harm avoidance*) e a baixa excitabilidade exploratória (*novelty seeking*) mostraram-se associados ao aumento no risco de TEPT¹³. Bramsen et al.¹⁴ mostraram que o número de estressores e tanto a escala de negativismo quanto a de psicopatologia do Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI) foram capazes de prever sintomas de estresse pós-traumático. Heinrichs et al.¹⁵ observaram que hostilidade pré-traumática e baixos níveis de auto-eficácia prediziam sintomas de estresse pós-traumático em bombeiros. É notável que diferentes traços de personalidade negativos derivados de diferentes conceitos de personalidade tenham sido considerados como fatores de risco para o desenvolvimento dos sintomas de estresse pós-traumático. Nossos achados confirmam a importância de traços de personalidade anteriores à missão como fator de risco para o desenvolvimento dos sintomas de estresse, o que tem sido relativamente negligenciado na literatura.

Este estudo expandiu o conhecimento confirmado em trabalhos anteriores a respeito da associação dos traços de personalidade e sintomas de estresse ao demonstrar a existência de uma interação entre os afetos negativos e o número de situações de intenso estresse. Nossos achados ressaltam que as situações de estresse não foram apenas capazes de prever o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático, como já foi amplamente confirmado pela literatura, como mostraram que esta associação é modulada pela presença de características de personalidade prévias. Em outras palavras, o efeito de ter sido exposto a situações de estresse sobre os sintomas de estresse é potencializado na presença de afetos negativos.

Uma baixa prevalência de TEPT (1,4%) foi encontrada quando comparada a outros estudos também utilizando o PCL (6,5% - 11%)¹⁶⁻¹⁸. Poderíamos especular que esta baixa prevalência poderia ser explicada pelos altos níveis de afeto positivo (AP). Este traço de personalidade tem sido relacionado à criatividade, flexibilidade na resolução de problemas¹⁹ e a facilitação do processamento de informações^{20,21}. Altos escores de AP sugerem que este possa ser um grupo resiliente e capaz de lidar com situações de estresse.

Outro fator que pode ter contribuído para a baixa prevalência é o fato de que a cultura militar reforça uma postura que tende a suprimir qualquer manifestação de fraqueza.

As limitações deste estudo incluem a ausência de cabos e soldados e a grande homogeneidade do grupo com relação aos escores de AP. Tais fatores podem ter ofuscado uma correlação entre AP e sintomas de estresse pós-traumático. É difícil estender estes resultados a outras populações militares visto que este foi um grupo bastante atípico. A missão no Haiti foi um trabalho voluntário e aqueles selecionados para a missão da ONU foram extensamente avaliados para terem esta oportunidade, tornando este grupo bastante seletivo. Entretanto, corroborar a correlação entre AN e sintomas de estresse mesmo em uma população tão bem preparada e motivada sugere que esta relação pode se mostrar ainda mais expressiva em grupos menos selecionados e motivados.

Nossos resultados estão de acordo com a literatura recente. Ao utilizar um desenho de pesquisa longitudinal, este estudo adiciona mais evidências a respeito do poder preditivo dos traços de personalidade sobre os sintomas de estresse pós-traumático. Em geral, sabe-se menos a respeito de potenciais preditores anteriores ao trauma que fatores de risco peritraumáticos e pós-traumáticos. Medidas efetivas de prevenção e intervenção a sintomas relacionados ao trauma necessitam da identificação precoce de marcadores de vulnerabilidade. Mais estudos longitudinais investigando outros traços de personalidade em amostras maiores e com grupos mais heterogêneos são necessários para avançarmos no conhecimento dos fatores de risco do TEPT.

Referências

1. Adler AB, Huffman AH, Bliese PD, Castro CA. The impact of deployment length and experience on the well-being of male and female soldiers. *J Occup Health Psychol.* 2005; 10:121–137.
2. Mehlum L, Weisaeth LA. Predictors of Posttraumatic Stress reactions in Norwegian U.N. Peacekeepers 7 Years After Service. *J Trauma Stress* 2002; 15:17-26.

3. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J. Consult Clin. Psycho* 2000; 68 (5), 748-766
4. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol. Bull.* 2003; 129(1), 52-73.
5. Biggam FH, Power KG. The personality of the Scottish police officer: The issue of positive and negative affectivity. *Pers. Individ. Dif.* 1996; 20 (6), 661-667.
6. Whittle S, Allen NB, Lubman DI, Yucel M. The neurobiological basis of temperament: towards a better understanding of psychopathology. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2006; 30 (4), 511-525.
7. Ashby FG, Isen AM, Turken AU. A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychol. Rev.* 1999; 106 (3), 529-550.
8. Norlander T, Johansson Å, Bood SÅ. The affective personality: Its relationship to quality of sleep, well-being and stress. *Soc. Behav. Pers.* 2005; 33(7), 709-722.
9. Watson D, Clark LA. Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychol. Bull.* 1984; 96(3), 465-490.
10. Watson D, Tellegen A, Clark LA. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1988; 54(6), 1063–1070.
11. Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane TM. The PTSD Checklist: Reliability, validity and diagnostic utility. Paper

presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX, 1993.

12. Monteiro da Silva AM, Teixeira Junior JC, Nascimento SMC, Souza MA, Alchieri JC Inventário de Estressores de Força Militar de Paz: Desenvolvimento e Propriedades Psicométricas. In: *Centro de Estudos de Pessoal - Estudos e Pesquisas*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos de Pessoal – EB; 2005. p 45-54.
13. Gil S. Pre-traumatic personality as a predictor of post-traumatic stress disorder among undergraduate students exposed to a terrorist attack: A prospective study in Israel. *Pers. Individ. Dif.* 2005; 39, 819-827.
14. Bramsen I, Dirkzwager AJ, Van der Ploeg HM. Predeployment personality traits and exposure to trauma as predictors of posttraumatic stress symptoms: a prospective study of former peacekeepers. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157 (7), 1115-1119.
15. Heinrichs M, Wagner D, Schoch W, Soravia LM, Hellhammer DH, Ehlert U. Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: a 2-year prospective follow-up study in firefighters. *Am.J.Psychiatry* 2005; 162 (12), 2276-2286.
16. Asmundson GJ, Stein MB, McCreary DR. Posttraumatic stress disorder symptoms influence health status of deployed peacekeepers and nondeployed military personnel. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2002; 190 (12), 807-815.
17. Gray MJ, Bolton EE, Litz BT. A longitudinal analysis of PTSD symptom course: delayed-onset PTSD in Somalia peacekeepers. *J. Consult Clin. Psychol.* 2004; 72 (5), 909-913.

18. Litz BT, Orsillo SM, Friedman M, Ehlich P, Batres A Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. *Am.J.Psychiatry* 1997; 154 (2):178-184.
19. Isen AM, Danbman KA, Nowicki GP. Positive affect facilitates creative problem solving. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1987; 52(6), 1122-1131.
20. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am. Psychol.* 2001; 56(3), 218-226.
21. Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2003; 84(2), 365-376.

Tabela 1: Regressão Linear dos Escores do PCL-M

	Beta	p-valor	95% IC de β		R ² Ajustado
			Min	Max	
Model 1					.254
Situações de Intenso Estresse	.482	.000	.210	.435	
Afeto Positivo	.033	.703	-.165	.243	
Afeto Negativo	.243	.004	.106	.543	
Model 2					.324
Situações de Intenso Estresse	.056	.557	-.177	.327	
Afeto Negativo	-.659	.063	-.905	.024	
Interação ¹	1.174	.001	.022	.084	

Variável Dependente : Escore PCL-M

¹Interação = Situações de Intenso Estresse vs Afeyo Negativo

Anexo 3

Escala de afetos positivos e negativos (PANAS)

A escala apresentada no final da folha consiste de palavras que descrevem diferentes emoções e sentimentos. Você deve ler cada palavra e assinar a resposta apropriada no espaço ao lado delas, usando a convenção de 1 a 5 abaixo para indicar o quanto você se sente em geral , em média:

- 1.....Nada, ou muito pouco.
- 2.....Um pouco.
- 3.....Mais ou menos.
- 4.....Muito.
- 5.....Demais.

Em geral, em média você se sente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Interessado. | <input type="checkbox"/> Irritável. |
| <input type="checkbox"/> Aflito. | <input type="checkbox"/> Alerta. |
| <input type="checkbox"/> Empolgado. | <input type="checkbox"/> Envergonhado. |
| <input type="checkbox"/> Chateado. | <input type="checkbox"/> Inspirado. |
| <input type="checkbox"/> Forte. | <input type="checkbox"/> Nervoso. |
| <input type="checkbox"/> Culpado. | <input type="checkbox"/> Determinado. |
| <input type="checkbox"/> Com medo. | <input type="checkbox"/> Atento. |
| <input type="checkbox"/> Hostil. | <input type="checkbox"/> Agitado. |
| <input type="checkbox"/> Entusiasmado. | <input type="checkbox"/> Ativo. |
| <input type="checkbox"/> Orgulhoso. | <input type="checkbox"/> Apavorado. |

Anexo 4PTSD Checklist – Militar Version (PCL-M)**Instruções:**

- Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que veteranos às vezes apresentam como uma reação a experiências militares 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”.

	Nada	Um Pouco	Médio	Bastante	Muito
1. <i>Memória, pensamentos e imagens</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência militar estressante?	1	2	3	4	5
2. <i>Sonhos</i> repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência militar estressante?	1	2	3	4	5
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência militar estressante estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5

4. Sentir-se <i>muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência militar estressante?	1	2	3	4	5
5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência militar estressante?	1	2	3	4	5
6. Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar sobre</i> uma experiência militar estressante ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque <i>elas lembram</i> uma experiência militar estressante?	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência militar estressante?	1	2	3	4	5
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5
10. <i>Sentir-se distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas?	1	2	3	4	5
11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Sentir como se <i>você não tivesse expectativas para o futuro</i> ?	1	2	3	4	5
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo</i> ?	1	2	3	4	5

14. Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva</i> ?	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5
16. Estar “ <i>superalerta</i> ”, <i>vigilante</i> ou “ <i>em guarda</i> ” ?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado</i> ?	1	2	3	4	5

Anexo 5

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 “A ESTRATÉGIA OU RECURSO QUE USOU” Favor descrever resumidamente como lidou com problema.	RESULTADO COMO A ESTRATÉGIA OU RECURSO FUNCIONOU?		
		SIM	NÃO	1= nada estressante 5 = extremamente estressante	Número de vezes que o problema ocorreu nos últimos 6 meses		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					
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					
ITEM	PROBLEMA	SIM	NÃO	INTENSIDADE	Nr DE VEZES	O QUE FEZ PARA ENFRENTAR O PROBLEMA			RESULTADO
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					
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					
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									