

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Equipa Portuguesa de Ajuda Humanitária no Haiti: Um olhar
sobre o seu funcionamento psicossocial**

Marlene Moura Ribeiro

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica

2010

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Equipa Portuguesa de Ajuda Humanitária no Haiti: Um olhar
sobre o seu funcionamento psicossocial**

Marlene Moura Ribeiro

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica

2010

Agradecimentos

À Professora Doutora Teresa Ribeiro pelo constante, apoio, carinho, e orientação. Por sempre ter acreditado em mim e nas minhas capacidades, e ainda pelas palavras de incentivo em momentos de maior turbulência.

À Doutora Joana Faria por me ter ajudado na Investigação, nomeadamente na recolha da amostra e na cedência do seu protocolo de avaliação.

À Professora Doutora Isabel Narciso e ao Prof. Wolfgang Lind por muitas das bases e valores sistémicos que hoje tenho, e nos quais me rejo.

Às minhas colegas e amigas desta árdua “batalha”, pelas muitas horas de troca de informação, de inter-ajuda, e de “desespero colectivo”.

Aos meus pais e irmão, por sempre estarem do meu lado, acreditarem em mim, me apoiarem, incentivarem, e darem força para não desistir em momentos de alguma incerteza... enfim, pelo amor incondicional.

Aos meus tios, Manuel e Lucinda, e à minha prima Liliana, por me terem recebido de braços e coração abertos nas suas vidas, por todo o carinho, apoio e dedicação...

A ti amor, por caminhares lado a lado comigo.

E, em particular, a si Avô pelo exemplo de força, persistência, determinação, bravura e teimosia...

Resumo

Este estudo propõe-se a estudar o funcionamento psicossocial dos indivíduos que integraram a equipa portuguesa de ajuda humanitária no Haiti, mais especificamente, ao nível da resiliência, da percepção do suporte social, do tipo de estratégias de *coping* utilizadas e, por último, da existência de sintomatologia (depressiva e de ansiedade), relacionando-o com algumas variáveis sócio-demográficas – sexo, idade, constituição familiar, situação profissional, habilitações literárias e religiosidade - dos indivíduos e, ainda, com alguns factores – estímulos traumáticos, factores de stress, factores protectores/recursos, e características físicas - experienciados no decorrer da missão. Para tal utilizaram-se metodologias qualitativas (entrevista semi-estruturada) e metodologias quantitativas (testes de auto-relato) para recolher os dados. Posteriormente para se realizar a análise dos mesmos recorreu-se à Análise de Conteúdo e ao *software SPSS 17.0 For Windows*, tendo-se concluído que o funcionamento psicossocial dos indivíduos é saudável, com elevada percepção do suporte social, em que as estratégias de *coping* mais utilizadas eram o planear, a reinterpretação positiva, e a aceitação, e ainda de que este funcionamento se pontuou por ser bastante resiliente.

Palavras-chave: Resiliência, Estratégias de *Coping*, Percepção de Suporte Social, Depressão, Ansiedade, Factores Protectores, Factores de Stress, Estímulos Traumáticos.

Abstract

This study proposes to examine the psychosocial functioning of individuals who joined the Portuguese team of humanitarian aid in Haiti, more specifically, the level of resilience, perception of social support, type of coping strategies and, finally, the symptomatology existence (depression and anxiety), relating it to some socio-demographic variables - sex, age, family setting, occupational, educational and religious - of individuals, and also with a number of factors - traumatic stimulus, stressors, protective/resource factors, and physical characteristics - experienced during the mission.

To this purpose we used qualitative (semi-structured interview) and quantitative (tests of self-report) methodologies to collect the data. Later to perform the analysis results we used the Content Analysis and SPSS 17.0 for Windows. It was concluded that the psychosocial functioning of individuals is healthy; with high perceived social support; the coping strategies that were more used are plan, positive reinterpretation, and acceptance; and yet, that this functioning was scored to be fairly resilient.

Key-words: Resilience, Coping Strategies, Perceived Social Support, Depression, Anxiety, protective factors, stressors, traumatic stimulus.

Índice

Introdução	8
1. Enquadramento teórico	10
2. Metodologia	18
2.1. O Desenho da Investigação	18
2.2. Questão inicial	18
2.2.1. Mapa Conceptual	19
2.3. Objectivos	20
2.4. Questões de Investigação	21
2.5. Estratégia metodológica	22
2.5.1 Caracterização da amostra	23
2.5.2. Instrumentos utilizados	24
2.5.2.1 Entrevista Semi-estruturada	25
2.5.2.2 Bateria de Testes	25
2.5.2.3 Questionário Sócio-demográfico.....	32
2.5.3 Procedimento na recolha de dados.....	32
3. Resultados.	34
3.1. Resultados qualitativos.....	34
3.1.1. Descrição dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas.....	34
3.2. Resultados quantitativos	37
3.2.1 Análise descritiva da amostra no que respeita às variáveis do funcionamento psicossocial.....	37
3.2.2. Análise da normalidade das variáveis em estudo.....	40
3.2.3. Correlações entre as variáveis em estudo.....	40
3.2.3.1. Análise das correlações entre as variáveis sócio-demográficas e as variáveis do funcionamento psicossocial.....	40
3.2.3.2. Análise da correlação entre as estratégias de coping e a resiliência.....	42
3.2.3.3. Análise da existência de sintomatologia (depressão e ansiedade) e a resiliência	43
3.2.3.4. Correlação entre a resiliência e a percepção de suporte social.....	44
4. Discussão dos resultados.....	45
5. Conclusão	51

Bibliografia.....	53
Anexos	

Introdução

Ao longo da vida o Homem vai sendo confrontado com situações de perda e de elevado stress, decorrentes do processo natural do ciclo da vida, como é o caso da morte de entes queridos, e até mesmo situações consideradas como traumáticas (e.g guerras; desastres naturais; observar inesperadamente um cadáver ou partes de um cadáver; entre outros), no entanto a forma como cada um lida com essas situações varia de indivíduo para indivíduo (Bonanno, 2004).

Algumas pessoas vivem estas situações com elevado stress (reação aguda de stress) do qual pensam não conseguir recuperar outras sofrem de forma menos intensa e por um período de tempo menor, e outras ainda, aparentemente, parecem recuperar muito rapidamente mas, em seguida, começam a desenvolver alguma sintomatologia. No entanto, um número muito elevado de pessoas, consegue suportar estas situações de perda e mesmo traumáticas de forma positiva, sem desenvolver patologia ou perturbação aparente nas relações próximas e tarefas do dia-a-dia, parecendo ainda que fica como que fortalecido para enfrentar e suportar novos desafios (Bonanno, 2004).

A maioria das pessoas está ou virá a estar expostas a pelo menos uma situação violenta ou que coloque em risco a sua própria vida, durante toda a sua vida (Ozer Best, Lipsey & Weiss, 2003 cit. in Bonanno 2004). No entanto, existem indivíduos que, devido às características e idiosincrasias das suas profissões, como é o caso dos Bombeiros, Operacionais de Emergência Médica, Equipas de Ajuda Humanitária, entre outros, estão expostos a um número mais elevado de situações consideradas como traumáticas. Facto este, que tem levado a que alguns autores (Austin & Godleski, 1999; Kelly, 1997 cit. in Fernandes & Maia, 2003) se tenham vindo a interessar por estudar o impacto que a actividade de socorro a vítimas, como é o caso de acidentes naturais e tecnológicos, tem sobre os técnicos que exercem esta actividade, assim como por perceber como estes vivenciam e encaram todas as situações bastante exigentes subjacentes à intervenção.

A presente Investigação insere-se assim nesta temática, de Resiliência e Trauma Psicológico mais concretamente em intervenção em catástrofe, e pretende perceber qual o funcionamento psicossocial dos indivíduos que integraram a equipa portuguesa de ajuda humanitária no Haiti, após uma semana do seu regresso a casa, relacionando tal

funcionamento psicossocial com algumas variáveis sócio-demográficas dos indivíduos, e com alguns factores experienciados no decorrer da missão.

Este trabalho está organizado em 5 secções, nomeadamente: 1) uma breve revisão de literatura sobre as principais temáticas desta investigação; 2) descrição do processo metodológico utilizado; 3) apresentação dos resultados obtidos; 4) discussão dos resultados; 5) reflexões finais sobre as principais conclusões deste estudo, assim como as suas limitações e contributos, e ainda sugestões para futuras investigações.

1 – Enquadramento Teórico

Trauma Psicológico e Desenvolvimento de Patologia

Segundo Merriam-Webster (1988, cit. in Valentine 2003) o Trauma psicológico caracteriza-se por um estado psíquico ou comportamental alterado, que resulta de um stress mental ou emocional, ou ainda de uma lesão física provocada por um agente externo. O DSM-IV-TR considera como desencadeadores de respostas traumáticas: “Morte ou ameaça de morte; ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça grave vivido por um familiar ou amigo íntimo (...) situações que envolvam medo intenso, impotência ou horror”. Como exemplo de eventos traumáticos, refere os combates de guerra, assaltos pessoais violentos, maus tratos, desastres naturais, observar inesperadamente um cadáver ou partes de um cadáver, entre outros (APA, 1994).

O evento traumático diminui o equilíbrio da vítima deixando-a em sofrimento, altera o seu sentimento de segurança e de auto-suficiência, a sua susceptibilidade de ligação com os outros, destrói os mecanismos habituais de adaptação, podendo conduzir ainda ao surgimento de queixas físicas (Everstine e Everstine, 1993 cit. in Valentine, 2003). Segundo Waites (1993, cit. in Valentine) a desorganização é um dos principais efeitos que decorre da exposição a situações traumáticas, tanto naquelas que ocorrem num curto espaço de tempo, que originam respostas de sobrevivência do tipo luta ou fuga, como nas que ocorrem de forma mais continuada. Outro dos efeitos é o de revivenciar a experiência na forma de imagens mentais por um curto período, pensamentos intrusivos, sendo que, no entanto, estas “intrusões” têm uma função adaptativa (Creamer et al., 1992; Joseph et al., 1995; McFarlane, 1992 cit. in Valentine, 2003). O problema surge quando a duração e a intensidade de todas estas reacções se prolongam ou intensificam ao longo do tempo, e quando isso acontece temos o surgimento de patologia, como é o caso da Perturbação Aguda de Stress (PAS) e da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) (APA, 1994). Ambas as perturbações incluem sintomatologia de evitamento, activação e intrusão. O primeiro domínio, o evitamento, manifesta-se por depressão, embotamento emocional, desejo de não pensar na situação traumática, ou mesmo evitar estímulos relacionados com o acontecimento. A activação caracteriza-se por ritmo cardíaco acelerado (taquicardia), ansiedade, sudorese ou tensão arterial elevada. Por

último, o terceiro domínio, a intrusão caracteriza-se pelo surgimento de pensamentos indesejados (*flashback*) e pesadelos (Valentine, 2003).

A diferença entre o diagnóstico de PAS e PTSD está relacionada com a presença ou ausência dos três domínios, referidos anteriormente, assim como com a sua duração. Quando toda a sintomatologia de evitamento, activação e intrusão está presente e por um período superior a 4 semanas estamos perante um diagnóstico de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) no entanto caso a duração da sintomatologia seja inferior a 4 semanas ou alguma da sintomatologia não esteja presente, estamos perante um diagnóstico de Perturbação Aguda de Stress (PAS) (Valentine, 2003). No entanto, em ambas as patologias, os sintomas principais nos primeiros dias, são a ansiedade ou/e a depressão. Isto acontece porque muitos destes acontecimentos combinam situações de perigo (ansiedade) e perda (depressão), podendo-se falar assim da existência de uma comorbilidade entre ambas (Godinho & Paulino, 2005).

Apesar de a probabilidade de uma pessoa se confrontar ao longo da vida com eventos traumáticos ser de 60 a 75% (Kessler et al, 1995; Norris, 1992; Albuquerque et al, 2003 cit. in Fernandes & Maia, 2003), apenas cerca de 12,3% da população em geral desenvolve PTSD (Resnick, et al, 2003 cit. Maia & Fernandes, 2003), no entanto em determinados “grupos” estes valores assumem outros valores, como é o caso dos veteranos de guerra, equipas de salvamento, entre outros (Alexander & Klein, 2003).

Segundo Alexander e Klein (2005) existem factores, considerados de risco, que contribuem para uma maior vulnerabilidade perante situações traumáticas, e consequentemente para uma maior probabilidade do desenvolvimento de PTSD. Estes factores de risco agrupam-se em três categorias, factores pré-traumáticos; factores peri-traumáticos e factores pós-traumáticos. Como exemplo de factores pré-traumáticos temos baixo nível cognitivo, social, educacional, ou económico; existência de história psiquiátrica própria ou familiar; neuroticismo; história de abusos na infância; traumas anteriores, entre outros. Como factores peri-traumáticos considera-se o ter sofrido ameaça de morte real ou percebida (própria ou de outros); estar exposto a estímulos traumáticos; a severidade do trauma; proximidade ao evento; perda de alguém próximo; perdas pessoais significativas; falta de previsibilidade e controlo dos acontecimentos. Por fim, como exemplo de factores pós-traumáticos temos, ausência de suporte social e familiar; elevadas exigências sociais; perda de recursos; ter sentimentos de culpa não só

de si próprio, como também por parte dos outros, ou sentimentos de rejeição (Alexander & Klein, 2003).

Assim, apesar de a exposição a situações traumáticas ser uma condição necessária para o desenvolvimento de perturbação psicológica, esta não é suficiente, pois apesar de os mesmos indivíduos serem sujeitos às mesmas situações extremas, nem todos desenvolvem perturbação. Sendo assim, é necessário não só perceber as características do evento traumático, como também os factores de risco e de protecção subjacentes ao indivíduo (Fernandes & Maia, 2003).

Resiliência

Segundo Bonanno (2004) resiliência refere-se à capacidade que o ser humano tem de perante situações exigentes, e mesmo potencialmente traumáticas, manter-se relativamente estável e saudável, assim como com um funcional funcionamento psicológico e físico.

O conceito de resiliência emerge na sequência dos estudos realizados sobre o desenvolvimento de patologia, perante a vivência de situações potencialmente traumáticas, mais precisamente sobre PTSD, sendo a resiliência considerada por muitos investigadores e mesmos psicólogos como a ausência de PTSD (Almedom & Glandon, 2006). Segundo Amedom e Glandon (2006) a resiliência é muito mais do que a simples ausência de PTSD, assim como a saúde significa mais do que ausência de doença.

Inicialmente considerava-se que os indivíduos que recuperavam da perturbação, por exemplo PTSD, seriam considerados como sendo resilientes. No entanto Papa e O'Neill (2001, cit. in Bonanno, 2004) não concordam com esta comparação, pois segundo os autores os indivíduos resilientes podem experienciar perturbações transitórias no seu funcionamento normal, como por exemplo alterações do sono, mas geralmente exibem ao longo do tempo uma trajectória de funcionamento estável, assim como a capacidade de gerar experiências e emoções positivas.

Tendo em conta a complexidade do conceito Resiliência, assim como as várias teorias e investigações dele decorrentes, Richardson (2002) a partir de uma extensa revisão de literatura, apresenta-nos a resiliência segundo três linhas de investigação. A primeira linha de investigação vê a resiliência enquanto “Qualidades Resilientes”, focando-se na descrição das qualidades resilientes e/ou factores protectores dos indivíduos, por

oposição aos factores de risco e de vulnerabilidade, e dos sistemas de suporte que predizem o sucesso pessoal e social. Como exemplo de qualidades resilientes temos: tolerância, boa comunicação, elevada auto-estima (Werner 1992, cit. in Richardson, 2002); felicidade (Buss, 2000 cit. in Richardson, 2002); bem-estar subjectivo (Diener, 2000 cit. in Richardson, 2002); optimismo (Peterson, 2000 cit. in Richardson, 2002); fé (Myers, 2000 cit. in Richardson, 2002); auto-determinação (Ryan & Deci, 2000; Benbow, 2000 cit. in Richardson, 2002); excelência (Lubinski & Benbow, 2000 cit. in Richardson, 2002), e a criatividade (Simononton, 2000 cit. in Richardson, 2002); a moralidade e auto-controlo (Baumeister & Exline, 2000 cit. in Richardson, 2002), e por último e mais recentemente, surge a flexibilidade adaptativa (Westphal & Bonanno, 2007).

Segundo Garnezy e Masten (1991, cit. in Anaut, 2005), a resiliência assenta em três tipos de factores de protecção, que denominam de “tríade da força psicológica da resiliência”, factores individuais (e.g a personalidade, capacidades cognitivas, entre outras), factores familiares (e.g coesão, adaptabilidade, entre outras), e por último factores extra familiares (e.g suporte social, bons recursos disponibilizados pela sociedade, entre outros). O suporte social é um dos principais factores em situações de crise/stress podendo mesmo, como referem Rodin e Salovey (cit. in Ribeiro, 1999), inibir o desenvolvimento de patologia. Segundo Cobb 1976 (cit. in Ribeiro, 1999) o suporte social define-se como a informação que o indivíduo tem relativamente, a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele; a acreditar que é apreciado e tem valor próprio; e por último, a acreditar que pertence a uma rede de comunicações e mútuas obrigações, às quais pode recorrer caso precise de ajuda ou assistência (Dunst & Trivette, 1990, cit in Ribeiro, 1999)

A segunda linha de investigação sugerida por Richardson (2002) surge como tentativa de perceber o processo necessário para atingir as qualidades identificadas, anteriormente como resilientes. A resiliência é, assim, vista enquanto processo de *coping* para lidar com os stressores, as adversidades, mudanças, ou como forma de identificar, fortificar e enriquecer os factores protectores. Esta linha de investigação vê a resiliência, e a aquisição de algumas das qualidades resilientes, enquanto resultado de processos disruptivos e reintegrativos. Segundo o Modelo de Resiliência de Richardson (1990, cit. in Richardson, 2002) qualquer pessoa que passe por momentos de disrupção, provocados por eventos que vão perturbar a homeostasia biopsicoespiritual do

indivíduo, tem a oportunidade de escolher de forma consciente ou inconsciente o resultado dessas disrupções. A reintegração resiliente desses eventos stressantes e mesmo traumáticos, refere-se ao processo de reintegração ou *coping* que resulta em crescimento, conhecimento, auto-conhecimento, e no aumento da força das qualidades resilientes já existentes (Richardson, 2002).

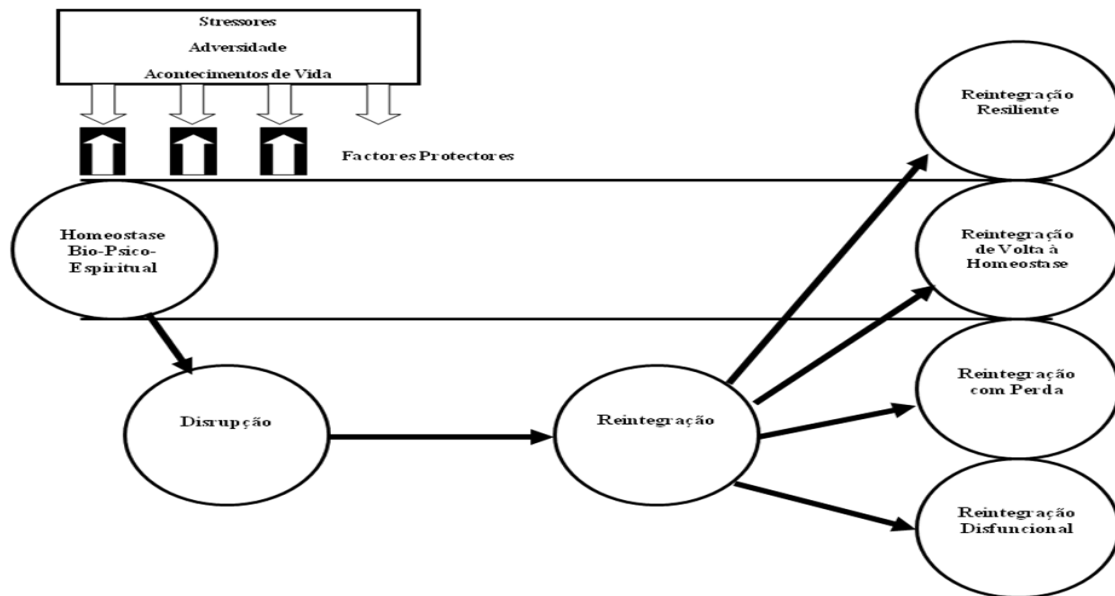


Fig. 1. Modelo de Resiliência (Richardson, 1990)

A nível conceptual *coping* e resiliência parecem bastante semelhantes, no entanto é preciso não os confundir. Segundo Lazarus e Folkman (1984) o *coping* pode ser definido como o conjunto de esforços comportamentais e cognitivos (estratégias de *coping*), que permitem gerir as exigências externas ou internas específicas, que excederam os recursos pessoais e, assim, possibilitar um ajustamento adequado e adaptativo. Assim, pode considerar-se que as estratégias de *coping* participam no fenómeno de resiliência, este considerado como um processo mais vasto e complexo, podendo este despoletar diversos comportamentos e também diversas e diferentes estratégias de *coping* (Anaut, 2005).

A terceira linha de investigação, referida por Richardson (2002) revela-nos a visão pós-moderna e multidisciplinar da resiliência, centrada nas forças/energias motivacionais da resiliência, necessárias para o processo de reintegração através da adversidade. Esta força/ energia pode tomar diferentes nomes, como mecanismo inato de auto-regulação (Werner and Smith, 1992 cit. in Richardson, 2002), ou como a capacidade humana que

todos os indivíduos têm para se transformarem e modificarem (Lifton, 1994 cit. in Richardson, 2002).

Segundo Anaut (2005) a resiliência é abordada tanto como um conceito, um traço de carácter, o resultado de um processo, o próprio processo ou um modo específico de funcionamento, conforme as investigações e as tentativas de aplicação que se fazem no terreno.

Alguns investigadores têm-se debruçado sobre a investigação da resiliência, mas em grupos comunitários (não familiares) que são considerados como sistemas que podem apresentar certas características e especificidades ao nível psicológico, na medida em que são grupos de indivíduos que possuem laços em comum e interagem uns com os outros. Os factores indicados como podendo contribuir para o desenvolvimento da resiliência colectiva são: o apoio mútuo; a expectativa de que os outros irão conseguir ultrapassar a crise; elevado nível de participação na comunidade; possuir determinadas características pessoais, como optimismo, e elevado nível de *empowerment* (Anaut, 2005)

Intervenção em Catástrofe

Várias têm sido as investigações realizadas com vítimas directas de eventos traumáticos, como é o caso de vítimas de desastres naturais, sobreviventes de guerra, entre outras. No entanto só mais recentemente, alguns investigadores se têm debruçado, sobre o estudo do impacto que a actividade de socorro a vítimas de acidentes, nomeadamente acidentes naturais e tecnológicos, tem sobre os variados operacionais que exercem esta actividade (Austin, Godleski, 1999; Kelly, 1997 cit. in Fernandes & Maia, 2003).

Estes são frequentemente expostos a várias situações e estímulos exigentes, como por exemplo a corpos mutilados, destruição em massa, a situações de risco de vida, e actividades fisicamente e emocionalmente exigentes (Bartone, Ursano, Wright, & Ingraham, 1989; Durham, McCammon, & Allison, 1985; Raphael, 1986; Wright, Ursano, Bartone, & Ingraham, 1990 cit. in Fullerton, McCarroll, Ursano, & Wright, 1992). O carácter recorrente e imprevisível destas situações torna os sujeitos particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de perturbação (Fernandes & Maia, 2003). Sendo considerados por alguns autores como “vítimas escondidas” (Mitchell, Everly e Mitchell, 1999 cit. in Fernandes & Maia, 2003).

Estudos realizados com bombeiros e elementos de emergência médica têm mostrado que a participação em actividades de salvamento, e muitas vezes o confronto com o sofrimento e a impossibilidade de evitar a morte das vítimas estão associados com o desenvolvimento de sintomatologia física e psicológica (Maia & Fernandes, 2003).

Quando os paramédicos não têm êxito nas tentativas de reanimação, manifestam como consequência pensamentos, emoções e imagens mentais relacionadas com estas tentativas, sendo estas experiências vividas como involuntárias, incontrolláveis e perturbadoras (Swanson, 1990 cit. in Fernandes & Maia, 2003).

As equipas de salvamento são equipas multidisciplinares, e constituídas por elementos com formações e competências específicas, desde bombeiros, médicos, paramédicos, psicólogos, entre outros, que trabalham em parceria (Bronisch, Maragkos, Freyer, Cyran, Butullo, Weimbs, & Platiel, 2006), e são formados e preparados para intervir em situações de emergência e mesmo catástrofe.

No entanto, apesar de as equipas de intervenção terem objectivos e planos de acção pré-definidos, estes nem sempre se podem concretizar da forma como esperavam, pois têm que se adaptar de acordo ao palco de desastre que encontram, assim como às necessidades mais urgentes e emergentes para os sobreviventes e seus familiares (Bronisch et al. 2006), havendo assim a necessidade de possuírem alguma flexibilidade adaptativa (Wetphal & Bonanno, 2007).

As equipas de salvamento no decorrer da missão encontram-se perante situações muito exigentes, a vários níveis, não só a nível sensorial, pois estão perante um cenário de muita, e por vezes total, destruição, com corpos mutilados, empilhados, queimados e mesmo deixados pelas ruas e valetas ao acaso, com gritos de dor e desespero, entre muitos outros estímulos exigentes. Como também a nível emocional, ao contactarem e inter-relacionarem-se com as vítimas e com o seu sofrimento, ou seja a estabelecerem relação, e ainda a nível físico, pois o trabalho é muito intenso e desgastante, e muitas vezes as horas e as condições de descanso são poucas (Raphael, 2007).

Numa investigação realizada sobre a intervenção em crise após o Tsunami Phuket and Khao Lak em que os técnicos se depararam com vários factores de stress, nomeadamente com um elevado número de mortos e de feridos; com um atroz sofrimento por parte não só das vítimas como também dos familiares; com um elevado risco de surgimento de epidemias; com condições climáticas muito diferentes das suas e ainda com uma cultura e língua que não conheciam. Estes indicaram como sendo os

principais factores de protecção, aqueles que lhes permitiram lidar no local com todas estas dificuldades, a coesão do grupo e o *coaching* diário. (Bronisch et al. 2006). Para além destes factores de protecção, referiram ainda a importância de contactar pelo telefone com a família e/ou namorada, pois se estiverem preocupados com alguma situação específica que se passe nas suas casas, isso vai limitar e condicionar a sua concentração no trabalho (Maguen, Turcotte, Peterson, Dremsa, Garb, McNally, & Litz, 2008); outro dos factores também apontado é a zona de descanso ser afastada do local de intervenção, assim como estarem junto de operacionais da sua nacionalidade, e ainda o apoio psicológico estar disponível, tanto durante como após a missão (Bronisch et al. 2006).

A maioria dos operacionais das equipas de salvamento, enquanto estão na missão como que experienciam “estados dissociativos”, na medida em que se “desligam” da parte emocional, e permanecem num estado de vigilância e acção. No entanto, apesar de as emoções serem muitas vezes reprimidas, as experiências de outros desastres podem fazer com que se inicie a sintomatologia de uma reacção aguda de stress. (Bronisch et al. 2006).

Num estudo realizado com bombeiros expostos a graves desastres naturais verificou-se uma prevalência de PTSD de 16% (McFarlane, 1988 cit. Maia & Fernandes 2003) registando-se em 95% da amostra pelo menos uma queixa física (Beaton, Murphy & Pike, 1996 cit. in Fernandes & Maia, 2003).

Apesar da existência prévia de factores de vulnerabilidade ou de resiliência, assim como o suporte social e familiar, estarem disponíveis depois da vivência da experiência traumática e possam, de certa forma, explicar a diferença das reacções nos indivíduos, nomeadamente a de uns desenvolverem perturbação enquanto outros reintegram de forma resiliente os eventos traumáticos, parece haver evidências para afirmar que muitas vezes perante situações extremamente “anormais”, o desenvolvimento de sintomatologia e até mesmo de perturbação é a resposta “normal” de reagir perante tais situações (Fernandes & Maia, 2003).

2. Metodologia

2.1 O desenho da investigação

Esta investigação enquadra-se no âmbito de uma Investigação de Doutoramento¹ em Psicologia Clínica, mais especificamente na área da Resiliência e Trauma Psicológico. O nosso estudo baseia-se apenas num recorte da amostra global, constituída pelos adultos de ambos os sexos, que fizeram parte da Equipa Portuguesa de ajuda Humanitária no Haiti (EPAHH). Este caracteriza-se por ser um estudo qualitativo, estudo de caso colectivo, em que se combinam metodologias quantitativas e qualitativas. Trata-se de um estudo exploratório que procura relacionar variáveis sócio-demográficas com variáveis do funcionamento psicossocial. Estas foram avaliadas em dois momentos, um momento T1 retrospectivo referente ao período da missão, obtido através de entrevista semi-estruturada (metodologia qualitativa), e um momento T2 obtido em auto-relato, através de questionários (metodologia quantitativa). Ambos os momentos foram realizados uma semana após a referida equipa (EPAHH) ter regressado a Portugal, no dia 30 de Janeiro.

A relação entre as variáveis que pretendemos estudar, encontra-se descrita e representada num mapa de referência conceptual (Fig. 1).

2.2. Questão Inicial

Dada a complexidade da Investigação, assim como as diversas variáveis que queríamos estudar, foram duas as questões iniciais que deram origem a este estudo, nomeadamente:

- 1) Qual será o funcionamento psicossocial dos elementos que constituíram a Equipa Portuguesa de Ajuda Humanitária no Haiti após a missão?*
- 2) E quais os factores - estímulos traumáticos, factores stressores, factores protectores/recursos e características físicas - inerentes à missão, assim como as variáveis sócio-demográficas que se correlacionam com tal funcionamento?*

¹ Projecto de Investigação no âmbito de um Programa de Doutoramento mais vasto, em Psicologia Clínica, mais especificamente sobre Resiliência e Trauma Psicológico, apresentado à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa pela Dr.ª Joana Faria.

2.2.1. Mapa conceptual

Seguidamente encontra-se representado o mapa conceptual do nosso estudo. Nele estão representadas as variáveis e constructos em análise, obtidos em dois momentos (T1 e T2), assim como as relações que esperamos avaliar. Consideramos como variáveis sócio-demográficas da Equipa Portuguesa de Ajuda Humanitária no Haiti (EPAHH) o sexo, a idade, a constituição familiar, a situação profissional, as habilitações literárias e, por último, a religiosidade. Relativamente à visão retrospectiva (T1), que cada elemento faz da missão, serão estudados os estímulos traumáticos, os factores de stress, assim como os factores protectores/recursos e, as características físicas da missão, descritas pelos participantes. O funcionamento psicossocial (T2) será avaliado através das estratégias de *coping*, da resiliência, da existência ou não de sintomatologia (depressão e/ou ansiedade) e pelo suporte percebido pelo sujeito. As setas representam as relações que se pretendem estudar.

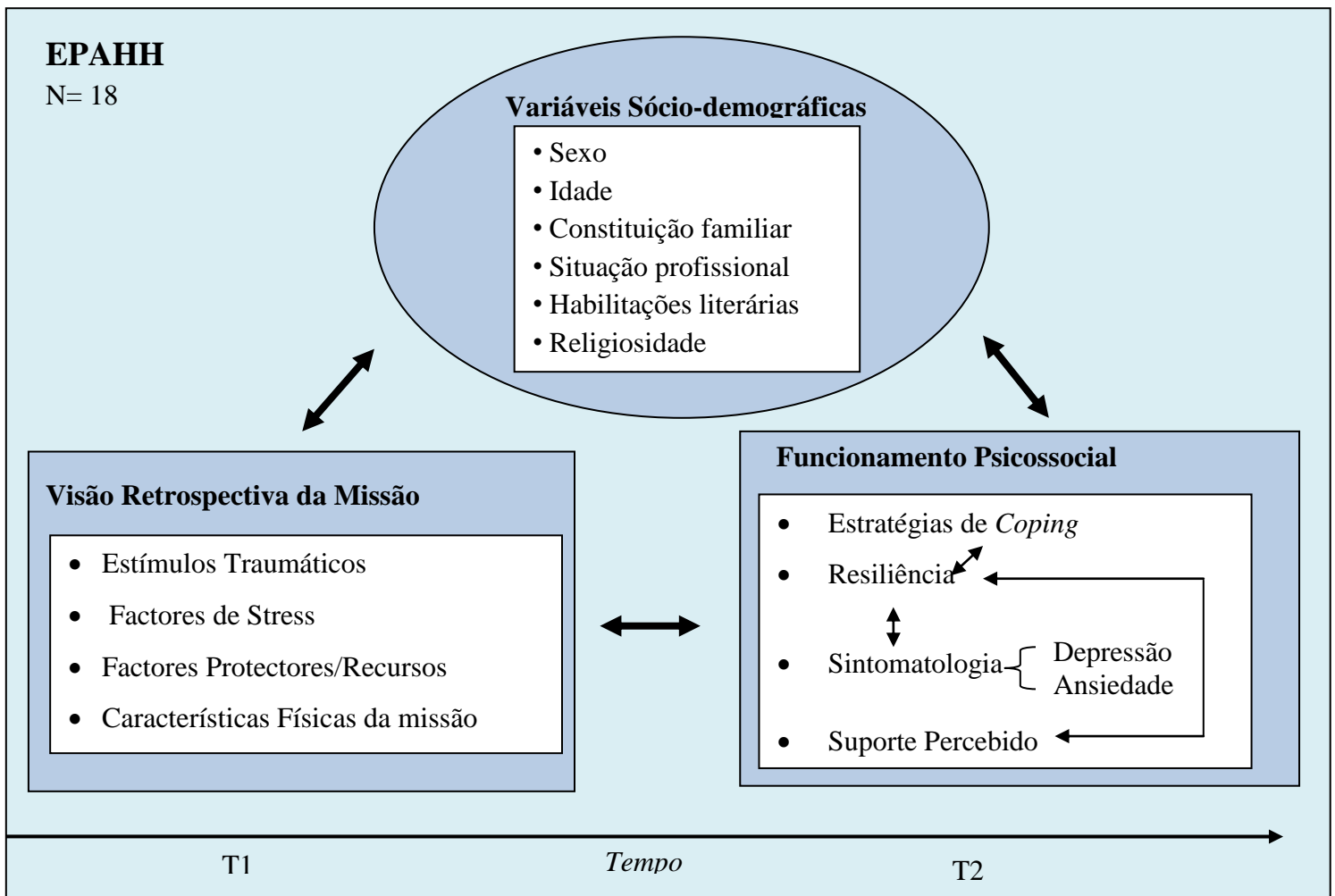


Figura 1 – Quadro de Referência Conceptual

2.3. Objectivos

2.3.1. Objectivo geral

Este estudo tem como objectivos gerais: a) perceber qual o funcionamento psicossocial dos indivíduos que integraram a equipa portuguesa de ajuda humanitária no Haiti, após uma semana do seu regresso a casa; b) relacionar este funcionamento psicossocial com algumas variáveis sócio-demográficas – sexo, idade, constituição familiar, situação profissional, habilitações literárias e religiosidade - dos indivíduos, e com alguns factores – estímulos traumáticos, factores de stress, factores protectores/recursos, e características físicas - experienciados no decorrer da missão.

2.3.2. Objectivos específicos

Tendo em conta o objectivo geral, referido anteriormente, definiram-se os objectivos específicos que o nosso estudo pretende estudar, nomeadamente:

- Descrever e perceber quais os estímulos traumáticos e factores de stress, maioritariamente referidos, a que a EPAHH esteve sujeita durante a sua missão;
- Descrever e perceber quais os recursos ou factores protectores, que foram considerados como sendo os mais importantes do decorrer da missão;
- Perceber quais as características físicas da missão, mais especificamente as condições de trabalho e de descanso que a EPAHH tinha;
- Analisar qual a relação entre as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, constituição familiar, situação profissional, habilitações literárias e religiosidade) e a visão retrospectiva da missão - estímulos traumáticos, factores de stress, factores protectores/recursos, características físicas da missão;
- Analisar a relação entre o funcionamento psicossocial e as variáveis sócio-demográficas em estudo;
- Estudar a relação entre o funcionamento psicossocial e a visão retrospectiva da missão - estímulos traumáticos, factores de stress, factores protectores/recursos, características físicas da missão;

- Analisar a relação entre as estratégias de *coping* e resiliência;
- Analisar a relação entre a existência ou ausência de sintomatologia, nomeadamente ansiedade e depressão, e a resiliência;
- Estudar a relação entre a resiliência e a percepção de suporte social.

2.4. Questões de investigação

Sendo o nosso estudo essencialmente de carácter exploratório, pretende-se através deste encontrar algumas respostas a questões pouco abordadas na literatura nacional. No sentido de alcançar os objectivos proposto, foram delineadas as questões de investigação para o nosso estudo. Estando estas divididas nos três pólos da investigação – variáveis sócio-demográficas (Pólo1); visão retrospectiva da missão (Pólo 2), e funcionamento psicossocial (Pólo 3) - e a relação entre estes.

Pólo 1:

1.1 - Haverá alguma relação entre as variáveis sócio-demográficas – sexo; idade; constituição familiar; situação profissional; habilitações literárias e religiosidade - e a visão retrospectiva que os indivíduos têm da missão?

1.2 - Haverá alguma relação entre as variáveis sócio-demográficas, referidas anteriormente, e o funcionamento psicossocial dos indivíduos?

Pólo 2:

2.1 - Quais os estímulos traumáticos que os elementos referem, ao recordarem a missão no Haiti?

2.2 - Quais os factores de stress que os elementos referem, ao recordarem a missão no Haiti?

2.3 - Quais os factores protectores/recursos referidos pela EPAHH, como tendo sido importantes no desenrolar da missão?

2.4 - Quais as características físicas da missão referidas pela EPAHH?

2.5 - Haverá uma relação entre a visão retrospectiva da missão - estímulos traumáticos, factores de stress, factores protectores/recursos, condições de trabalho e de descanso – e o funcionamento psicossocial da EPAHH?

Pólo 3:

3.1 - Haverá alguma relação entre as estratégias de *coping* e a resiliência?

3.2- Haverá presença de sintomatologia, nomeadamente de depressão e ansiedade?

3.3 - Haverá alguma relação entre a presença ou ausência de sintomatologia e a resiliência?

3.4 - Existirá uma relação entre a resiliência e a percepção de suporte social?

2.5. Estratégia metodológica

Tendo em conta o carácter exploratório da nossa investigação, estudo de caso colectivo (estudo qualitativo), pareceu-nos mais rico em termos da obtenção da informação, utilizar como estratégia metodológica a combinação de metodologias quantitativas e qualitativas.

Como metodologia qualitativa recorreu-se a entrevistas semi-estruturadas, para se obter uma visão retrospectiva da vivência da missão pela EPAHH, focando-nos em alguns aspectos particulares das suas narrativas, nomeadamente sobre os estímulos traumáticos, os factores de stress, os factores protectores/recursos e as características físicas da missão por eles referidos.

Posteriormente para avaliarmos algumas dimensões do funcionamento psicossocial da EPAH, uma semana após o regresso da missão, assim como para obtermos algumas variáveis sócio-demográficas utilizaram-se metodologias quantitativas, obtidas através de auto-relato, tendo sido utilizados para esse objectivo 6 questionários – para avaliarmos as estratégias de *coping* utilizamos o Brief-COPE (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004); a resiliência foi avaliada através da CD-RISC (Connor & Davidson, 2001, 2003, 2007; Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2010); para avaliarmos a existência de sintomatologia, nomeadamente de depressão utilizou-se o Inventário Depressivo de Beck (Beck et al, 1961; (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973; Vaz Serra, 1976), e para a ansiedade utilizamos a State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1983) traduzida por Baptista, 1986; a percepção do suporte social foi avaliada pela Escala de Provisões Sociais (Cutrona & Russell, 1981; Canaipa & Moreira, 2007); por fim, para obtermos as variáveis sócio-demográficas em estudo, utilizou-se um questionário sócio-demográfico.

2.5.1. Caracterização da amostra

A nossa amostra é constituída por 18 participantes, com idades compreendidas entre os 26 e os 51 ($M= 36,53$ anos e $DP= 8,11$), sendo que 16 são do sexo masculino e 2 do sexo feminino. No que concerne às habilitações literárias dos participantes, a maioria têm até ao 12º ano (27,8%) e grau de licenciatura (27,8%), e grande maioria encontram-se como trabalhador/empregado (83,3%). Relativamente à variável sócio-demográfica religiosidade, 55,6 % dos participantes considera-se crente não praticante (Quadro 1)

Quadro 1 – Caracterização Sócio-demográfica da Amostra

	Medidas		
	Média	Desvio Padrão (DP)	Intervalo Mínimo-Máximo
Idade	36,53	8,11	26 – 51
	N		%
Sexo			
Masculino	16		88,9
Feminino	2		11,1
Habilitações Literárias			
Até ao 9ºano	1		5,6
Até ao 12º ano	5		27,8
Frequência de curso universitário	2		11,1
Bacharelato	1		5,6
Licenciatura	5		27,8
Pós-graduação	2		11,1
Outro	2		11,1
Situação Profissional			
Estudante e trabalhador	2		11,1
Trabalhador empregado	15		83,3
Religiosidade			
Não crente	7		38,9
Crente não praticante	10		55,6
Crente praticante	1		5,6

Quanto à constituição familiar dos indivíduos, a maioria é solteira (38,9%) e tem filhos (61,1%), oscilando o número de filhos entre 0 (38,9%) e 8 (5,6%), sendo que 27,8% dos participantes tem pelo menos um filho dependente de si. Quanto à coabitação a maioria mora com o cônjuge e os filhos (27,8%) (Quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização da amostra relativamente à constituição familiar

	Medidas	
	N	%
Estado Civil		
Solteiro(a)	7	38,9
União de facto	2	11,1
Casado(a)	6	33,3
Separado(a)	1	5,6
Divorciado(a)	2	11,1
Filhos		
Sim	11	61,1
Não	7	38,9
Número de Filhos		
0	7	38,9
1	4	22,2
2	3	16,7
3	2	11,1
8	1	5,6
Filhos Dependentes		
0	7	38,9
1	5	27,8
2	4	22,2
3	1	5,6
Coabitação		
Pai e mãe juntos	1	5,6
Mãe	1	5,6
Filhos	2	11,1
Namorado(a)/Companheiro(a)	3	16,7
Cônjuge	1	5,6
Sozinho(a)	4	22,2
Cônjuge e filhos	5	27,8
Namorado(a)/companheiro(a) e filhos	1	5,6

2.5.2 – Instrumentos utilizados

Nesta secção pretende-se apresentar e descrever, sucintamente, os instrumentos utilizados na nossa Investigação (Anexo I), para avaliar os constructos e variáveis referidos anteriormente². Tendo em conta o carácter exploratório da nossa investigação,

² Como o presente estudo se insere num Doutoramento mais vasto, utilizou-se uma parte do protocolo utilizado normalmente pela Dr.^a Joana Faria na sua Investigação.

a combinação de metodologias quantitativas e qualitativas, pareceu-nos o método mais indicado por nos proporcionar um amplo conjunto de informação. Como tal utilizámos numa primeira fase a entrevista semi-estruturada (metodologia qualitativa) e posteriormente uma bateria de testes, seguido de um questionário sócio-demográfico.

2.5.2.1 – **Entrevista Semi-estruturada**

Tendo em consideração o tipo da nossa investigação, e mais especificamente os objectivos que pretendíamos alcançar com a entrevista, nomeadamente ter uma visão retrospectiva da missão no Haiti abordando alguns aspectos mais delicados para os participantes, como é o caso de estímulos traumáticos, pareceu-nos que a entrevista semi-estruturada seria a melhor opção. Com efeito, neste tipo de entrevista apesar de o entrevistador ter um esquema (guião) prévio das questões (Anexo I), este não tem que as colocar na ordem pré-estabelecida ou com a formulação específica pré-determinada, pois existe uma grande flexibilidade na exploração das questões. As informações relativas às questões prévias resultam assim de forma fluida, como se fosse uma conversa, que se adapta ao entrevistado e não dum entrevista rígida, de modo a que o entrevistador compreenda as vivências, experiências, e acontecimentos particulares do indivíduo, e assim consequentemente capte o verdadeiro ponto de vista do entrevistado (Bogdan & Biklen, 1991/1994).

Logo no primeiro contacto, e mesmo antes de se iniciarem as entrevistas, a entrevistadora fornecia a informação relativa aos objectivos da investigação em curso, pedindo assim o consentimento para realizar a entrevista. Na nossa investigação, devido ao posicionamento geográfico dos elementos da amostra, as entrevistas foram realizadas tanto pessoalmente, e neste caso gravadas em áudio, como pelo telefone, registando-se o que o entrevistado dizia. Posteriormente foram transcritas ou rescritas as entrevistas, e procedeu-se à análise de conteúdo das mesmas.

2.5.2.2 – **Bateria de Testes**

Brief COPE

Para podermos perceber o tipo de estratégias de *coping* utilizadas pelos nossos participantes, utilizamos o questionário Brief-COPE (Carver, 1997) traduzido e

adaptado para a população portuguesa (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004). Este questionário deriva do inventário COPE (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989 cit in Carver, 1997), utilizado para avaliar os estilos e estratégias de coping, que assenta numa longa e extensa base teórica sobre *coping*. O inventário COPE sofreu várias alterações quanto à sua estrutura, sendo constituído numa primeira fase por 52 itens distribuídos por 13 escalas, posteriormente por 53 itens distribuídos por 14 escalas, e por último 60 itens em 15 escalas (Carver e tal., 1989; Carver, 1997b cit in Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

No entanto, tendo em conta a extensão do inventário, e consequentemente a morosidade do tempo necessário para o seu preenchimento, houve a necessidade de se criar uma versão mais reduzida do instrumento, tendo então sido criado por Carver (1997) o Brief COPE.

O Brief COPE é constituído por 28 itens distribuídos por 14 escalas, tendo cada escala dois itens a si associados, as escalas são: *Coping* activo; Planear; Utilizar suporte instrumental; Utilizar suporte emocional; Religião; Reinterpretação positiva; Auto-culpabilização; Aceitação; Expressão de sentimentos; Negação; Auto distração; Desinvestimento comportamental; Uso de substâncias, e por último, Humor.

Os itens são redigidos em termos de acção que as pessoas utilizam, e a resposta é dada numa escala ordinal com quatro alternativas de “0 a 3”, nomeadamente 0= ”nunca faço isto”; 1= “faço isto por vezes”; 2= “em média é isto que faço”, e 3=”faço sempre isto”. O resultado aparece não como um somatório ou valor total, mas sim como um perfil do funcionamento psicológico (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004).

A consistência interna do instrumento para a nossa amostra foi avaliada e comparada com a versão original (Carver, 1997) e a versão portuguesa (Pais Ribeiro & Rodrigues, 2004) (Quadro 3).

Quadro 3 – Consistência interna do Brief COPE (*alphas* de Cronbach de cada escala)

Escalas da Brief COPE	Carver (1997)	Pais Ribeiro & Rodrigues (2004)	Amostra EPAHH
1- <i>Coping</i> activo	0,68	0,65	0,83
2 – Planear	0,73	0,70	*
3 – Utilizar suporte instrumental	0,64	0,81	0,84
4 – Utilizar suporte social emocional	0,71	0,79	0,83

5 – Religião	0,82	0,80	0,56
6 – Reinterpretação positiva	0,64	0,74	*
7 – Auto-culpabilização	0,69	0,62	*
8 – Aceitação	0,57	0,55	
9 – Expressão de sentimentos	0,50	0,84	0,83
10 – Negação	0,54	0,72	0,83
11 – Auto distração	0,71	0,67	*
12 – Desinvestimento comportamental	0,65	0,78	*
13 – Uso de substâncias (medicamentos/álcool)	0,90	0,81	*
14 - Humor	0,73	0,83	0,55

**alphas* de Cronbach inferiores a 0,50 (menor valor obtido na escala original (Carver, 1997))

Inventário Depressivo de Beck

Com o objectivo de avaliarmos a existência de sintomatologia depressiva aplicamos o Inventário Depressivo de Beck (BDI), desenvolvido em 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock, e Erbaugh (*Archives of general psychiatry*, 4, 561-571) aferido para a população portuguesa por Adriano Vaz Serra e Pio Abreu (1973).

O BDI é um instrumento de auto-relato constituído por 21 itens, que reflectem manifestações diferentes dos sintomas de depressão, nomeadamente, (a) tristeza, (b) pessimismo, (c) sensação de falhar, (d) insatisfação, (e) culpa, (f) expectativa da punição, (g) auto-odiar-se, (h) auto-culpabilização, (i) desejos auto-punitivos, (j) crises de choro, (k) irritabilidade, (l) isolamento social, (m) indecisão, (n) distorção da imagem corporal, (o) problemas a nível do trabalho, (p) perturbações do sono, (q) fadiga, (r) perda de apetite, (s) perda de peso, (t) preocupação somática, e (u) perda da libido (Beck et al, 1961).

Cada item é constituído por 4 ou 5 afirmações que caracterizam o estado actual do indivíduo, as afirmações estão colocadas de forma a medirem o grau de severidade do sintoma, estando colocadas de forma crescente relativamente à severidade do sintoma, desde neutro (0) até muito severo (3) (0= inexistente, 1= leve, 2= moderado e 3= grave). O resultado final do Inventário, é obtido através do somatório dos 21 itens variando de 0 a 63 pontos, considerando Beck a seguinte cotação: 0-9 Não Deprimido; 10-20 Depressão Leve (10-17 Disforia; 17-20 Estado Depressivo Leve); 20-30 Depressão Moderada e 30-63 Depressão Grave. Para a população portuguesa Vaz Serra e Pio

Abreu (1973) estabelecem os seguintes valores: 0-11 Ausência de Depressão; 12-17 Depressão Ligeira; 18-24 Depressão Moderada e 25-63 Depressão Grave.

Vários têm sido os estudos realizados desde 1961 relativamente às propriedades psicométricas do BDI, quanto à consistência interna do instrumento este tem revelado bons índices tanto para amostras psiquiátricas como não psiquiátricas, com *alphas* de Cronbach de 0,86 e 0,81 respectivamente (Beck, Steer & Garbin, 1988). A consistência interna realizada à nossa amostra, apesar de não ser tão elevada quanto a referida anteriormente, é satisfatória (Quadro 4).

Quadro 4 – Consistência interna do BDI (*alpha* de Cronbach, correlações inter-item e correlações item - total)

	<i>Alpha</i> de Cronbach	Correlação inter-itens			Correlação item-total	
		Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo
BDI	0,64	-0,27	1,00	0,10	-2,66	0,63

Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI)

A presença de sintomatologia de ansiedade foi avaliada através do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger- Forma Y, construído por Spielberger em 1983, sendo utilizada a versão traduzida para a população portuguesa por Américo Baptista (1986).

Segundo Spielberger (1994) estado de ansiedade refere-se a um momento transitório na vida emocional do indivíduo, em que este experiencia sentimentos subjectivos de tensão, apreensão, nervosismo, preocupação, entre outros. Por sua vez, ansiedade enquanto traço refere-se a uma pré-disposição individual para perceber situações da vida mais stressoras como ameaças, havendo tendência para reagir de forma mais frequente e intensa do que na ansiedade enquanto estado (Spielberger, 1994 cit por Silva, 2003).

Este inventário é um questionário de auto-relato, constituído por duas escalas de 20 itens cada. A escala Y-1 tem como principal objectivo avaliar a ansiedade enquanto estado, como é que a pessoa se sente neste momento, e a escala Y-2 avaliar a ansiedade enquanto traço, como é que a pessoa se sente habitualmente. Na aplicação do inventário

deve sempre aplicar-se primeiro a escala ansiedade-estado (Y1) e posteriormente a escala ansiedade-traço (Y2), para evitar a interferência do sentimento despertado pela resposta à escala Y2 na escala Y1.

A cotação de cada item é dada segundo uma escala de likert de 1 a 4 que corresponde ao grau de ansiedade (na escala Y1 1= "Nada", 2= "Um pouco", 3= "Moderadamente e 4= "Muito"; na escala Y2 1= "Quase nunca", 2= "Algumas vezes", 3= "Frequentemente e 4= "Quase sempre"), existindo 10 itens da escala de Estado (Y1) (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) e 9 itens da escala de Traço (Y2) (21, 23, 26, 27, 30, 33,34, 36, 39) em que a ansiedade está ausente, sendo estes cotados de forma inversa. O total de cada escala obtém-se somando a pontuação obtida em cada item, variando a pontuação entre 20 e 80 para cada escala.

Este instrumento tem mostrado boas propriedades psicométricas, relativamente à consistência interna do instrumento, não só no estudo original (Spielberger, 1983) como também em estudos com a população portuguesa (Silva & Campos, 1998), e ainda com a nossa amostra (Quadro 5.1 e Quadro 5.2).

Quadro 5.1 - Consistência interna da STAI

	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Correlação inter-itens</i>			<i>Correlação item-total</i>	
		Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo
Ansiedade Estado Y1	0,87	-0,49	0,93	0,35	-0,44	0,86
Ansiedade Traço Y2	0,86	-0,39	0,87	0,28	-0,12	0,83

Quadro 5.2 – *Alphas* de Cronbach da STAI

	Spielberger , (1983)	Silva & Campos, (1998)	Amostra (EPAHH)
Ansiedade Estado Y1	>0,90	0,89 a 0,93*	0,87
Ansiedade Traço Y2	0,90	0,88 a 0,90*	0,86

*Intervalo dos *alphas* de Cronbach obtidos por Silva e Campos (1998) em três amostras diferentes

CD-RISC

Para avaliarmos a resiliência dos participantes utilizámos a escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC) (Connor & Davidson, 2003) traduzida e adaptada para a população portuguesa por Faria-Anjos, Ribeiro e Ribeiro (2010). A resiliência pode ser vista como uma medida de desenvolvimento de estratégias de *coping* perante situações de stress, assim como um “alvo”/objectivo muito importante no tratamento de perturbações de ansiedade, depressão, e reacções de stress (Connor & Davidson, 2003). A CD-RISC é uma escala breve de auto-relato, que permite não só a avaliação e quantificação da resiliência do indivíduo, como também é uma medida clínica para aceder e avaliar determinada resposta a um tratamento. Esta é constituída por 25 itens, cada item possui uma escala crescente de likert de 5 pontos (0 = “não verdadeira”, 1= “raramente verdadeira”, 2= “às vezes verdadeira”, 3= “geralmente verdadeira” e 4= “quase sempre verdadeira”), em que o participante assinala conforme a concordância com a afirmação feita em cada item, relativamente à sua realidade e mais especificamente na sua última semana, por exemplo “Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida”. A pontuação total da escala varia entre 0 e 100, sendo que quanto mais elevado é o valor, maior é a resiliência do indivíduo (Connor & Davidson, 2003).

A estrutura factorial da CD-RISC na versão original (Connor & Davidson, 2003), obtida a partir do agrupamento de itens, refere 5 factores (Factor 1- reflecte a noção de competência pessoal, normas elevadas e tenacidade; Factor 2- confiança nos seus próprios instintos, tolerância ao efeito negativo, e efeito reforçador do stress; Factor 3 – aceitação positiva da mudança e relacionamentos seguros; Factor 4 – controlo; Factor 5 – influências espirituais) variando para a versão portuguesa (Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2010) passando a ser apenas de 4 factores (Factor 1 – reflecte a noção de competência pessoal, controlo, e tenacidade; Factor 2 – confiança nos seus próprios instintos, tolerância ao efeito negativo, e efeito reforçador do stress; Factor 3 - aceitação positiva da mudança e relacionamentos seguros; Factor 4 - influências espirituais).

Esta escala tem demonstrado boas propriedades psicométricas, tendo uma boa consistência interna, tanto no estudo original de Connor e Davidson (2003) como na tradução portuguesa (Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2010) (Quadro 6), e ainda na nossa amostra (Quadro 7).

Quadro 6 – *Alphas* de Cronbach da CD-RISC

	Connor & Davidson (2003)	Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro (2010)	Amostra (EPAHH)
CD-RISC	0,89	0,88	0,85

Quadro 7 - Consistência interna da CD-RISC

	Alfa de Cronbach	Correlação inter-itens			Correlação item-total	
		Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo
CD-RISC	0,85	-0,65	0,85	0,24	-0,05	0,83

Escala de Provisões Sociais (EPS)

Para avaliarmos a percepção do suporte social por parte dos nossos participantes, utilizámos a “*Social Provisions Scale*” (SPS) desenvolvida por Cutrona e Russel (1987), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Moreira e Canaipa (2007) (Escala de Provisões Sociais (EPS)). Esta escala assenta num modelo teórico proposto por Robert Weiss (1974, cit por Moreira & Canaipa, 2007), em que segundo este o apoio social funciona como provedor de recursos que ajudam os indivíduos perante situações mais exigentes ou de stress. Salientando seis recursos específicos: (1) Aconselhamento; (2) Aliança Fiável; (3) Vinculação; (4) Integração Social; (5) Reafirmação de valor, e (6) Oportunidade de Prestação de cuidados. Cutrona e Russel (1987) com a EPS pretenderam assim operacionalizar estes recursos específicos, de forma a poderem ser avaliados, não só separadamente como em termos globais.

Numa primeira fase a escala EPS era constituída por 12 itens, que correspondiam a 12 afirmações, em a que cada uma das provisões estivesse associado 2 itens (um positivo e um negativo), posteriormente Cutrona e Russel (1987) acrescentaram mais 12 itens à escala para aumentar a precisão dos resultados, passando a estar associadas 4 afirmações a cada provisão (Moreira & Canaipa, 2007).

Assim, na última versão, utilizada na nossa investigação e adaptada para a população portuguesa a EPS é constituída por 24 itens (4 por dimensão), em que a pessoa refere o seu grau de concordância com cada afirmação utilizando uma escala de likert de 4 pontos (1= “Discordo fortemente”; 2= “Discordo”; 3= “Concordo”; 4= “Concordo fortemente”), por exemplo “As outras pessoas não me vêem como competente”, existindo 12 itens de cotação invertida (itens negativos). A pontuação total ou de cada escala, obtém-se somando a pontuação total dos itens, 4 se for por cada escala e 24 se for para o resultado global (apoio social percebido em termos globais).

Este instrumento tem referido ao longo dos estudos bons índices psicométricos, mais precisamente ao nível da consistência interna, com *alphas* de Cronbach de 0,91 (Cutrona & Russel, 1987) e 0,89 (Moreira & Canaipa, 2007) para a pontuação total. Apesar de na nossa amostra a consistência interna ser também positiva, esta não é tão elevada quanto nos estudos referidos anteriormente (Quadro 8).

Quadro 8 – Consistência interna da EPS

	<i>Alpha</i> de Cronbach	Correlação inter-itens			Correlação item-total	
		Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo
EPS	0,65	-0,50	0,79	0,10	-0,23	0,63

2.5.2.3 – Questionário Sócio-demográfico

O questionário sócio-demográfico utilizado nesta Investigação é constituído por questões de resposta curta, que nos permitem recolher informação particular dos indivíduos, essencialmente ao nível de três áreas específicas: variáveis sócio-demográficas, variáveis psicossociais, e variáveis pessoais (Anexo I).

Nas variáveis sócio-demográficas pretendemos obter informação relativamente à idade, sexo e estado civil. Na segunda área, das variáveis psicossociais, a informação insere-se em dados relativos à constituição familiar do participante (número de filhos, filhos dependentes, coabitação). E por último, na terceira área do questionário, inseriram-se as questões referentes às variáveis pessoais, nomeadamente habilitações literárias, situação profissional e religiosidade.

2.5.3 – Procedimento na recolha de dados

Primeiramente procedeu-se a um primeiro contacto com os indivíduos quer pessoalmente quer pelo telefone, dependendo da distância geográfica dos mesmos, onde lhes era dada a informação sobre a Investigação, nomeadamente sobre os seus objectivos, e de que esta consistia em duas partes (entrevista e preenchimento de um protocolo com os questionários) sendo-lhes pedido a sua participação na mesma. Este mesmo contacto era também “oficializado” com o envio de um email para cada elemento. Foi ainda garantido aos participantes o anonimato e confidencialidade, relativamente a algumas informações (Anexo I).

Posteriormente, e após o consentimento por parte dos participantes, realizaram-se as entrevistas com cada um dos elementos da EPAHH, podendo esta ser presencial ou por telefone, sempre que possível e preferencialmente pessoalmente. Num terceiro momento foi-lhes entregue o protocolo com os questionários (Brief-COPE; CD-RISC; STAI Y1 e Y2; BDI; EPS, e Questionário Sócio-demográfico), tendo este sido preenchido quer presencialmente com a entrevistadora como via internet, mais uma vez devido às condições já referidas anteriormente.

No fim da recolha dos dados (entrevistas e protocolo dos questionários) agradeceu-se a disponibilidade dos participantes, por cooperarem na nossa investigação (pessoalmente ou via email).

A recolha dos dados ocorreu entre 3 a 8 de Fevereiro.

3 – Resultados

Neste capítulo iremos apresentar os resultados obtidos, provenientes dos dados quantitativos e qualitativos da nossa amostra, que nos permitirão dar resposta às nossas questões de investigação. Para tal recorreremos ao *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 17.0 for Windows*, para analisarmos os dados provenientes da bateria de testes e do questionário sócio-demográfico, e à Análise de Conteúdo, para analisar o conteúdo manifesto nas entrevistas (Amado, 2000).

3.1 – Resultados qualitativos

Para analisarmos o conteúdo manifesto das entrevistas, e posteriormente realizarmos inferências interpretativas, utilizámos a técnica de Análise de Conteúdo (A.C.). Esta é uma técnica muito utilizada em investigação social, principalmente em investigações que combinam metodologias quantitativas e qualitativas, como é o caso da nossa. No entanto, para que pudéssemos chegar à fase de realizar inferências e interpretações das entrevistas, precisamos primeiramente de realizar um processo trifásico, de leitura atenta e activa, categorização e codificação dos “dados em bruto” (Amado, 2000).

De salientar que as entrevistas não serão colocadas em anexo e ainda que os excertos das transcrições, seguidamente apresentados para caracterizar uma categoria ou subcategoria, serão apresentados de forma a não revelar o autor das respostas, salvaguardando assim o anonimato e a confidencialidade dos participantes.

3.1.1 - Descrição dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas³

Seguidamente apresentam-se os resultados da análise de conteúdo, realizada às entrevistas. Nomeadamente as categorias obtidas (representadas a negrito), as subcategorias (sublinhadas), as frequências de cada subcategoria (entre parêntesis), e alguns excertos das entrevistas (entre aspas e itálico).

Estímulos Traumáticos

Os indivíduos referem como tendo sido estímulos traumáticos no decorrer da missão, as amputações (10) - “*Foram realizadas dezenas de amputações diárias...*” “*...a situação*

³ Anexo II

em si não é traumática, mas a repetição é que se torna mais exigente” “...vão ficar amputadas para o resto da vida”; – as vítimas em si (crianças e jovens) (8) – “ ...o que impressiona no meio disto tudo, é que estamos a falar pois de crianças...de adultos”; – o facto de as crianças deambularem e pedirem nas ruas (3) “*epah e as crianças no meio da rua, a andarem ao Deus dará...*” “...as crianças a pedirem nas ruas”; – a miséria (1) “o que mais me chocou foi a miséria.”; – o desespero e sofrimento das vitimas (6) – “...o sofrimento daquela gente.” ”...pessoas desesperadas” – e por último, os cadáveres (5) – “...sentir o cheiro dos mortos” “viam-se corpos pela rua...”.

Factores de Stress

Os indivíduos referiram como tendo sido factores de stress: os sentimentos negativos relativos à missão (8) - “foi um misto de desilusão e descrédito em algumas instituições”; - o objectivo da missão (8) – “montar o campo de desalojados e dar apoio ao respectivo campo... isto é cortar as competências”; – o facto de não ter experiência em cenários semelhantes (6) – “foi a primeira vez que estive num acontecimento desta escala”; – o facto de os elementos terem filhos pequenos (3) – “...isto para quem tem filhos pequenos não é fácil...”; – a viagem (3) – “a viagem não foi fácil, voltamos para trás...”; – o prolongamento do tempo de missão (1) – “...quando as pessoas se convenceram de que afinal não iam por uma semana, mas que iam por mais tempo”; – a chegada ao Haiti (7) – “a chegada é uma chegada conturbada”; – o cansaço (5) – “às 21h estavam todos a dormir de exaustão” “...estava tão cansado”; – o facto de terem de negociar com as vitimas a aceitação de ajuda médica (4) – “...quando ias buscar o segundo (vítima) para o bloco, ele dizia-te que não queria ir, e pedia-te para não o levares porque não queria ficar sem um braço ou uma perna...é uma situação complicada...mas dizíamos que tinha que ser...”; – a necessidade de afirmação (2), para com os outros – “...em cada equipa tivemos que nos afirmar” “que sabíamos o que andávamos ali a fazer”; – falta de preparação prévia sobre a missão (2) – “...não fomos minimamente preparados” – e por fim, as necessidades das vítimas (1) – “eram as crianças que nos pediam colo, as pessoas que nos pediam comida. Por vezes querias dar, mas não podes...”.

Factores Protectores/Recursos

Os participantes referiram como tendo sido, no desenrolar da missão, factores protectores ou recursos, o facto de ter experiência em outras missões (6) – “*com os vários anos ...já estou habituado a este tipo de situações*”; – manter contacto telefónico com a família (2) – “*saber que tinha a minha família aqui...e falávamos com frequência*”; – a relação entre os elementos (18) – “*...a união e espírito de grupo*” “*...a relação que se estabeleceu entre as diferentes equipas que integraram a missão*”; – os elementos que integraram a EPAHH (2) – “*...os elementos...no seu geral foram bem escolhidos*”; – a capacidade de adaptar os objectivos pré-definidos (4) – “*...vamos tentar trabalhar noutros sítios, vamos tentar ser úteis noutros sítios*”; – o acampamento (6) – “*ter um local isolado para onde regressar também era positivo*” “*...ali era a nossa casa...*”; – as estratégias de coping utilizadas (10), tanto individualmente como colectivamente, - “*...eu sou humano, e sei que ali tenho que parar*” “*...aprendi a separar...*” “*não utilizem mascarar, chorava quando entendia*”; – o facto de os outros reconhecerem o trabalho realizado (9) – “*quando chegavam os portugueses, eles batiam palmas...*”; – os sentimentos positivos associados à sua experiência na missão (12) – “*...saber que tinha cumprido a missão*” “*tentámos ajudar o mais que podemos*”; - a força e coragem das vitimas (3) – “*...a força, coragem e simpatia das pessoas, apesar de tudo o que estavam a passar*”; – a alimentação que tinham (3) – “*tínhamos comida com sabor a casa, franguinho com batata, legumes...*”; – o facto de terem recebido preparação prévia para o cenário específico da missão (3) – “*...já estava á espera do pior, pelas imagens que vimos cá*”; – formação e experiência profissional (4) – “*a experiência que tenho enquanto bombeiro*” “*...ter participado em simulacros*” – e por fim a educação (1) – “*a educação que eu tive, que os meus pais me deram*”.

Características Físicas da missão

Os participantes ao nível das condições de trabalho e de descanso, consideraram falta de condições de trabalho (5) – “*...as marquesas era mesas*” “*...fracas condições de higiene*”; – e condições de descanso (4) – “*acampou-se numa tenda...tomava-se banho com um saco plástico*” “*tivemos muito melhores condições de alojamento (do que noutras missões)*”; – especificidade da missão (3) – “*...as missões não são todas iguais, e esta missão acho que foi uma missão muito específica...*”; – actividades

realizadas (13) – “colaboravam a colocar os doentes nas marquesas...a transportar e a fazer pensos...” “trabalharam quase consecutivamente no hospital”.

3.2 – Resultados Quantitativos

Num primeiro momento, foi realizada a estatística descritiva com o objectivo de caracterizar a amostra relativamente às variáveis do funcionamento psicossocial – estratégias de *coping*; resiliência; depressão; ansiedade e suporte social percebido – no que se refere às médias, medianas, desvio-padrão, valores mínimo e máximo. Realizou-se, de seguida, o teste *Shapiro-Wilk* ($n < 30$) para analisar a normalidade das distribuições das variáveis em estudo – variáveis sócio-demográficas (sexo; idade; constituição familiar; situação profissional; habilitações literárias e religiosidade) e variáveis psicossociais (estratégias de *coping*; resiliência; depressão; ansiedade e suporte social percebido).

Por fim foram realizadas as correlações entre as variáveis em estudo, através do coeficiente de correlação *Spearman* ou *Pearson* (conforme a normalidade das variáveis).

3.2.1 – Análise descritiva da amostra no que respeita às variáveis do funcionamento psicossocial: estratégias de *coping*, resiliência, suporte social percebido e sintomatologia (depressão e ansiedade).

Estratégias de *coping*

Seguidamente apresentam-se os resultados descritivos – média, mediana, desvio-padrão, valores mínimo e máximo - referentes às 14 escalas da Brief COPE (Quadro 9).

Quadro 9 – Estatística descritiva do Brief COPE (estratégias de *coping*)

<i>Escalas da Brief COPE</i>	N	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
1- Coping activo	18	4,28	5,00	2,080	0,0	6,0
2 – Planear	18	4,78	5,00	1,114	3,0	6,0
3 – Utilizar suporte instrumental	18	3,22	3,50	1,734	0,0	6,0
4 – Utilizar suporte social	18	3,28	3,00	1,903	0,0	6,0

emocional						
5 – Religião	18	0,61	0,00	0,777	0,0	2,0
6 – Reinterpretação positiva	18	4,78	6,00	1,437	3,0	6,0
7 – Auto-culpabilização	18	1,67	2,00	1,029	0,0	4,0
8 – Aceitação	18	4,55	4,50	1,199	2,0	6,0
9 – Expressão de sentimentos	18	2,94	2,00	1,626	1,0	6,0
10 – Negação	18	0,33	0,00	0,840	0,0	3,0
11 – Auto distração	18	1,33	1,00	0,840	0,0	3,0
12- Desinvestimento comportamental	18	0,33	0,00	0,840	0,0	3,0
13 – Uso de substâncias (medicamentos/álcool)	18	0,00		0,000	0,0	0,0
14 - Humor	18	2,83	2,00	2,971	0,0	7,0

Os resultados obtidos indicam que existe uma grande diversidade nas pontuações médias das 14 escalas da Brief COPE, sendo que as estratégias de coping com médias mais elevadas são o planejar (M=4,78), a reinterpretação positiva (M=4,78) e a aceitação (M=4,55). Por sua vez, nas estratégias obtidas na nossa amostra, com médias mais baixas temos o uso de substâncias (M=0,00), desinvestimento comportamental (M=0,33) e negação (M=0,33). Referindo-se estas aos três tipos de estratégias de *coping* mais e menos utilizadas pelos participantes.

Resiliência e Suporte social percebido

Os resultados das estatísticas descritivas, referentes à variável psicossocial resiliência (CD-RISC) e à variável suporte social percebido (EPS), encontram-se seguidamente representados (Quadro 10).

Quadro 10 - Estatística descritiva da CD-RISC e EPS

	N	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
CD-RISC	18	80,61	35,00	9,744	57,0	92,0
EPS	18	89,72	90,50	4,335	80,0	96,0

Analisando os resultados dos sujeitos na CD-RISC vemos que a média do nível de resiliência na nossa amostra é alto, tendo em conta o sistema de cotação da mesma (0 – 100). No entanto existe alguma variabilidade nas pontuações dos indivíduos (DP=9,744), variando estas entre 57 e 92.

Relativamente aos resultados obtidos para a Escala de Provisões Sociais (EPS), podemos ver que os participantes têm em média uma elevada percepção dos seus recursos sociais (M=89,72), variando as pontuações entre 80 e 96.

Sintomatologia – depressão e ansiedade

A presença de sintomatologia, depressiva e de ansiedade, foi avaliada através das escalas BDI (depressão) e STAI Form Y1 (ansiedade estado) e Y2 (ansiedade traço). Os resultados referentes à estatística descritiva, relativa aos resultados globais obtidos pelos participantes, encontram-se representados no Quadro 11.

Quadro 11 - Estatística descritiva do BDI e STAI Y1 e Y2

	N	Média	Mediana	Desvio- Padrão	Mínimo	Máximo
BDI	18	3,22	1,50	3,172	0,0	9,0
STAI Form Y1	18	27,88	24,00	6,944	21,0	40,0
STAI Form Y2	18	26,61	24,50	6,011	20,0	41,00

Pela análise dos resultados, podemos ver que, tanto na escala que avalia a existência sintomatologia depressiva como na que avalia a ansiedade (estado e traço) a pontuação média dos participantes é baixa. Estando os resultados do BDI (M=3,22; Min=0,0 e Máx=9,0) dentro dos valores considerados como “Não deprimido” (0-9).

Relativamente aos resultados da STAI, cuja pontuação pode variar de 20 a 80, a média da pontuação para a escala de ansiedade - estado foi de 27,88 (DP=6,944), e para a escala de ansiedade – traço 26,61 (DP=6,011). Havendo alguma variabilidade nas pontuações (aproximadamente 20 pontos) de ambas as escalas. No entanto, podemos inferir que no global não existe sintomatologia de ansiedade.

3.2.2 – Análise da normalidade das variáveis em estudo⁴

Com o objectivo de perceber se as variáveis em estudo têm distribuição normal, para posteriormente sabermos que tipo de testes utilizar – testes paramétricos ou não paramétricos – procedeu-se à análise da normalidade das variáveis utilizando o teste de *Shapiro-Wilk* ($n < 30$) (Maroco, 2010). Na nossa amostra as variáveis que tem distribuição normal ($< 0,05$) são: escala de provisões sociais, estratégia de *coping* utilizando suporte instrumental e emocional, estratégia de auto-culpabilização, estratégia de aceitação, idade e habilitações literárias.

3.2.3 - Correlações entre as variáveis em estudo

Sendo a nossa investigação essencialmente de cariz exploratório, e tendo em conta às questões da investigação (capítulo 2.4) a que ambicionámos responder, em que pretendemos essencialmente saber se existem relações (associações) entre determinadas variáveis, utilizámos como testes estatísticos para esse mesmo objectivo as correlações de Pearson (variáveis normais) e de Spearman (variáveis não normais) (Maroco, 2010).

3.2.3.1 - Análise da correlação entre as variáveis sócio-demográficas e as variáveis do funcionamento psicossocial⁵

Correlacionámos as variáveis sócio-demográficas – sexo, idade, constituição familiar (estado civil, filhos, número de filhos, número de filhos dependentes, com quem vive), situação profissional, habilitações literárias e religiosidade – com as variáveis do funcionamento psicossocial – percepção de suporte social, resiliência, existência de sintomatologia e estratégias de *coping* - dos participantes, para percebermos se existe alguma relação entre as mesmas (Quadro 12)

⁴ Ver *Outputs* 1 e 2 do Anexo III

⁵ Tendo em conta a grande dimensão do *Output* este não se encontra em anexo estando os valores obtidos no mesmo representados, de forma fidedigna, no Quadro 12

Quadro 12 – Correlações de *Spearman* entre as variáveis sócio-demográficas e do funcionamento psicossocial

	Idade	Sexo	Est. civil	Filhos	Nº de filhos	Filhos dep.	Vive com	Hab. Lit.	Sit. Prof.	Relig.
EPS	,089	-,395	,149	,188	,196	,151	-,113	,028	-,150	-,072
STAI-Y1	,159	-,138	-,262	,011	,160	,127	,212	,438	,188	-,338
STAI-Y2	,121	-,154	-,126	,022	-,033	,065	,054	,136	-,094	-,257
BDI	,137	-,192	,089	,270	,486*	,577*	,196	,338	,115	,007
CD-RISC	,037	,377	,264	,144	,299	,136	,132	-,057	-,281	,483*
Coping activo	-,433	-,018	-,074	-,353	-,443	-,505*	-,606**	-,673**	,156	-,149
Planear	,017	,053	,186	-,046	,055	-,112	-,150	-,007	,231	,071
Utilizar suporte inst.	-,111	-,124	,103	,057	,178	,082	-,061	,014	,406	-,168
Utilizar suporte emoc.	-,228	-,104	,006	,078	,172	,083	-,100	-,213	,265	-,071
Religião	-,523*	,304	-,405	-,526*	-,447	-,521*	-,349	-,455	-,411	-,024
Reinterpretação positiva	-,254	,077	-,271	-,197	,111	,024	-,021	,090	,062	,013
Auto-culpabilização	,147	,287	,129	,046	,240	,161	,295	,246	-,351	,086
Aceitação	,118	-,124	,088	,353	,332	,550*	,295	,174	,000	,232
Expressão de sentimentos	,118	,018	,244	,231	,328	,353	,281	,097	,198	,278
Negação	-,429	,157	-,496*	-,558*	-,492*	-,497*	-,490*	-,478*	-,308	-,014
Auto-distracção	-,114	-,073	,043	-,082	-,075	-,148	-,192	-,174	,141	-,109
Desinvestimento comportamental	,027	,157	-,013	,017	-,060	-,005	-,176	-,172	-,308	,047
Humor	,263	,000	,103	,231	,335	,379	,561*	,484*	,375	-,150

Nota. * $P < .05$; ** $p < .01$

Pela análise dos resultados podemos ver que a sintomatologia depressiva se correlaciona, ou seja tem uma relação, positiva e significativa com o número de filhos, ($r = ,486$; $p < ,05$) e o número de filhos dependentes ($r = ,577$; $p < ,05$). Assim como a resiliência se correlaciona positivamente e significativamente com a religiosidade ($r = ,483$; $p < ,05$), o que indica que a existe uma relação positiva entre ambas.

A variável estratégia de *coping* activo correlaciona-se negativamente e significativamente com a variável filhos dependentes ($r = -,505$; $p < ,05$), com a variável “vive com” ($r = -,606$; $p < ,01$), e com as habilitações literárias ($r = -,673$; $p < ,01$).

A estratégia de *coping* religião associa-se negativamente com as variáveis sócio-demográficas idade ($r=-,523$; $p<,05$), filhos ($r=-,526$; $p<,526$), e número de filhos dependentes ($r=-,521$; $p<,05$). Por sua vez, a estratégia de *coping* aceitação associa-se positivamente com o número de filhos dependentes ($r=,550$; $p<,05$).

A estratégia de *coping* negação tem uma relação negativa e significativa, com as variáveis sócio-demográficas estado civil ($r=-,496$; $p<,05$), filhos ($r=-,558$; $p<,05$), o número de filhos ($r=-,492$; $p<,05$) e a dependência dos mesmos ($r=-,497$; $p<,05$), a variável “vive com” ($r=-,490$; $p<,05$), e com as habilitações literárias ($r=-,478$; $p<,05$).

A estratégia de *coping* humor está positiva e significativamente associada com a variável “vive com” ($r=,561$; $p<,05$) e habilitações literárias ($r=,484$; $p<,05$).

3.2.3.2 - Análise da correlação entre as estratégias de *coping* e a resiliência⁶

Com o objectivo de perceber se existe alguma relação entre as estratégias de *coping* e a resiliência, realizámos correlações de *Spearman* entre as respectivas variáveis (Quadro 13)

Quadro 13 – Correlações entre as estratégias de coping e a resiliência

	Resiliência (CD-RISC)
Coping activo	,323
Planear	,531*
Utilizar suporte instrumental	,196
Utilizar suporte emocional	,074
Religião	,242
Reinterpretação positiva	,214
Auto-culpabilização	,278
Aceitação	-,168
Expressão de sentimentos	,141
Negação	,093
Auto-distracção	,076
Desinvestimento comportamental	-,193
Humor	-,301

Nota. * $P<,05$; ** $p<,01$

⁶ Ver *Outputs* 3 e 4 do Anexo III

Pelo análise dos resultados vemos que apenas a estratégia de coping planejar se correlaciona significativamente e positivamente com a resiliência ($r=,531$; $p<,05$). Depois temos também a estratégia *coping* activo ($r=,323$) e a auto-culpabilização ($r=,278$), que também se correlacionam positivamente com a resiliência, mas não de forma significativa. Por seu lado, temos também a estratégia de *coping* humor e o desinvestimento comportamental, que se associam negativamente à resiliência, mas também não de forma significativa.

3.2.3.3 - Análise da existência de correlação entre a sintomatologia (depressão e ansiedade) e a resiliência⁷

Realizaram-se correlações entre as variáveis depressão e ansiedade - estado e traço – e a resiliência, para percebermos se existe alguma relação entre as mesmas (Quadro 14)

Quadro 14 – Correlação entre a resiliência, a depressão e a ansiedade

	CD-RISC (resiliência)
STAI Y1 (ansiedade estado)	-,485*
STAI Y2 (ansiedade traço)	-,694*
BDI (depressão)	-,204

Nota. * $P<,05$; ** $p<,01$

Pela análise dos resultados (Quadro 14) podemos ver que existe uma associação negativa e significativa entre a resiliência e a ansiedade, tanto enquanto estado ($r=-,485$; $p<,05$) como traço ($r=-,694$; $p<,05$), sendo esta mais forte na ansiedade traço. Relativamente à associação entre a depressão e a resiliência esta também é negativa ($r=-,204$) na nossa amostra, no entanto não é significativa.

É também de referir que se verificaram correlações positivas e significativas entre a ansiedade estado e a ansiedade traço ($r=,657^{**}$; $p<,01$), e entre a primeira e a depressão ($r=,493^{*}$; $p<,05$).

⁷ Ver *Outputs 5* do Anexo III

2.2.3.4 - Correlação entre a resiliência e a percepção de suporte social⁸

Com o objectivo de avaliar a existência de uma relação, entre a resiliência e a percepção de suporte social, calculámos a correlação das variáveis utilizando a correlação de *Spearman* e obtivemos uma correlação positiva e significativa entre as variáveis ($r=,472^*$; $p<,01$). Verifica-se, assim, a existência de uma correlação positiva entre a resiliência e a percepção de suporte social.

⁸ Ver *Outputs* 6 do Anexo III

4 – Discussão dos resultados

Neste capítulo iremos analisar e discutir os resultados obtidos no capítulo anterior, articulando-os, sempre que possível, com a fundamentação teórica.

De forma a organizar e a facilitar a reflexão dos resultados, a discussão será organizada seguindo a ordem estabelecida no capítulo anterior (capítulo 3).

Visão retrospectiva da missão

Os dados obtidos no decorrer das entrevistas relativamente aos estímulos traumáticos, aos factores de stress, aos factores protectores e às características físicas da missão, permitiram-nos de certo ponto, avaliar e perceber a forma como a Equipa Portuguesa de ajuda Humanitária no Haiti vivenciou o tempo que permaneceu em missão.

Os testemunhos foram bastante coesos e unânimes, não se sentindo grandes diferenças no discurso a nível intra-grupo, nem a nível sócio-demográfico. Os resultados obtidos, relativamente aos estímulos traumáticos, fundamentados por uma base teórica (Bartone, Ursano, Wright, & Ingraham, 1989; Durham, McCammon, & Allison, 1985; Raphael, 1986; Wright, Ursano, Bartone, & Ingraham, 1990 cit in Fullerton, McCarroll, Ursano, & Wright, 1992), permitem-nos perceber a que tipo de realidades e estímulos bastante exigentes, a vários níveis, a EPAHH esteve sujeita. Sendo as amputações, diárias e consecutivas, “...tiveram dias de amputar 30 pessoas...” realizadas às vítimas “...sobretudo a crianças e as pessoas muito jovens”, assim como o desespero e sofrimento das mesmas, e ainda os cadáveres “*Viam-se corpos pela rua, pessoas em sofrimento*” os estímulos traumáticos mais vezes referidos pelos indivíduos.

Paralelamente à vivência destes estímulos bastante exigentes, muitos foram os factores de stress a que a equipa esteve sujeita, no decorrer da missão. Desde os seus próprios sentimentos negativos sobre a missão, nomeadamente sobre a organização, o objectivo da mesma, referindo alguns sujeitos que esta “...não corresponde aquilo...que faz (no desempenho das suas funções e competências)”, e ainda desde “...as contingências” da viagem até à própria chegada ao Haiti, “*conturbada...*” em que devido a questões de segurança “...nos primeiros dias, não se podia sair do aeroporto”. A falta de experiência em cenários semelhantes, ao que encontraram no Haiti, o cansaço “...não físico...mais um cansaço emocional”, relacionado muitas vezes com o facto de terem de negociar a aceitação de ajuda médica com as vítimas, que tinham receio de ser

amputadas, e ainda o facto de terem de lidar com as necessidades das mesmas, quer a nível prático (e.g. alimentação) como emocional (e.g. afecto e atenção). O prolongamento da missão, de forma inesperada, e ainda o facto de terem filhos pequenos, levando a associações entre estes e as vítimas (crianças), representaram também, para alguns sujeitos, factores de stress.

Em contrapartida muitos foram os factores protectores ou recursos, referidos pelos indivíduos, que os ajudaram no decorrer da missão. Sendo que aquele que foi referido maioritariamente pela equipa, e à semelhança de uma investigação sobre a intervenção após um Tsunami (Bronisch et. al., 2006), foi a relação entre os elementos do grupo “...o espírito de equipa, a inter-ajuda, foi fundamental para o bem-estar emocional...”. Para além deste factor, foram também nomeados os elementos que integraram a missão, sendo referidos como “...tendo sido bem escolhidos”, o facto de terem experiência em outras missões, formação e experiência profissional, assim como receberem preparação prévia sobre o cenário que iriam encontrar no terreno. Relativamente ao tipo de estratégias de *coping* utilizadas para lidar com situações mais exigentes, destaca-se a necessidade de separar o trabalho do “lazer”, assim como a capacidade para adaptar os objectivos pré-definidos, algumas vezes referida como a “capacidade do desenrascanço”. O reconhecimento do trabalho por si realizado por parte de outros, a força e a coragem das próprias vítimas “...mesmo naquela situação eles conseguiam continuar a sorrir”, foram geradoras de ânimo e força para a continuação do trabalho da equipa. A educação recebida, o acampamento, que era como se fosse a própria casa dos indivíduos, e por último, mas não menos importante, a alimentação que “...tinha sabor a casa...”, e que apesar de por vezes vir em “ração de combate (individual)” havia alguém que “abria todas as latas e misturava tudo no mesmo tacho, e faz toda a diferença... porque estamos a entrar nos parâmetros do nosso dia-a-dia”, foram recursos extremamente importantes para a equipa (EPAHH) no desenrolar da missão.

Os sujeitos referem especificidades nesta missão “o contacto foi único... “ que não encontraram em outras, em que realizaram variadas actividades desde “montar o acampamento de desalojados” a “trabalho com equipas médicas em bloco operatório” e ainda “...transmitir aquilo se passa e se vê”. Apesar de referirem que houve alguma falta ao nível das condições de trabalho, no que diz respeito “...às condições de higiene” à “falta de material”. Relativamente à zona descanso, um dos factores protectores referidos por Bronisch et. al. (2006), alguns sujeitos referem que tiveram

“boas condições...comparativamente com outras missões”, apesar de, por vezes, alguns elementos mencionarem que apenas “dormia 3 a 4h no aeroporto, sempre com o ruído dos aviões.”

Funcionamento psicossocial dos indivíduos após a missão

- *Estratégias de coping*

Os resultados obtidos através do Brief-COPE permitem-nos perceber que as estratégias de *coping* predominantemente utilizadas pela nossa amostra, são a reinterpretação positiva (e.g. *“...a nossa missão era dar apoio num campo de desalojados, que a autoridade ia montar, mas como montou tardiamente...tivemos que fazer um outro trabalho junto do hospital Universitário de Miami, que também foi extremamente gratificante, em que deu para viver outras experiência que não contávamos viver...”*), o planejar (e.g. *“durante essa semana de ausência de condições de segurança, nós tivemos uma atitude que foi “vamos tentar trabalhar noutros sítios, vamos tentar ser úteis noutros sítios...”*), e por último, a aceitação (e.g. *“...um em cada três eram amputados, mas compreendo que tenham que ser...”*). Podemos assim inferir que estas são não só as estratégias de *coping* que os participantes utilizam no seu dia-a-dia, e mais especificamente após a missão, como também as que utilizaram no decorrer da missão uma vez que, segundo Carver et.al. (1989), estas são (traços) ou estilos relativamente estáveis, que as pessoas preferencialmente utilizam e se mantêm presentes mesmos em situações de stress.

- *Resiliência*

Através dos resultados obtidos na CD-RISC podemos ver que a nossa amostra, apesar de estar perante situações muito exigentes *“...destruição...miséria...”* e mesmo potencialmente traumáticas *“ as amputações a crianças e jovens...em que há a repetição sistemática para aí de 20 em 20 minutos...ou seja, a situação em si não é traumática mas a repetição é que se torna mais exigente”*, conseguiu manter-se relativamente estável, e com um funcional funcionamento psicológico e físico (Bonanno, 2004). Evidenciou, assim, uma elevada capacidade resiliente, conseguindo reintegrar os eventos stressores e mesmo traumáticos, resultando em crescimento,

conhecimento, auto-conhecimento, e no aumento da força das qualidades resilientes já existentes nos indivíduos (Richardson, 2002).

- *Percepção de suporte social*

A nossa amostra, através dos resultados obtidos, pela EPS, evidencia uma elevada percepção dos seus recursos sociais, não só aqueles que tem no quotidiano “...a minha família, a minha mulher, os meus filhos”, como também os que teve no desenrolar da missão intra-EPAHH “No fim do dia juntavam-se todos e brincavam uns com os outros, contavam como tinha sido o seu dia. Havia alguém que tinha preparado uma refeição quente para partilharem todos, e isso era muito importante. O espírito de equipa e inter-ajuda foi fundamental para o bem-estar emocional daqueles que integraram a missão”. Considera-se assim, este apoio social, como uma fonte de recursos que ajudou os elementos da equipa, a ultrapassar de forma mais positiva os momentos mais difíceis e stressantes da missão (Robert Weiss, 1974, cit por Moreira & Canaipa, 2007)

- *Sintomatologia depressiva e de ansiedade*

Através da análise dos resultados obtidos, tanto no BDI como na STAI Form, podemos ver que, no geral, a equipa não desenvolveu sintomatologia (depressiva e de ansiedade-estado), nem tem uma tendência ou pré-disposição para perceber as situações da vida mais stressoras como ameaças (ansiedade-traço) (Spielberger, 1994 cit por Silva, 2003). No entanto, no decorrer da missão alguns elementos da EPAHH desenvolveram alguma sintomatologia ansiosa “...tirem-me daqui... quero ir-me embora”, mesmo que momentaneamente.

Relação entre as variáveis em estudo

- *Relação entre as variáveis sócio-demográficas e do funcionamento psicossocial*

Os resultados obtidos, permitem-nos dizer que um aumento da sintomatologia depressiva estará relacionado com um maior número de filhos, e particularmente filhos ainda dependentes “...houve mães jovens que piraram”.

A relação encontrada entre a religiosidade e a resiliência, positiva e significativa, por parte dos indivíduos, já era esperada, pois segundo Richardson (2002) a fé é uma das

qualidades que um indivíduo resiliente tem. De salientar que as influências religiosas constituem um dos 5 factores (Connor & Davidson, 2003) ou 4 factores (Faria-Anjos, Ribeiro e Ribeiro, 2010) da escala CD-RISC.

A partir dos resultados, ficamos também a saber que a um maior número de filhos dependentes está associada a estratégia de *coping* aceitação, por parte dos indivíduos, a qual também foi uma das estratégias de *coping* utilizada, pelos pais com filhos pequenos, numa investigação de Paster, Brandwein e Walsh (2009).

O humor, enquanto estratégia de *coping*, está positivamente correlacionado com a forma como o indivíduo habita (desde sozinho até coabitar com cônjuge e filhos), e ainda com as habilitações literárias, podendo estas relações estar associadas a uma maior satisfação com a vida, por parte dos indivíduos.

A estratégia de *coping* activo correlaciona-se negativamente com o aumento de número de filhos dependentes, assim como com a variável com quem vive, e ainda com o aumento das habilitações literárias. Existem ainda correlações negativas entre a estratégia de *coping* negação e as variáveis estado civil e filhos, desde a existência dos mesmos até ao seu número e dependência. Estes resultados explicados não estão explicados nem fundamentados na literatura, podendo ter sido obtidos devido ao tamanho da nossa amostra (n=18), necessitando, assim, de mais estudos.

- *Relação entre as estratégias de coping e a resiliência*

Pela análise dos resultados vemos que apenas a estratégia de *coping* planejar (e.g. “*perante a impossibilidade de sair do aeroporto...ofereceram-se para trabalhar no hospital...é o desenrascanço...*”) tem uma correlação positiva e significativa com a resiliência. Esta estratégia pode ser equiparada à flexibilidade adaptativa (Bonanno & Westphal 2007), uma das qualidades referidas com sendo resiliente, e tão importante nos elementos que intervêm em situações de catástrofe (Bronisch et al. 2006) “*Nem sempre aquilo que se prepara aqui (Portugal) é o que vai lá acontecer...temos que nos adaptar*”.

- *Relação entre a sintomatologia (depressão e ansiedade) e a resiliência*

Como seria de esperar a resiliência correlaciona-se de forma negativa tanto com a depressão como com a ansiedade, quer enquanto estado quer traço, apesar de apenas se

relacionar significativamente com a ansiedade. Estes resultados já eram esperados, pois a própria definição de resiliência refere-se à capacidade que o indivíduo tem, de apesar de vivenciar momentos de vida stressantes, manter-se com um funcionamento operante a nível psicológico (Bonanno, 2004), apesar de por vezes experienciar perturbações transitórias “...*ai saltaram-me as lágrimas*” (Papa e O’Neill, 2001, cit. por Bonanno, 2004).

- *Relação entre resiliência e percepção de suporte social*

Na nossa amostra, e como seria expectável, a resiliência tem uma positiva e significativa associação com a percepção de suporte social. Segundo Garmezy e Masten (1991, cit.por Anaut, 2005) este é um dos factores protectores que constituem a “tríade psicológica da resiliência” “*O espírito de equipa e inter-ajuda foi fundamental para o bem-estar emocional daqueles que integraram a missão*”, sendo um importante factor protector e potenciador de uma reintegração resiliente, perante situações de muito stress “...*tinha a minha família aqui, e falávamos com frequência* “ como aquelas que são vividas pelas equipas de intervenção em catástrofe (Bronisch et al. 2006; Maguen, et. al 2008)

5 – Conclusão

Neste capítulo serão referidos, em termos de conclusões gerais, os resultados mais pertinentes obtidos na nossa investigação, os contributos e as limitações da mesma, bem como algumas pistas para futuras investigações.

Conclusões gerais

Apesar de muitos terem sido os factores de stress e estímulos traumáticos no desenrolar da missão no Haiti, consideramos pertinente referir que, no geral, o funcionamento psicossocial dos indivíduos, que integraram a Equipa Portuguesa de Ajuda Humanitária no Haiti, se caracterizou por um funcionamento saudável (sem presença de sintomatologia depressiva ou de ansiedade), com elevada percepção do suporte social, em que as estratégias de *coping* predominantemente utilizadas foram o planejar, a reinterpretação positiva, e a aceitação, e por último, de que este funcionamento se pontuou por ser extremamente resiliente.

Os elementos da EPAHH tiveram como principais factores protectores ou recursos, que contribuíram para tal funcionamento, durante a missão, uma boa relação entre os elementos do grupo, e facto de terem sentimentos positivos relativos à missão, nomeadamente o sentimento de missão cumprida, e de que fizeram tudo o que podiam para ajudar.

De salientar, ainda, que não se encontraram diferenças significativas relativamente a variáveis sócio-demográficas, nos discursos dos elementos da EPAHH, nas descrições das experiências vividas durante a missão.

Contributos

Em Portugal, poucos são os estudos que se centram em perceber o funcionamento interno/psicossocial dos elementos portugueses que integram as equipas de intervenção em catástrofe, assim como em compreender a que tipo de experiências, cenários e, emoções subjacentes, estão sujeitos os homens e mulheres portugueses que desempenham tal actividade tão nobre, mas simultaneamente tão difícil. Como tal acreditamos, que com esta investigação, ter pelo menos conseguido um vislumbre do tão vasto, fascinante e complexo mundo da intervenção em catástrofe. E ainda ter contribuído para que sejam revistas as condições em que estas equipas trabalham,

nomeadamente de modo a potenciar recursos e resiliência e a minorar o impacto dos factores de stress.

Limitações

Uma das limitações nesta Investigação é o facto de termos uma grande diversidade de variáveis, quer a nível do funcionamento psicossocial como também ao nível sócio-demográfico, e que dado o tempo para realizar este estudo, apenas conseguimos realizar correlações entre as variáveis. Não foi, portanto, possível, realizar análises mais detalhadas e específicas para as diferentes variáveis, em especial para as sócio-demográficas, e assim explicar algumas relações que obtivemos, nomeadamente na variável “vive com”, assim como quanto à homogeneidade da amostra, mais precisamente ao nível do sexo (2 mulheres e 16 homens).

Outra das limitações diz respeito ao tamanho da nossa amostra (n=18) que, por ser tão pequena, não nos permite fazer inferências relativamente a todos os indivíduos portugueses que integram as missões humanitárias de intervenção em catástrofe.

Pistas para futuras investigações

Em investigações futuras consideramos que seria importante analisar de forma mais detalhada a relação, e conseqüentemente, a influência das variáveis sócio-demográficas na forma como os indivíduos vivem as missões, e também a influência das mesmas no funcionamento psicossocial após a missão.

Seria ainda importante perceber e compreender a que tipo de situações, cenários e realidades, os elementos que realizam intervenção em catástrofe estão sujeitos, e de que forma se comportam e reagem perante eles *in loco*.

Por último, sugerimos a realização de uma investigação, não com os elementos que intervêm em situações de catástrofe, mas com os familiares destes homens e mulheres, e perceber de que forma também eles vivem e percebem a actividade dos seus entes mais próximos.

Bibliografia

Alexander, D. A. & Klein, S. (2003). The epidemiology of PTSD and patient vulnerability factors. *Psychiatry*

Almedon, A. M. & Glandon, D. (2006). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of loss and trauma*, 12, 127-143.

Amado, J. S. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista Referência*, 5, 53-63.

American Psychological Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ªed.), Washington, DC: ed. Autor.

Anaut, M. (2005). *A resiliência – ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi editores

Beck, A.T., Ward, C., Mendelson, M., Mock & Erbaugh (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

Bogdan, R & Biklen, S (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos* (Maria, A., Sara, S. & Telmo, B, trad). Porto: Porto Editora. (obra originalmente publicada 1991)

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *Psychological Trauma*, 59(1), 101-113.

Bonanno, G. A. & Westphal, M., (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology*, 56(3), 417-427.

Bronisch, T., Maragkos, M., Freyer, C., Cyran, A., Butullo, W., Weimbs, R. & Platiel, P. (2006). Clinical insights-crisis intervention after the Tsunami in Phuket and Khao Lak. *Crisis*, 27(1), 42-47.

Canaipa, R., & Moreira, J. (2007). A escala de provisões sociais: desenvolvimento e validação da versão portuguesa da “social provisions scale”. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 24(2), 23-58

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically-based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.

Connor, K. & Davidson, J. (2003a). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.

Cutrona, C. E., & Russel, D. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones & D. Pearlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 1, pp. 37-67). Greenwich, Conn.: JAI Press

Faria-Anjos, J., Ribeiro, M. T., & Ribeiro, M. (2010). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Portuguese population. (não publicado)

Fernandes, E., & Maia, A. C. (2003). Epidemiologia da perturbação pós-stress traumático (PTSD) e avaliação da resposta ao trauma. In Pereira, M. G. & Ferreira, J. M.

(Eds.), *Stress traumático – aspectos teóricos e intervenção* (pp. 35-51). Lisboa: Climepsi editores.

Fullerton, C. S., McCarroll, J. E., Ursano, R. J., & Wright, K. M. (1992). Psychological responses of rescue workers: Fire Fighters and trauma. *Amer. J. Orthopsychiat*, 62(3), 371- 378.

Godinho, J. & Paulini, M. (2005). Perturbações da ansiedade. In Dias Cordeiro, J. C (Eds.), *Manual de psiquiatria clínica* (pp. 445-455). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Maguen, S., Turcotte, D. M., Peterson, A. L., Dremsa, T. L., Garb, H. N., McNally, R. J., Litz, B. T. (2008). Description of risk and resilience factors among military medical personnel before deployment to Iraq. *Military Medicine*, 173(1), 1-9.

Marôco, J. (2010). *Análise estatística: Com o PASW statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber

Raphael, B. (2007). The human touch and mass catastrophe. *Psychiatric*, 70(4), 329-336

Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, XVII, 547-558

Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (3), 307-321.

Silva, D. (2003). Inventário de Estado-Traço de Ansiedade. In Miguel M. Gonçalves, Mário R. Simões, Leandro S. Almeida, & Carla Machado (Coords.), *Avaliação*

Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol. I; pp. 45-63).
Coimbra: Quarteto

Spielberger, C. D. (1983) Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (Form Y) (“Self Evaluation Questionnaire”). Palo Alto: *Consulting Psychologists Press, Inc.*

Valentine, P. (2003). Trauma: definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. In Pereira, M. G. & Ferreira, J. M. (Eds.), *Stress traumático – aspectos teóricos e intervenção* (pp. 35-51). Lisboa: Climepsi editores.

Vaz Serra, A. & Pio Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos I: Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.

Vaz Serra, A. (1976). Aplicação do inventário depressivo de Beck a uma amostra de indivíduos normais. *Medicina*, 10, 537-548

Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do *coping*: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15

Paster, A., Brandwein, D., & Walsh, J. (2009). A comparison of coping strategies used by parents of children with disabilities and parents of children without disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1337-1342.

ANEXOS

ANEXO I

Guião da Entrevista

- Breve contextualização e caracterização da experiência vivida no Haiti
- Perceber quais os factores de ajuda/recursos que disponha
- Perceber quais os estímulos traumáticos e factores de stress, a que esteve sujeito no desenrolar da missão

ANEXO II

Descrição dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas

Categorias	Subcategorias	Frequência
1. Estímulos Traumáticos	1.1 – Amputações 1.2 – As vítimas em si (crianças e jovens) 1.3 – Crianças a deambularem e a pedirem nas ruas 1.4 – Miséria 1.5 – Desespero e sofrimento das vítimas 1.6 – Cadáveres	10 8 3 1 6 5
2. Factores de Stress	2.1 – Sentimentos negativos relativos à missão 2.2 – Objectivo da missão 2.3 – Não ter experiência em cenários semelhantes 2.4 – Ter filhos pequenos 2.5 – A viagem 2.6 – Prolongamento do tempo da missão 2.7 – Chegada ao Haiti 2.8 – Cansaço 2.9 – Negociar a aceitação de ajuda médica 2.10 – Necessidade de afirmação 2.11 – Falta de preparação prévia sobre a missão 2.12 – Necessidades das vítimas	8 8 6 3 3 1 7 5 4 1 2 1

<p style="text-align: center;">3. Factores Protectores/Recursos</p>	<p>3.1 – Ter experiência em outras missões</p> <p>3.2 – Contacto telefónico com a família</p> <p>3.3 – Relação entre os elementos</p> <p>3.4 – Elementos que integraram a EPAHH</p> <p>3.5 – Capacidade de adaptar os objectivos pré-definidos</p> <p>3.6 – Acampamento</p> <p>3.7 – Estratégias de <i>coping</i> (individuais e colectivas)</p> <p>3.8 – Reconhecimento do trabalho realizado (por outros)</p> <p>3.9 – Sentimentos positivos associados à sua experiência na missão</p> <p>3.10 - A força e coragem das vítimas</p> <p>3.11 – Alimentação</p> <p>3.12 – Preparação prévia para o cenário específico da missão</p> <p>3.13 – Formação e experiência profissional</p> <p>3.14 - Educação</p>	<p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">18</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">6</p> <p style="text-align: center;">10</p> <p style="text-align: center;">9</p> <p style="text-align: center;">12</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">1</p>
<p style="text-align: center;">4. Condições de trabalho e de descanso</p>	<p>4.1 – Falta de condições de trabalho</p> <p>4.2 – Condições de descanso</p> <p>4.3 - Especificidade da missão</p> <p>4.4 – Actividades Realizadas</p>	<p style="text-align: center;">5</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">13</p>

ANEXO III

Output 1 – Teste da normalidade das variáveis do funcionamento psicossocial

Tests of Normality^b

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
EPS_TOTAL	,145	18	,200*	,925	18	,160
STAI_FORMY1_TOTAL	,272	18	,001	,813	18	,002
STAI_FORMY2_TOTAL	,196	18	,065	,835	18	,005
BDI_TOTAL	,261	18	,002	,823	18	,003
CD_RISC_TOTAL	,308	18	,000	,829	18	,004
coping_activo	,247	18	,005	,795	18	,001
planear	,197	18	,063	,857	18	,011
utilizar_suporte_instrumental	,204	18	,046	,911	18	,090
utilizar_suporte_emocional	,169	18	,187	,920	18	,127
religiao	,340	18	,000	,737	18	,000
reinterpretação_positiva	,358	18	,000	,689	18	,000
Auto_culpabilização	,206	18	,041	,914	18	,100
aceitação	,178	18	,135	,899	18	,055
expressao_sentimentos	,275	18	,001	,819	18	,003
negação	,488	18	,000	,469	18	,000
auto_distracção	,231	18	,012	,875	18	,022
desinvestimento_comportam ental	,488	18	,000	,469	18	,000
humor	,241	18	,007	,870	18	,018

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

b. uso_substancias is constant. It has been omitted.

Output 2 – Teste da normalidade das variáveis sócio-demográficas

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Idade	,167	15	,200*	,907	15	,122
Sexo	,535	15	,000	,284	15	,000
Estado_civil	,264	15	,006	,789	15	,003
Filhos	,350	15	,000	,643	15	,000
Numero_filhos	,296	15	,001	,668	15	,000
Filhos_dependentes	,269	15	,005	,805	15	,004
Vive_com	,257	15	,009	,875	15	,040
Habilitações_literárias	,228	15	,035	,884	15	,054
Situação_Profissional	,514	15	,000	,413	15	,000
Religiosidade	,340	15	,000	,758	15	,001

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

religiao	Correlation Coefficient	,242	,393	,016	-,102	,053	1,000	,137	,429
	Sig. (2-tailed)	,334	,107	,949	,688	,834		,588	,076
	N	18	18	18	18	18	18	18	18
reinterpretação_positiva	Correlation Coefficient	,214	-,012	,447	,567*	,441	,137	1,000	,451
	Sig. (2-tailed)	,393	,962	,063	,014	,067	,588		,060
	N	18	18	18	18	18	18	18	18
Auto_culpabilização	Correlation Coefficient	,278	-,095	,121	,119	-,004	,429	,451	1,000
	Sig. (2-tailed)	,264	,709	,634	,639	,988	,076	,060	
	N	18	18	18	18	18	18	18	18

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

uso_substancias	Correlation Coefficient	.	.	.	.	.	.	.	.
	Sig. (2-tailed)	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	18	18	18	18	18	18	18	18
humor	Correlation Coefficient	,331	,527*	-,553*	,053	-,110	.	1,000	-,301
	Sig. (2-tailed)	,179	,024	,017	,834	,663	.	.	,224
	N	18	18	18	18	18	18	18	18
CD_RISC_TOTAL	Correlation Coefficient	-,168	,141	,093	,076	-,193	.	-,301	1,000
	Sig. (2-tailed)	,505	,577	,715	,764	,442	.	,224	.
	N	18	18	18	18	18	18	18	18

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Output 5 – Correlação entre a resiliência, a depressão e a ansiedade

Correlations

			CD_RISC_TOT AL	STAI_FORMY1 _TOTAL	STAI_FORMY2 _TOTAL	BDI_TOTAL
Spearman's rho	CD_RISC_TOTAL	Correlation Coefficient	1,000	-,485*	-,694**	-,204
		Sig. (2-tailed)	.	,041	,001	,416
		N	18	18	18	18
	STAI_FORMY1_TOTAL	Correlation Coefficient	-,485*	1,000	,657**	,493*
		Sig. (2-tailed)	,041	.	,003	,038
		N	18	18	18	18
	STAI_FORMY2_TOTAL	Correlation Coefficient	-,694**	,657**	1,000	,261
		Sig. (2-tailed)	,001	,003	.	,295
		N	18	18	18	18
	BDI_TOTAL	Correlation Coefficient	-,204	,493*	,261	1,000
		Sig. (2-tailed)	,416	,038	,295	.
		N	18	18	18	18

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Output 6 - Correlação entre a resiliência e a percepção de suporte social

Correlations

			CD_RISC_TO TAL	EPS_TOTAL
Spearman's rho	CD_RISC_TOTAL	Correlation Coefficient	1,000	,472*
		Sig. (2-tailed)	.	,048
		N	18	18
	EPS_TOTAL	Correlation Coefficient	,472*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,048	.
		N	18	18

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).