

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CMG (Md) GISELA BAPTISTA

ESTRESSE EM COMBATE

RECONHECER O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO:

aplicação na Marinha do Brasil do protocolo de identificação utilizado no USMC

Rio de Janeiro

2017

CMG (Md) GISELA BAPTISTA

ESTRESSE EM COMBATE

RECONHECER O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO:

aplicação na Marinha do Brasil do protocolo de identificação utilizado no USMC

Trabalho apresentado à Escola de Guerra Naval
como requisito parcial para a conclusão do Curso de
Política e Estratégia Marítimas.

Orientador: CMG (RM1-FN) Alexandre Ricciardi
dos Reis

Rio de Janeiro
Escola de Guerra Naval

2017

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me guiar e iluminar na busca de meus objetivos e me dar forças para não desanimar frente às dificuldades encontrados pelo caminho.

À minha amada família, meu alicerce, pela compreensão e pelo apoio que me deu durante a realização de mais esta etapa da minha formação acadêmica.

Ao CMG (RM1-FN) Alexandre Ricciardi dos Reis, meu orientador, agradeço a constante disponibilidade e as orientações sempre precisas e oportunas, fundamentais para o atingimento dos propósitos deste trabalho.

Aos amigos do Curso de Política e Estratégia Marítimas 2017, pela ajuda prestada por meio da troca constante de informações sobre referências bibliográficas e experiências vividas, fundamentais para o desenvolvimento e conclusão desta pesquisa.

Por fim, agradeço à Marinha do Brasil por, mais uma vez, me presentear com a oportunidade de crescimento intelectual, profissional e pessoal.

RESUMO

A presente tese tem como propósito reconhecer o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) como importante e grave consequência sofrida pelos combatentes envolvidos em Operações Militares, quer seja em situações de combate armado, quer seja em Operações de Paz sob a égide da Organização das Nações Unidas (ONU), afetando significativamente a capacidade operativa das tropas e o sucesso das missões por elas desempenhadas. A fim de demonstrar a necessidade de estabelecer procedimentos e protocolos estruturados de detecção precoce do TEPT, será apresentado o Programa OSCAR, utilizado no *United States Marine Corps* (USMC), utilizando-o como modelo de comparação com o trabalho desenvolvido pelo Núcleo do Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha na Esquadra (N-SAIPM ESQUADRA), junto aos militares brasileiros envolvidos na Força-Tarefa Marítima da Força Interina das Nações Unidas no Líbano (FTM-UNIFIL), buscando, com isso, estudar oportunidades de aprimoramento do gerenciamento do TEPT no âmbito da Marinha do Brasil (MB). Conclui-se, por fim, pela apresentação de sugestões, visando à sistematização da assistência psicossocial contínua, a ser prestada aos militares da MB envolvidos em Operações de Paz.

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Programa OSCAR, Operações de Paz da ONU, Marinha do Brasil.

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to recognize Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) as an important and serious consequence suffered by combatants involved in Military Operations, whether in armed combat situations or in Peace Operations under the aegis of the United Nations (UN), significantly affecting the operational capacity of the troops and the success of the missions carried out by them. In order to demonstrate the need to establish structured procedures and protocols for the early detection of PTSD, the OSCAR Program, used in the United States Marine Corps (USMC), will be here presented, using it as a model for comparison with the work developed by the Núcleo do Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha na Esquadra (N-SAIPM ESQUADRA), in assisting the Brazilian military personnel involved in the Maritime Task Force of the United Nations Interim Force in Lebanon (MTF-UNIFIL), seeking to study management improvement opportunities to deal with PTSD in the scope of the Brazilian Navy. Finally, it is concluded, by means of the presentation of suggestions, aimed at the systematization of the continuous psychosocial assistance, to be provided to the Brazilian Navy military involved in UN Peace Operations.

Keywords: Post Traumatic Stress Disorder, OSCAR Program, UN Peacekeeping Operations, Brazilian Navy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Correlação entre fases e grau de estresse com sintomas apresentados	16
Quadro 2 – Correlação entre perguntas e pontos obtidos, de acordo com PCL-M	32
Figura 1 – Modelo do Programa OSCAR	38
Gráfico 1 – Mudança de Comportamento, conforme questionário do N-SAIPM Itinerante	48
Gráfico 2 – Histórico de atividades UNIFIL	50
Figura 2 – Modelo de progressão da reação ao estresse operativo (Programa OSCAR)	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	– Associação Americana de Psiquiatria
CID10	– Classificação Estatística Internacional das Doenças
COSFA	– Primeiro Atendimento Operacional e em Combate
DASM	– Diretoria de Assistência Social da Marinha
DCoE	– Centros de Excelência em Atendimento à Saúde Psicológica e ao Trauma Cerebral
DGPM	– Diretoria Geral do Pessoal da Marinha
DSM	– Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais
DoD	– Departamento de Defesa dos Estados Unidos da América
FTM	– Força-Tarefa Marítima
IED	– Artefatos Explosivos Improvisados
MB	– Marinha do Brasil
N-SAIPM	– Núcleo do Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha
OEF	– Operação <i>Enduring Freedom</i> no Afeganistão
OIF	– Operação <i>Irak Freedom</i> no Iraque
OND	– Operação <i>New Dawn</i> no Iraque
ONU	– Organização das Nações Unidas
OSCAR	– <i>Operational Stress Control and Readiness Program</i>
PCL	– Lista de Verificação de Transtorno de Estresse Pós-Traumático
PCL-M	– Versão Militar da PCL
SASPM-OES	– Órgãos de Execução do Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha
TEPT	– Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UNIFIL	– Força Interina das Nações Unidas no Líbano
US Army	– Exército dos Estados Unidos da América
USMC	– Corpo de Fuzileiros Navais dos Estados Unidos da América
VA	– Departamento para Veteranos dos Estados Unidos da América

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	O ESTRESSE	12
2.1	Conceituando estresse.....	12
2.2	O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)	17
2.3	Principais fatores estressores em combate	21
2.4	Conclusões parciais	23
3	USMC E O GERENCIAMENTO DO TEPT	25
3.1	A cultura militar do USMC	25
3.2	Identificação precoce e <i>screening</i> do TEPT no USMC	30
3.3	O Programa Oscar do USMC	34
3.4	Evolução do Programa OSCAR	36
3.5	Conclusões parciais	38
4	O GERENCIAMENTO DO TEPT NA MB: SITUAÇÃO ATUAL E OPORTUNIDADES DE APRIMORAMENTO	41
4.1	A UNIFIL e a participação do BRASIL	42
4.2	O projeto “Minha Missão – UNIFIL”	45
4.3	Identificação de oportunidades no âmbito da MB	51
4.4	Conclusões parciais	54
5	CONCLUSÃO	57
	REFERÊNCIAS	62

1 INTRODUÇÃO

O combate e as operações militares expõem os indivíduos envolvidos a situações extremas de estresse psicológico, determinando um cortejo de sintomas físicos e mentais, que levam a considerável morbidade, desajuste psicossocial ou mesmo incapacidade de exercer suas atividades laborais corriqueiras. Dentro do espectro de possíveis reações agudas ou crônicas a situações estressoras, destaca-se o “Transtorno de Estresse Pós-Traumático” (TEPT), única entre as desordens psiquiátricas, por possuir, em geral, uma causa desencadeante conhecida, ser potencialmente evitável e estar ligada diretamente a fatores ambientais.

A despeito do termo “Transtorno de Estresse Pós-Traumático” (TEPT) ter sido cunhado somente na década de 1980, passando, a partir daí, a ser aceito como entidade nosológica independente pela *American Psychiatric Association* (APA), o termo não era comumente utilizado até então, a despeito de ter sido citado em obras tão antigas quanto “A Ilíada” de Homero. Ao longo das guerras que ocorreram nos anos 1800, e mesmo naquelas que ocorreram no início do século XX, descrições dos sintomas psicológicos apresentados por combatentes incluíam termos como “*shell shock*”, “*soldier’s heart*” e fadiga operacional, não demandando maior investigação nem tratamento a longo prazo.

Homens e mulheres que participam de experiências de combate quer seja em engajamento direto, quer seja em atividades de apoio, são inquestionavelmente afetados por essas experiências. Reações persistentes a essas situações são claramente identificáveis na literatura da antiguidade (SHAY, 1994, 2002), e cirurgiões militares vêm descrevendo reações características de estresse desde, pelo menos, o século XVIII (JONES, 1995). As reações peculiares ao estresse experimentadas por combatentes têm mudado, de alguma forma, de geração em geração e de guerra para guerra. Contudo, o sofrimento estará sempre presente,

a despeito de coragem, honra e sacrifício pessoal permanecerem como valores altamente comendáveis no campo de combate, superando a dor do indivíduo.

Em virtude de sua participação em diversos conflitos armados, as Forças Armadas dos Estados Unidos da América (EUA) possuem vasta experiência no diagnóstico e prevenção da TEPT. O Departamento Americano para Veteranos (*Veteran Affairs* –VA), maior sistema de saúde assistencial dos EUA, provê atendimento abrangente a mais de 5 milhões de veteranos, dos quais aproximadamente 600.000 são afetados pela TEPT. Além disso, o TEPT é a condição psiquiátrica mais comumente encontrada naqueles que buscam benefícios pecuniários decorrentes de serviço militar. As consequências a longo termo para indivíduos com TEPT são geralmente complicadas pela presença de comorbidades, tais como lesões traumáticas do sistema nervoso central, dor crônica e outras doenças psiquiátricas associadas, além da própria reticência das tropas em procurar cuidado adequado.

Nas últimas décadas tem havido um aumento preocupante no diagnóstico da TEPT em militares da ativa, bem como em veteranos, devido às guerras no Iraque (*Operation Iraqi Freedom* – IOF e *Operation New Dawn* – OND) e Afeganistão (*Operation Enduring Freedom* – OEF) (SHINER, 2011). O número de diagnósticos de TEPT entre militares da ativa dos EUA alcançou 1.110 casos para cada 100.000 combatentes, com um incremento de aproximadamente 650% em 11 anos. Por outro lado, a incidência do diagnóstico da TEPT na população de veteranos que recorrem aos serviços do VA cresceu de 0.2% para 21.8% em 2008 (BLAKELY e JANSEN, 2013). TEPT constitui-se no mais frequente diagnóstico de doença mental entre militares que regressam da frente de combate (FISSETTE *et al.*, 2013), sendo ocorrência comum tanto nos que serviram no Vietnã, quanto naqueles que retornam do Iraque e do Afeganistão.

Nos últimos anos, o Departamento de Defesa dos EUA (DoD) tem implementado numerosos programas de assistência aos membros de suas Forças Armadas (FA), extensivos

às suas famílias, no intuito de ajudá-los a lidar com fatores estressores associados à múltipla e prolongada exposição ao combate armado. Um desses programas é conhecido como OSCAR (*Marine Corps Operational Stress Control and Readiness*), desenhado para otimizar a prevenção, a identificação e o tratamento do estresse operacional e de combate entre membros do *United States Marine Corps* (USMC). Problemas mentais entre militares do USMC têm impacto direto tanto sobre seus membros propriamente ditos, quanto sobre suas famílias e sobre a própria corporação a qual pertencem, afetando sua habilidade funcional em situações de guerra real.

O Brasil sempre teve modesta participação em conflitos internacionais, de modo que os militares brasileiros frequentemente exercem funções mais voltadas à defesa de nossas fronteiras territoriais do que, propriamente, aquelas desempenhadas em situações de combate com intenso engajamento. Contudo, o Brasil, nas últimas décadas, tem aumentado significativamente sua participação em conflitos externos, por meio do envio de forças militares de paz sob a égide da Organização das Nações Unidas (ONU). Embora em menor incidência, por estarem menos expostos a conflitos armados, a atividade exercida por militares brasileiros torna-os vulneráveis ao desenvolvimento de uma gama de sintomas físicos e psicológicos, destacando-se o estresse pós-traumático. Entretanto, as consequências do trabalho exercido nessas condições são pouco exploradas, ensejando um estudo comparativo entre o que existe em nosso meio com o programa desenvolvido no âmbito do *United States Marine Corps* (USMC) dos EUA, com vista à identificação de oportunidades de utilização de ferramentas clínicas para identificação precoce do TEPT em nossos militares, com intuito de redução de sequelas permanentes.

O propósito do presente trabalho é apresentar oportunidades de aprimoramento da abordagem do TEPT na MB. Para a consecução de tal objetivo, será utilizado o Programa OSCAR do USMC como modelo teórico.

A apresentação do trabalho será estruturada em cinco capítulos, sendo o primeiro a presente introdução.

O segundo capítulo apresentará a conceituação de estresse e, especificamente, do TEPT, buscando estabelecer suas bases fisiopatológicas, bem como descrever suas causas e efeitos.

No terceiro capítulo, descrever-se-á o Protocolo OSCAR, utilizado no USMC, enfatizando sua utilização e seus procedimentos para a identificação precoce e a abordagem do TEPT.

O quarto capítulo versará sobre a atual situação da abordagem diagnóstica e preventiva do TEPT na MB e buscará estudar se existe aplicabilidade dos procedimentos do protocolo OSCAR do USMC na MB.

Por fim, no quinto e último capítulo serão apresentados os principais resultados encontrados, a partir da análise da problemática estudada.

2 O ESTRESSE

Neste capítulo buscar-se-á apresentar as conceituações teóricas mais relevantes sobre o estresse, descrevendo suas bases fisiopatológicas e suas fases de instalação.

Posteriormente, conceituar-se-á o TEPT, abordando suas origens históricas e seu conceito atual, estabelecido principalmente após a Guerra do Vietnã.

Por fim, tratar-se-á dos principais fatores estressores verificados em uma situação real de combate.

2.1 Conceituando estresse

O termo original latino, *districtia*, traduzido para nosso idioma como estresse, tem como significado aperto, angústia ou aflição. Com o passar do tempo, o termo tornou-se um jargão amplamente utilizado para definir desde reações brandas às vicissitudes da vida comum nos grandes aglomerados humanos até aquelas acompanhadas por graves manifestações físicas e psicológicas, capazes de comprometer o funcionamento do indivíduo na sociedade.

O conceito de estresse, utilizado pela Física para indicar a capacidade de resistência de um determinado material quando submetido à pressão, foi incorporado à literatura médica apenas no século XX. Em 1936 o endocrinologista húngaro Hans Selye (1908-1982) dele se apropriou para descrever as reações do organismo humano às situações que o desequilibram, exigindo, em contrapartida, um grande esforço para adaptação e retorno ao *status quo*. Dessa forma, o agente estressor, ou fator desencadeador da reação de estresse, é qualquer situação de ordem física, mental ou emocional capaz de provocar esta resposta (CARVALHO & SERAFIM, 2002).

De acordo com Marshall e Roy (2007), o termo estresse pode ser considerado como a mais adequada definição para o processo psicofisiológico experimentado como um estado emocional negativo, derivado de duas situações: a percepção de fatores situacionais e psicológicos ameaçadores e o resultado provocado pelo impulso para enfrentá-los. Para os autores, os fatores estressores, definidos como aqueles eventos capazes de trazer ameaças, dano ou desafio, são julgados no contexto de fatores pessoais e ambientais do indivíduo, produzindo respostas individuais e específicas dirigidas à redução do estresse. Segundo Lipp (2013), o estresse não é uma doença por si só, mas uma reação do indivíduo frente a qualquer desafio que necessite enfrentar, e que, por ser complexa, envolve componentes físicos, psicológicos e hormonais.

O processo se desencadeia a partir da percepção sensorial do evento estressor como um sinal de alerta ou sensação de ameaça, provocando o envio de uma mensagem à parte cortical do cérebro, local onde ocorrem as interpretações lógicas do evento. Ao mesmo tempo, é recrutado o sistema límbico, parte do cérebro responsável pela interpretação das emoções.

Dessa forma, a reação ao estresse exige a interpretação lógica e emocional do evento, dando ao indivíduo a imagem de um perigo ou desafio.

A ativação do hipotálamo, estrutura do cérebro pertencente ao sistema límbico, recruta o funcionamento de várias glândulas endócrinas, que, por meio da liberação na corrente sanguínea de substâncias conhecidas como hormônios, prepara o organismo para a reação de fuga ou luta frente à situação ameaçadora. Dentre essas substâncias destaca-se a adrenalina, secretada pelas glândulas suprarrenais, que provoca grande vigor físico para a luta ou fuga, exercendo sua ação principalmente sobre o sistema cardiocirculatório e a musculatura esquelética.

Cabe notar que as adaptações que o estresse impõe ao organismo humano nem

sempre lhe são deletérias. Inicialmente, a performance do indivíduo melhora, tornando-o mais apto a enfrentar a ameaça com que se depara ou, no limite, evitá-la (reação de fuga ou luta). Essa observação de estresse como um fenômeno adaptativo benéfico, levou Selye a introduzir o conceito de estresse, significando o estímulo necessário para o bom funcionamento do organismo em condições estressoras.

O estresse, portanto, é salutar ao desenvolvimento da resiliência aos eventos adversos, sendo a exposição dos combatentes a níveis suaves e controlados de estresse a base que sustenta o treinamento e a prontificação militares (ALDWIN, 1994).

Os mecanismos de adaptação ao estresse ou mecanismos de *coping*¹ não levam necessariamente à solução do problema enfrentado, porém, através de trocas cognitivas e comportamentais com o meio, podem levar à tolerância, aceitação ou modificação de sua percepção. Estes mecanismos possuem dois focos principais: (1) foco no problema, tentando modificá-lo por meio da capacidade de reduzir as exigências da situação do estresse ou de expandir os recursos para com ela lidar, por meio da crença de poder alterar a situação; (2) foco nas emoções, regulando a resposta emocional ao problema, por meio da negação de fatos desagradáveis, pela procura de apoio psicossocial, prática de esporte ou mesmo através do consumo de álcool ou drogas, como meio de desfocar-se da situação estressora (MENDES, 2013).

Porém, quando o indivíduo não consegue desenvolver essa adaptação de forma eficaz, o nível crescente de estresse torna-se maior que sua capacidade de enfrentá-lo, desencadeando o aparecimento de sintomas negativos nos âmbitos físico, psicológico e emocional. Se a situação de estresse prolonga-se por muito tempo, as suprarrenais passam a produzir, predominantemente, o hormônio cortisol, que, por sua vez, causa efeito imunossupressor, tornando o indivíduo suscetível a várias doenças oportunistas, como a gripe,

¹Mecanismo de enfrentamento cognitivo e comportamental utilizado para lidar com situações de dano, ameaça ou desafio, sendo considerado um esforço consciente e intencional(LAZARUS; FOLKMAN,1984).

ou a doenças que já estavam geneticamente programadas, porém em estado de latência, como as doenças cardiovasculares (MARSHALL e ROY, 2007).

Na Classificação Internacional das Doenças (CID 10)², na categoria F43, encontra-se a fundamentação teórica que permite caracterizar os transtornos ao estresse grave e sua adaptação:

(...) um acontecimento particularmente estressante desencadeia uma reação de estresse aguda, ou uma alteração particularmente marcante na vida do sujeito, que comporta consequências desagradáveis e duradouras e levam a um transtorno de adaptação. Embora fatores de estresse psicossociais (*life events*) relativamente pouco graves possam precipitar a ocorrência de um grande número de transtornos, nem sempre é possível atribuir-lhes um papel etiológico, quanto mais é necessário levar em consideração fatores de vulnerabilidade idiossincráticos, próprios de cada indivíduo; em outros termos, estes fatores não são nem necessários nem suficientes para explicar a ocorrência e a natureza do transtorno observado. O acontecimento estressante ou as circunstâncias penosas persistentes constituem o fator causal primário e essencial, na ausência do qual o transtorno não teria ocorrido. Os transtornos podem ser considerados como respostas inadaptadas a um estresse grave ou persistente, na medida em que eles interferem com mecanismos adaptativos eficazes e entram assim o funcionamento social (CID10-F43, p. 143).

A partir de suas pesquisas sobre a síndrome de adaptação geral ao estresse, Selye concluiu que ela ocorre na seguinte ordem hierárquica de intensidade, acompanhada de um cortejo de manifestações de desequilíbrio orgânico:

1. Fase de alarme- ocorre quando o indivíduo entra em contato com a fonte de estresse. A este estímulo segue-se a resposta psicofisiológica, inata ao organismo desde seu nascimento. O cérebro, como já vimos anteriormente, determina a secreção de adrenalina, cuja ação ocorre imediatamente. Sua função é preparar o corpo para uma resposta iminente, mobilizando energia e aumentando sua capacidade física. Nesse momento, há perda do equilíbrio interno do organismo, à medida que este se prepara para enfrentar a situação estressora;

2. Fase da resistência – ao final da fase anterior, quando a situação estressora

²Fornecer códigos relativos à classificação das doenças, sendo publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única, representada por um código composto por até seis caracteres. A categoria F engloba transtornos mentais e comportamentais (OMS; CID-10 versão 2016).

acabou, o corpo retorna ao seu equilíbrio, resistindo à fonte estressora, adaptando-se ou eliminando-a. Porém, com a contínua agressão, o sistema endócrino permanece estimulado, no intuito de ajudar o organismo a resistir ao perigo, sem esgotar seus recursos internos. Contudo, se o equilíbrio interno não consegue ser restabelecido, surgem sintomas psicológicos de impaciência e irritação. O indivíduo torna-se hipersensível às situações cotidianas corriqueiras, diminuindo sua capacidade de enfrentá-las de forma adequada. Segue-se, então, o esgotamento dos mecanismos de adaptação do organismo, dando lugar à fase seguinte da resposta ao estresse;

3. Fase de exaustão – nesse momento, após uma exposição contínua ao fator estressor, os sistemas nervoso e endócrino exaurem-se e perdem a capacidade de manter o equilíbrio biológico e a estabilidade fisiológica do organismo. Os sintomas psicológicos exacerbam-se, aliados agora ao comprometimento físico do indivíduo, com o aparecimento de doenças decorrentes do esgotamento das reservas de energia, tais como imunossupressão e doenças cardiovasculares.

À medida que o estresse se intensifica, e os mecanismos de adaptação são insuficientes para contorná-lo, surgem sinais e sintomas progressivamente mais acentuados e disruptivos para o funcionamento do indivíduo em suas atividades rotineiras. O quadro a seguir apresenta uma correlação das fases da síndrome de adaptação ao estresse com estes sinais e sintomas, em uma escala de progressão de severidade.

QUADRO 1

Correlação entre fases e grau de estresse com sintomas apresentados

(Continua)

FASE	GRAU DO ESTRESSE	SINTOMAS
Primeira	Leve	Taquicardia, tensão muscular, mãos frias e suadas e sensação de “nó no estômago”.
Segunda	Moderado	Sintomas da primeira fase desaparecem. Há dificuldade de memória e mal-estar generalizado.

(Conclusão)

FASE	GRAU DO ESTRESSE	SINTOMAS
Terceira	Severo	Queda acentuada dos mecanismos de defesa favorecendo a instalação e o agravamento de doenças.

Fonte: Da autora.

Inúmeras situações estressoras ocorrem em nosso cotidiano, sejam elas de origem intrínseca- como o surgimento de uma doença – ou extrínseca – a morte ou separação de um cônjuge, por exemplo. Independente de suas origens, as respostas a estas situações variam entre os indivíduos, de acordo com sua resiliência e suas susceptibilidades pessoais, podendo percorrer um espectro que vai de sintomas inespecíficos de depressão e ansiedade a transtornos psiquiátricos bem definidos, como, por exemplo, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Após conceituarmos o estresse, descrevermos as fases que compõem a síndrome de adaptação geral aos eventos estressores e suas consequências psicofisiológicas, abordaremos mais detalhadamente o TEPT e seus fatores desencadeantes.

2.2 O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

A despeito de o termo TEPT ter sido cunhado recentemente, logo após o conflito ocorrido no Vietnã, a observação de que eventos traumáticos poderiam acarretar uma plêiade de manifestações psicobiológicas não é nova (CHIAPPELI, 2005). Durante a Guerra Civil Americana, uma condição semelhante ao TEPT recebeu a denominação de “Síndrome de Da Costa”, em homenagem ao cirurgião do Exército dos EUA (*US Army*) Jacob Mendez da Costa (1833-1900), que observou em soldados atendidos em um hospital militar na Filadélfia uma peculiar condição de angústia cardiorrespiratória, que chamou de “síndrome do coração irritável” (KENNEDY; ZILMER, 2009).

Em 1870, Myers (1838-1921) já havia descrito uma síndrome semelhante,

observada em soldados submetidos a intenso estresse, e caracterizada por fadiga desproporcional ao esforço efetuado, dispnéia suspirosa, palpitação, sudorese profusa, dor precordial e, em casos extremos, síncope cardiocirculatória. Em sua descrição, salientou, ainda, que o quadro assemelhava-se mais a um abandono à emoção e ao medo do que, propriamente, ao esforço empregado por indivíduos normais para superar os desafios enfrentados em situações de combate.

Na história mais recente, notadamente após a Primeira Guerra Mundial, esta condição passou a ser observada com crescente frequência, recebendo diferentes denominações – *Shell Shock*, neurose de guerra, fadiga de combate, estresse reacional de batalha, fadiga do campo de batalha e estresse do campo de batalha – tendo como denominador comum o esforço de caracterizar e compreender o motivo das reações exacerbadas de determinados combatentes no campo de batalha, tão severas a ponto de comprometer sua performance operacional e, no limite, colocar em risco o sucesso da missão (MENDES, 2013).

Na última década, os EUA enviaram mais de dois milhões de combatentes para lutar nas guerras no Afeganistão e no Iraque, muitos deles submetidos à exposição repetida a situações extremamente traumáticas. Apesar da crescente conscientização dos efeitos deletérios desta exposição e da ênfase colocada na prevenção dos traumas psicológicos dela decorrentes, estima-se que 15% do efetivo empregado, ao retornar do teatro de operações, receberão o diagnóstico de TEPT. Em decorrência de seu impacto na vida de milhares de militares, ativos ou inativos, bem como na de suas famílias, o TEPT tornou-se uma das sequelas emblemáticas dos últimos conflitos.

Walters (2014, p. 6) relata que a condição denominada TEPT foi incluída pela primeira vez no Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais (DSM, na língua inglesa) em 1952, sob a denominação de *gross stress reaction*, e, desde então, sua definição

clínica e critérios diagnósticos evoluíram consideravelmente. Em 1990, nos primórdios da Guerra do Golfo, ainda era, conceitualmente, considerado resultado de trauma físico direto. Após a conclusão daquele conflito, a edição lançada em 1994 do DSM (DSM- IV) refletiu uma compreensão mais refinada da gradação da experiência traumática vivenciada pelos combatentes, definindo-a como a exposição a um evento catastrófico envolvendo ameaça real ou percebida de morte ou ameaça à sua própria integridade física ou de seu companheiro de batalha. Na edição de 2013 do DSM (DSM-V), o conceito de TEPT avançou novamente, deste feita incluindo aqueles combatentes que experimentavam respostas latentes ao evento traumático.

À medida que as fronteiras do combate têm se tornado menos distintas com a evolução da guerra assimétrica nos últimos conflitos, a linha de frente não é mais, necessariamente, o lugar mais perigoso da zona de guerra. Novos estressores envolvidos, como, por exemplo, o uso de artefatos explosivos improvisados (IED) de alto poder destrutivo, tornam a incerteza do ambiente e o maior risco de graves ferimentos e morte fatores contribuintes para o aumento da incidência do TEPT.

Do ponto de vista clínico, o TEPT é caracterizado pela exposição a um evento traumático, que passa a ser persistentemente revivido, por meio de imagens, pensamentos intrusivos ou percepções cognitivas, acompanhados de fuga de estímulos associados ao trauma, além de sintomas de hiperexcitabilidade por pelo menos um mês de duração.

O transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma doença psiquiátrica decorrente da exposição direta ou presenciada a situações que possam envolver risco de morte ou uma ameaça à integridade física. Só foi reconhecido como uma entidade nosológica em 1980, com a sua inclusão na terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, da *American Psychiatric Association* (DSM-III).

De acordo com a versão mais recente do DSM³, para o diagnóstico do TEPT, o indivíduo deve ter sido exposto a um evento traumático envolvendo sério risco de morte ou ameaça à integridade física e deve ter respondido à situação com intenso medo, impotência ou horror. Dentre os diversos critérios propostos para a confirmação do diagnóstico estão os sintomas de: (1) Revivescência do trauma, onde a pessoa pode passar a ter pesadelos ou *flashbacks* dissociativos que recordem o trauma; (2) Esquiva a estímulos que relembrem o trauma e distanciamento afetivo; e (3) Hiperestimulação autonômica, caracterizado por irritabilidade, dificuldade em conciliar ou manter o sono e dificuldade para concentrar-se. O DSM-IV também considera o fato de um indivíduo ter ouvido falar ou presenciado um evento traumático (vítimas secundárias) como um possível estressor capaz de provocar o TEPT.

Além disso, a coexistência de doenças associadas no cenário do TEPT é a regra, e não a exceção. De acordo com RAMASWAMY *et al.* (2005), as mais frequentes comorbidades psiquiátricas encontradas em pacientes portadores de TEPT são drogadição, alcoolismo crônico, depressão, bipolaridade, transtorno obsessivo-compulsivo e síndrome do pânico, entre outras. Outras condições clínicas, tais como anemia, artrite, asma, diabetes, eczema, doenças pulmonares e úlcera péptica, também são encontradas em pacientes portadores de TEPT. Ainda segundo os autores, em geral, é a doença associada que leva, inicialmente, o paciente a procurar atendimento médico, dessa forma salientando a importância de que todos os profissionais de saúde, independente de suas especialidades, estejam familiarizados com a possibilidade de TEPT em um indivíduo com antecedentes de exposição a agentes estressores em sua história pregressa.

Entre aqueles indivíduos envolvidos em situações reais de combate, o estigma associado ao diagnóstico de TEPT pode ser especialmente doloroso, sendo frequentemente associado a fraqueza de caráter e vulnerabilidade constitucional, além de ser percebido como

³ DSM-V, 5th Edition (2013).

demérito para a progressão na carreira militar.

Os desafios físicos e mentais a que são submetidos aqueles que participam de uma guerra são variáveis em intensidade e duração. Muitos dos fatores estressores enfrentados não são intrinsecamente devastadores, porém sua persistência ao longo do tempo pode ter efeito desmoralizador sobre a tropa, funcionando como “a última gota”. Dessa forma, pode-se compreender que o estresse estará sempre presente em situações de combate, e que os fatores estressores não atuam de forma isolada, mas sim de forma conjunta e cumulativa.

2.3 Principais fatores estressores em combate

Tudo na guerra é muito simples, mas a mais simples coisa torna-se difícil. As dificuldades acumulam-se e terminam por produzir um desgaste inconcebível, a menos que se tenha experimentado a guerra⁴.

Paradoxalmente, a capacidade de gerar estresse durante o combate, intencionalmente desenvolvendo estratégias e táticas de desestabilização física, mental e emocional do inimigo, frequentemente é vista como um fator positivo de liderança e, mesmo, como um objetivo durante o engajamento. Todavia, a falta de percepção de que os mesmos fatores estressores empregados contra as tropas inimigas também atuam em seus próprios combatentes pode toldar a capacidade das lideranças militares de como tal reconhecê-los e, tempestivamente, mitigá-los.

De forma a facilitar o entendimento, os fatores estressores verificados em situações de combate serão, arbitrariamente, divididos em cinco grupos, notando-se, porém, que alguns fatores podem não pertencer exclusivamente a apenas um deles (FIGLEY, 2007).

1- Estressores Físicos – calor, frio, desidratação, umidade, desnutrição, não atendimento às necessidades fisiológicas básicas, privação de sono, barulhos e explosões,

⁴ Clausewitz (1780-1831).

luz intensa contínua ou total escuridão, fumaça e odores desagradáveis de sangue, substâncias tóxicas ou, mesmo, de corpos em decomposição;

2- Estressores Cognitivos – falta ou excesso de informação, ordens ambíguas de superiores, incerteza quanto aos objetivos da missão, inexistência de coesão entre as Unidades, mudança de regras de engajamento, conflitos de lealdade, monotonia devido a imobilidade por longos períodos;

3- Estressores Emocionais – perda de companheiros por morte ou injúria, medo de morrer, culpa por sobreviver a um ataque e vergonha frente à morte de companheiros no mesmo engajamento, horror da carnificina presenciada, sensação de desamparo, causar a morte de outro ser humano;

4- Estressores Sociais – isolamento de esteios sociais de suporte, falta de privacidade, falta de espaço pessoal por ter que compartilhar todos os momentos com seus companheiros, preocupação com a falta de suporte da mídia e da opinião pública ou de sua exposição e de suas famílias a opiniões contrárias à guerra; e

5- Fatores Espirituais – perda da fé, dificuldade de continuar acreditando na benevolência e bondade divinas após sobreviver às perdas enfrentadas em combate, inabilidade de perdoar e de sentir-se perdoado frente aos atos desumanos presenciados ou cometidos.

Ainda segundo FIGLEY, os agentes estressores experimentados pelos militares em combate podem contribuir, poderosamente, para o surgimento das sequelas do estresse antes, durante e depois do engajamento. Compreendê-los é, necessariamente, o primeiro passo para sua identificação, abordagem e tratamento.

Conforme os conflitos armados vão se modificando, novos fatores estressores vão surgindo, enquanto outros vão decrescendo de importância. Em virtude disso, cabe a líderes bem formados avaliar quais fatores estressores serão preponderantes em determinada situação

de combate, preferencialmente ainda durante a fase de planejamento, permitindo, assim, melhor preparar seus subordinados para enfrentá-los.

2.4 Conclusões parciais

Embora incorporado à literatura médica apenas no século XX, o termo estresse evoluiu ao longo do tempo como um conceito amplo, capaz de abarcar desde reações leves experimentadas frente aos contratempos da vida cotidiana até manifestações psicofisiológicas devastadoras e incapacitantes, encontrando-se, atualmente, tipificado como entidade nosológica na Classificação Internacional de Doenças (CID 10), na categoria referente a doenças mentais e comportamentais (F-43).

Apesar de tratar-se, eminentemente, de uma resposta biológica normal frente a situações percebidas como ameaças, à medida que os fatores estressores persistem, o estresse se intensifica e os mecanismos de adaptação exaurem-se. Surgem, então, sintomas físicos e psicológicos progressivamente mais severos, culminando com o aparecimento de doenças psiquiátricas bem definidas, dentre elas o TEPT.

Embora o conceito de TEPT tenha surgido somente após a Guerra do Vietnã, passando a partir da década de 1980 a ser reconhecido como doença psiquiátrica independente, ao longo da história das guerras já haviam surgido vários relatos independentes de quadros semelhantes observados em combatentes submetidos ao estresse em combate.

Os critérios diagnósticos do TEPT vêm sendo refinados ao longo do tempo, caracterizando-se pela exposição a um grave evento estressor, seguida por um cortejo de sintomas potencialmente incapacitantes.

Vimos, ainda, que os desafios físicos e mentais enfrentados pelas tropas em uma situação de guerra real são denominados fatores estressores e são representados por uma gama

de situações vivenciadas pelos combatentes, desde desconforto físico até a possibilidade real de matar outro ser humano.

No próximo capítulo veremos como o USMC aborda o estresse em combate, com base nos conceitos vistos neste capítulo, descrevendo suas diretrizes para sua prevenção e detecção precoce, especialmente no que tange ao estresse em combate e ao TEPT.

3 USMC E O GERENCIAMENTO DO TEPT

O presente capítulo abordará o gerenciamento do estresse no USMC, frente à crescente incidência do diagnóstico de TEPT observada entre seus combatentes, tendo como pano de fundo a significativa participação das Forças Armadas dos EUA em diversos conflitos armados.

Inicialmente, buscar-se-á apresentar a peculiar cultura militar do USMC e sua percepção quanto aos sintomas do TEPT, bem como estudar a prevalência desta condição entre seus combatentes e as barreiras encontradas para seu reconhecimento e pronta avaliação, em função de sua estigmatização na cultura militar.

Posteriormente, será apresentada a conceituação teórica referente à identificação precoce do TEPT e ao *screening* de seus sintomas, utilizando como exemplo ferramenta inicialmente utilizada no USMC.

Finalmente, será apresentado o Programa OSCAR (*Operational Stress Control and Readiness*), desenhado para otimizar a prevenção e a identificação do estresse operacional e de combate entre membros do USMC, utilizando-o, posteriormente, como modelo de comparação com os procedimentos utilizados na MB.

3.1 A cultura militar do USMC

O USMC é um componente do *U. S. Department of the Navy* desde 30 de junho de 1834, operando conjuntamente com as forças navais para o adestramento, transporte e logística de tropas, em postos terrestres e a bordo de navios anfíbios (HOFFMAN, 2002). O USMC é o maior corpo de fuzileiros navais do mundo, com cerca de 200 mil militares espalhados ao redor do planeta (EUA, 2015).

A cultura militar do USMC é única e peculiar, no sentido em que espera que cada combatente sustente e mantenha os valores fundamentais de sua corporação: honra, coragem e dedicação (COOLING & TURNER, 2010). Embora operando com fundos monetários limitados e recursos escassos, é esperado que seus membros sempre cumpram a missão determinada, de modo disciplinado, obstinado e demonstrando caráter e liderança face ao estresse do combate (NASH, 2011).

Merlinger (2007) descreve a cultura do USMC como formada por “padrões de comportamento socialmente transmitidos, crenças e instituições que moldam uma comunidade ou população” (p.80), e que “influenciam o modo de combater, afetando não somente objetivos e estratégias, mas também tecnologias, armas e táticas de guerra” (p.80). Dois fatores, predominantemente, ajudaram a consolidar sua cultura: seu papel único como força expedicionária, capaz de projetar poder e apoiar as operações navais, bem como sua necessidade de permanecer sempre pronta e com moral elevado. Ser um membro do USMC significa sê-lo para toda a vida, e a transformação psicológica experimentada por um civil ao tornar-se um fuzileiro naval é indelével. Em suma, a cultura do USMC espera resultados extraordinários de seus membros e o fracasso não é uma opção aceita.

Todas essas expectativas, necessariamente, dificultam a procura por ajuda quando os militares experimentam sintomas de TEPT, uma vez que estes são constantemente adestrados para enfrentar o combate, mantendo mente e corpo sãos, reagindo, contudo, às atrocidades da guerra de forma emocionalmente desconectada da realidade (HOGE *et al*, 2008). Além disso, ao retornarem ao meio civil, os membros do USMC necessitam lidar efetivamente com estes mesmos sintomas, o que prejudica sua capacidade de enfrentar as responsabilidades diárias da vida civil, especialmente quando dispensados do serviço militar ativo.

Em estudo realizado por Vogt (2011), somente 23 a 40% dos combatentes do

USMC participantes das recentes guerras no Iraque e no Afeganistão, afetados por problemas mentais associados ao estresse em combate, buscaram atendimento especializado para seus sintomas, em virtude do estigma negativo percebido quanto à necessidade de procura de tratamento psicológico, acreditando que seriam estereotipados como “fracos” e “incompetentes” pelos seus líderes, cujo julgamento tem tremendo impacto sobre os subordinados.

Auto-estigmatização também foi identificada entre esses militares, decorrente da internalização de valores da cultura militar, levando a sentimentos de vergonha e inadequação e retardo na busca por atendimento e tratamento de seus sintomas. Além disso, a crença de que as medicações prescritas interfeririam com sua habilidade de exercer funções operativas, especialmente devido a seus efeitos colaterais, resultaram em baixa adesão e abandono de tratamento (VOGT, 2011).

Em um estudo conduzido por ZINZOW *et al.* (2013), mais da metade dos indivíduos estudados, veteranos da OEF e/ou da OIF, citaram que o principal motivo de não terem procurado tratamento para o TEPT foi a preocupação com um possível prejuízo para suas carreiras militares. Acredita-se que a combinação de todos esses fatores citados funcione como barreira para que os militares evitem procurar ativamente tratamento para seus problemas relacionados ao TEPT.

TEPT é o mais prevalente diagnóstico de doença mental entre militares pertencentes ao USMC que retornam de combate (FISSETTE, 2013). Inicialmente uma ocorrência comum entre combatentes que retornavam do Vietnã, sua prevalência tornou-se alarmante com o advento das guerras no Iraque e no Afeganistão, exigindo maior atenção por parte das Forças Armadas e, especialmente, do USMC.

Estudos comprovam que experiências em combate, especialmente quando envolvem seguidas missões, aumentam, consideravelmente, o risco de desenvolvimento de

sintomas de TEPT (GATES *et al.* 2012). Aproximadamente 10-18% dos militares em serviço ativo nas Forças Armadas dos EUA desenvolvem sintomas de TEPT, causados por estresse ocorrido durante seus desdobramentos no campo de ação (BLAKELY & JANSEN, 2013; FLOREY, 2010).

Em 2010, a incidência do diagnóstico de TEPT entre membros da ativa do USMC foi de 9.7 por 1.000 fuzileiros navais, comparada a 3.7 por 1.000 militares da Marinha, 14.3 por 1.000 militares do Exército e 3.4 por 1.000 militares da Força Aérea (BLAKELEY & JANSEN, 2013).

Problemas mentais em combatentes do USMC têm impacto não somente nos próprios acometidos, mas também em suas famílias. Os militares acometidos sentem-se alienados de seus familiares e amigos, por acreditarem que podem melhor relacionar-se apenas com indivíduos que vivenciaram as mesmas experiências traumáticas durante o combate.

Além disso, o próprio USMC é impactado em sua capacidade operativa, haja vista que militares que sofrem de sintomas de TEPT têm sua habilidade funcional prejudicada, em um ambiente de guerra, por várias razões, tais como tempo de reação lentificado, embotamento dos sentidos por conta de medicamentos utilizados, impulsividade nas decisões, *flashback* paralisantes, entre tantos outros. Esses fatos acarretam perigo não somente para os afetados, mas também para seus companheiros combatentes, resultando em eficácia operacional reduzida e maior risco de injúrias graves.

A literatura existente sobre o tema demonstra a importância da avaliação da incidência do TEPT em militares que tenham sido empregados em situações de combate (FELKER, HAWKINS, DOBIE, GUTIERREZ & MCFALL, 2008). Fuzileiros Navais do USMC que cumpriram seu papel em defender seu país são merecedores de uma eficaz avaliação de sua saúde mental, que permitirá cuidado e intervenção precoces, por ocasião de

seu imediato retorno de suas missões. A vida operativa dos membros do USMC é estressante e a carga emocional decorrente de memórias das situações de combate enfrentadas impacta diretamente sua capacidade de continuar exercendo suas funções de militares da ativa. A alta prevalência de sintomas de TEPT em militares que retornam das operações OIF, OEF e OND enfatiza a necessidade do desenvolvimento de ferramentas de avaliação psicológica capazes de avaliar eficazmente os sintomas preditivos do desenvolvimento dessa condição, por vezes relegada a um plano secundário (BLISSE *et al.*, 2008).

Por conta de tudo o que foi exposto, as despesas efetuadas pelo Departamento de Defesa (DoD) dos EUA com o tratamento das doenças mentais relacionadas a situações de estresse em combate têm aumentado consideravelmente, desde o início das guerras no Iraque e no Afeganistão, em decorrência dos gastos incorridos no tratamento do TEPT em militares que retornam de combate com sequelas psicológicas indeléveis.

Gates *et al.* (2012) estimaram, em estudo realizado com veteranos e militares da ativa, que até 6.2 bilhões de dólares devem ser gastos nos próximos anos com militares pós-desdobramento de combate, no tocante a tratamentos relativos ao TEPT. Embora significativo, o impacto econômico diminui de importância quando comparado com os custos sociais e individuais em que incorrem aqueles que sofrem as consequências da doença, por vezes incapacitantes e humilhantes.

Por conta da relevância do tema, o USMC vislumbrou a necessidade da criação de um método efetivo de identificar os sintomas do TEPT em seus combatentes, tendo como intuito superar as barreiras existentes entre os militares e diagnosticar com eficiência esta condição, garantindo pronto encaminhamento para atendimento psicológico e psiquiátrico apropriados.

3.2 Identificação precoce e *screening* do TEPT no USMC

A necessidade de identificação precoce dos sintomas característicos do TEPT em fuzileiros navais que voltavam de combate ativo, após desdobramento em missões no Iraque e no Afeganistão, ensejou observações que demonstraram que a avaliação dos militares deveria ser realizada nos primeiros trinta dias de seu retorno, de modo a fornecer cuidados de suporte, efetivos e pontuais, além de permitir uma bem sucedida transição da situação de combate para suas atividades militares prévias, bem como para suas vidas pessoais (SEAL *et al.*, 2008).

Previamente, um estudo realizado por Arbisi e colaboradores (2012, pp. 1034-1040) postulou que os sintomas característicos do TEPT teriam início imediatamente após a ocorrência do evento traumático, sendo facilmente identificáveis na avaliação inicial proposta. Contudo, Sharkey e Rennix (2011, pp. 915-921) demonstraram que militares reportaram pensamentos recorrentes relativos ao trauma, por ocasião da reavaliação que ocorria três a seis meses após a avaliação inicial, mesmo que em um primeiro momento não houvessem apresentado sintomas de TEPT.

Tais estudos reforçaram a necessidade de intervenção terapêutica precoce, mesmo naqueles militares que não apresentavam inicialmente o quadro característico de TEPT, evitando-se, desta forma, o aparecimento tardio de doenças mentais crônicas, como por exemplo, depressão.

Sem dúvida existem vários instrumentos psicológicos para acessar uma vasta gama de problemas de saúde mental, porém a elevada prevalência de TEPT entre militares que retornam de combate real tem enfatizado a necessidade da criação de um método confiável e eficiente de avaliação desta condição específica e característica do ambiente operacional.

O uso de um instrumento de rastreamento mais afinado com a realidade operativa, que seja de fácil aplicação, tenha validade científica e seja eficiente, é preferível à simples utilização daqueles existentes no meio civil, tendo em vista os problemas peculiares de saúde mental dos combatentes. Além disso, diferentemente das avaliações realizadas no meio civil, as avaliações feitas em militares são, frequentemente, realizadas em grupos ou pelotões, e não individualmente, acarretando como consequência o fato de que os profissionais de saúde responsáveis por preencher os questionários devem fazê-lo em um curto espaço de tempo, tendo em vista o elevado número de militares a serem avaliados.

Ferramentas de avaliação desenhadas para a realidade militar tornaram-se uma necessidade imperativa, na medida em que uma elevada taxa de avaliações falsamente negativas para a detecção dos sintomas de TEPT é extremamente prejudicial aos militares no longo prazo, além de mostrarem-se custosas e inconvenientes para os profissionais de saúde que as realizam. Consequentemente, os protocolos desenvolvidos, que utilizam um escore de pontuação dos sintomas, em paralelo à utilização de um tempo mínimo necessário a ser despendido na avaliação psicológica, são aspectos fundamentais a serem levados em consideração na escolha da ferramenta ideal a ser empregada quando lidando com a população militar (BLIESE *et al.*, 2004). A combinação de itens de prospecção de sintomas de TEPT, compilados de vários questionários, resultando em um novo instrumento que possuísse potencial de eficácia diagnóstica e que não fosse, necessariamente, longo e cansativo, mostrou-se, inicialmente, promissor como método que permitisse diagnósticos mais precisos e com menor custo.

Um dos mais utilizados instrumentos para detecção do TEPT em militares retornando da zona de combate denomina-se Lista de Verificação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PCL). Seus principais objetivos são triar indivíduos sintomáticos, elaborar um diagnóstico provisório de TEPT e acompanhar alterações clínicas, durante e após a

intervenção terapêutica inicialmente realizada. Desenvolvido como um questionário de autoavaliação, seu intuito é avaliar e pontuar 17 sintomas diagnósticos de TEPT, elencados no DSM-V (BLIESE *et al.*, 2008). Quando utilizado em populações traumatizadas, possui excelente confiabilidade quando os indivíduos são novamente testados após 2 a 3 dias da primeira avaliação, além de ser de fáceis administração e interpretação. Existem três versões do PCL, com pequenas diferenças entre si, sendo o PCL-M a versão militar, com questões voltadas para “uma experiência militar estressante” (FISSETTE *et al.*, 2013, p.2).

O PCL-M foi elaborado para quantificar os sintomas de TEPT, utilizando uma escala de cinco pontos, que variam de 1 (nenhum sintoma) até 5 (extremamente sintomático), atribuídos às respostas para perguntas padronizadas, tais como: “Está experimentando sonhos recorrentes e perturbadores, relacionados a uma experiência militar estressante?”; “Está evitando atividades ou situações que relembrem a situação traumática vivenciada?” ou, ainda, “Tem apresentado problemas para conciliar o sono?”. A soma da pontuação obtida é transformada em um escore, cuja variação vai de 17 a 85 pontos. Quanto maior a pontuação obtida, mais provável é o diagnóstico de TEPT. O quadro abaixo apresenta o questionário aplicado no PCL-M, em sua versão original na língua inglesa⁵.

QUADRO 2

Correlação entre perguntas e pontos obtidos, de acordo com as respostas ao PCL-M

Instructions to patient Bellow is a list of problems that veterans sometimes have after stressful military experiences. Read each one carefully and circle the numbers that indicates how much you have been bothered by that problem in the past month

	<i>1 = not at all</i>	<i>2 = a little bit</i>	<i>3 = moderately</i>	<i>4 = quite a bit</i>	<i>5 = extremely</i>
1. Having repeated, disturbing, memories, thoughts, or images of a stressful military experience	1	2	3	4	5
2. Having repeated, disturbing dreams of a stressful military experience.	1	2	3	4	5
3. Suddenly acting or feeling as if a stressful military experience were happening again (as if you were reliving it).	1	2	3	4	5

(Continua)

⁵ Compilado pela *American Psychological Association* (APA), 2013.

	(Conclusão)				
	1 = not at all	2 = a little bit	3 = moderately	4 = quite a bit	5 = extremely
4. Feeling upset when something reminded you of a stressful military experience.	1	2	3	4	5
5. Having physical reactions (e. g, heart pounding, trouble breathing, sweating) when something reminded you of a stressful military experience.	1	2	3	4	5
6. Trying not to think or talk about a stressful military experience.	1	2	3	4	5
7. Avoiding activities or situations, that you of a stressful military experience.	1	2	3	4	5
8. Having trouble remembering important parts of a stressful military experience.	1	2	3	4	5
9. Losing interest in things that you used to enjoy.	1	2	3	4	5
10. Feeling distant or cut off from other people.	1	2	3	4	5
11. Feeling emotionally numb or unable to feel love for people close to you.	1	2	3	4	5
12. Feeling as if your future will be cut short.	1	2	3	4	5
13. Having trouble falling or staying asleep.	1	2	3	4	5
14. Feeling irritable or having angry outbursts.	1	2	3	4	5
15. Having trouble concentrating.	1	2	3	4	5
16. Being "super alert" or watchful.	1	2	3	4	5
17. Feeling jumpy or easily startled.	1	2	3	4	5

Note if total score is greater than 40, consider further evaluation.

Fonte: National Center for PTSD – Behavioral Science Division, 1994.

Embora baseado na interpretação individual do profissional que aplica o teste, uma vez atingida a pontuação considerada preditiva de TEPT, o militar envolvido em operações ativas de combate será retirado do cenário de guerra e realocado em um ambiente menos estressante ou, até mesmo, evacuado da área de guerra. O ponto de corte arbitrado foi um escore acima de 40 pontos, demandando, uma vez atingido, avaliação psicológica adicional do militar.

Contudo, essa ferramenta apresenta limitações, uma vez que as respostas dadas

são indivíduo-dependentes, e estes podem sentir-se compelidos a dar respostas consideradas “mais corretas”, em vez de responderem com sinceridade. Além disso, existe ainda a influência das circunstâncias ambientais nas quais o questionário é aplicado, pois nem sempre há privacidade suficiente para que o militar sintá-se à vontade para revelar seus reais sentimentos.

Nos últimos anos, o DoD tem buscado refinar qualitativamente programas de assistência a militares e suas famílias, e, assim, ajudá-los a lidar com os agentes estressores associados ao combate com maior facilidade. Em um estudo encomendado pelos Centros de Excelência em Atendimento à Saúde Psicológica e ao Trauma Cerebral (DCoE)⁶, foram avaliados programas voltados para a saúde psicossocial dos combatentes (WEINICK *et al.*, 2013). Um dos selecionados foi o Programa OSCAR do USMC, do qual passaremos a tratar.

3.3 O Programa OSCAR do USMC

O combate e as operações militares expõem os fuzileiros navais do USMC, assim como todos os militares das diversas Forças dos EUA, a extremos de estresse psicológico. Contudo, as taxas de casos de TEPT identificadas durante o efetivo combate, no próprio teatro de operações, podem não expressar acuradamente as taxas reais de problemas mentais experimentados pelos combatentes que retornam de seus engajamentos, incluindo aí, não apenas o TEPT, mas também casos de depressão, ansiedade e dependência química. A principal explicação para esta discrepância seria que sinais e sintomas incipientes de estresse não seriam reconhecidos ou reportados apropriadamente no ambiente de engajamento.

Em resposta à Diretiva 6490.5, emitida pelo DoD em 1999, referente a programas

⁶Estabelecida em 2007, o DCoE é uma organização pertencente ao DoD, criada para prover orientação quanto a temas relacionados à saúde psicossocial e aos efeitos de lesões traumáticas cerebrais em combatentes das Forças Armadas dos EUA(*Official website*)

de controle do estresse em combate, as lideranças do USMC elaboraram um programa inovativo de mitigação do estresse, baseado na abordagem executada diretamente dentro dos próprios grupamentos de fuzileiros navais.

No mesmo ano, na Segunda Divisão de Fuzileiros Navais, situada em *Camp Lejeune*, na Carolina do Norte, o USMC desenvolveu e aplicou um novo tipo de parceria entre combatentes e profissionais especializados em saúde mental, denominado Programa *Operational Stress Control and Readiness* (OSCAR). O programa diferia de todos os prévios esforços de mitigação de problemas de saúde mental em militares, pelo fato de incorporar psiquiatras, psicólogos e praças especializados em saúde mental às unidades operacionais, ao nível dos regimentos, em vez de mantê-los disponíveis apenas em unidade de saúde externas ao teatro de operações. Esses profissionais tornaram-se orgânicos às unidades militares, da mesma maneira que médicos operativos e capelães o eram.

Os profissionais de saúde mental treinariam com seus companheiros de unidade operativa, antes mesmo do desdobramento no campo de batalha, participariam das operações táticas e continuariam a apoiá-los após seu retorno do teatro de operações, criando tal vínculo de confiança capaz de superar as barreiras culturais existentes entre os membros do USMC quanto a demonstrar e reportar sinais de estresse. Outro aspecto inovativo do programa seria o emprego de oficiais experientes em situações de combate que serviriam como elo de ligação entre a ciência da Psiquiatria e a arte das operações militares, atuando como pilar central do controle do estresse operacional.

Em 2003, a Agência Médica Operacional do USMC advogou a expansão do programa OSCAR, de modo a incluir no programa as três Divisões de Infantaria de Fuzileiros, incluindo a Primeira Divisão, antes que retornassem da missão na província de Al Anbar, no Iraque, em fevereiro de 2004. Atualmente está sendo avaliada a expansão do conceito do programa a todas as comunidades e comandos do USMC, levando à evolução dos

conceitos inicialmente concebidos.

3.4 Evolução do Programa OSCAR

Inicialmente concebido como uma nova parceria entre a Psiquiatria e as operações militares, o Programa OSCAR, em seus primeiros anos de implementação, utilizava profissionais de saúde mental incorporados aos regimentos. Ao longo do tempo, o programa evoluiu e estendeu a participação daqueles profissionais até os escalões operativos mais baixos, de batalhões e companhias, por meio do emprego de equipes OSCAR.

As equipes OSCAR são compostas por psiquiatras e psicólogos (provedores), médicos de outras especialidades, enfermeiros, capelães e praças especializadas (amplificadores) e oficiais de carreira e temporários treinados para primeiramente identificar sinais e sintomas de estresse e servir como modelos positivos de liderança (membros ou mentores). Cada equipe deve consistir de um mínimo de 5% do efetivo do batalhão ou companhia ou de pelo menos 20 componentes, o que for maior em número de elementos⁷.

Todos os componentes da equipe recebem treinamento em combate e noções de controle de estresse em situações reais de engajamento, antes mesmo do desdobramento da missão. A abordagem do programa baseia-se em duas linhas de ação: o *Combat and Operational Continuum*, uma ferramenta de pronta identificação de problemas de variável gravidade, relacionados ao estresse em combate; e o Primeiro Atendimento Operacional e em Combate (COSFA), que consiste na intervenção psicológica de urgência naqueles casos julgados mais graves (VAUGHAN *et al.*, 2015).

Os componentes das equipes OSCAR participam, juntamente com os combatentes das unidades operativas, de todas as fases das operações militares, desde o adestramento pré-

⁷Segundo determinação exarada pelo Comando-Geral do USMC, cada batalhão deveria montar e treinar um time OSCAR até a data limite de 31 de janeiro de 2012 (U.S. Marine Corps,2011).

engajamento até o retorno das tropas ao fim das missões, inclusive permanecendo nas áreas de combate. Além de estarem prontamente acessíveis quando solicitados, os profissionais das equipes OSCAR estarão mais bem capacitados para entender os problemas surgidos nos momentos de crise, em virtude de efetivamente compartilharem das mesmas experiências dos militares combatentes.

O treinamento dos membros do Programa OSCAR tem início de três a cinco meses antes do efetivo emprego das tropas, sendo conduzido por meio de apresentações interativas e grupos de discussão, durante os quais as equipes são treinadas para reconhecer com presteza os sinais e sintomas da reação de estresse em combate, bem como familiarizarem-se com as consequências sociais e comportamentais para os militares que as desenvolvem. A presença constante de recursos humanos especializados em saúde mental, orgânicos às unidades combatentes, tem ajudado a reduzir o estigma presente na cultura militar, bem como aumentar a percepção geral em relação aos problemas relacionados ao estresse em combate, notadamente o TEPT.

O Programa OSCAR foi concebido para aumentar a prevenção, a identificação e o tratamento das questões relativas ao estresse em combate e operacional, através da integração do conhecimento psiquiátrico, seus conceitos e ferramentas – tradicionalmente domínio da Medicina- com a cultura militar. A principal característica inovadora do programa é complementar a tradição de liderança do USMC, baseada em pequenas unidades de combatentes, através do adestramento de líderes provenientes de suas próprias fileiras, tornando-os capacitados a identificar e ajudar seus companheiros afetados pelo estresse em combate.

Como consequência, espera-se que o programa tenha um efeito positivo nos desfechos de longo prazo para combatentes e veteranos, incluindo melhora da saúde mental, menor incidência de abuso de álcool e drogas e menor comprometimento da incapacidade

funcional e laborativa (VAUGHAN *et al.*, 2015).

O modelo da lógica do Programa OSCAR compreende as fases de adestramento (pré-desdobramento), de processamento (desdobramento) e de resultados tardios (pós-desdobramento) (FIG. 1).

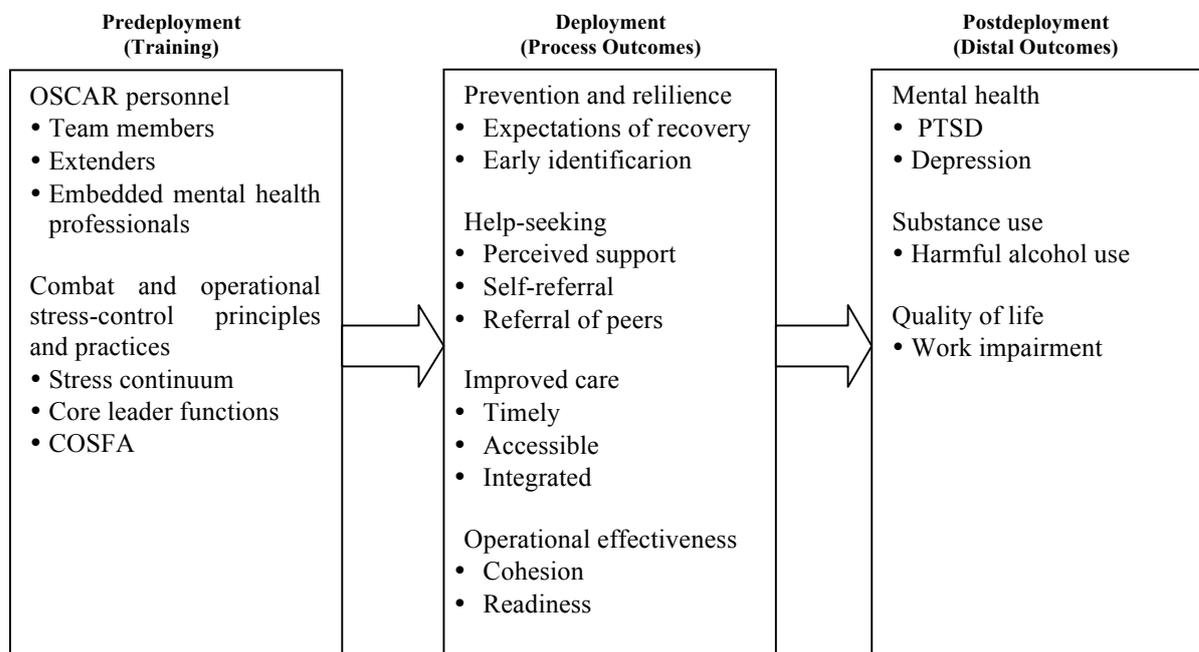


Figura 1 – Modelo do Programa OSCAR
Fonte: RAND-RR562, 2015, P.8.

3.5 Conclusões parciais

As guerras têm inúmeras consequências, não apenas a perda de vidas nos campos de batalha, mas, também, nos sobreviventes, podem acarretar a deterioração de sua saúde mental, como consequência de traumas psicológicos sofridos durante o combate, por vezes impossíveis de serem curados e que os acompanharão para o resto de suas vidas (BOSCARINO, 2004).

A intenção do presente capítulo é chamar atenção para as feridas mentais e emocionais sofridas pelos militares, que também podem causar incapacidades permanentes e, mesmo, levar à morte precoce. Entre as sequelas emocionais emblemáticas da guerra destaca-

se o TEPT, já conceituado no capítulo anterior desta tese. Para tanto, será usado como modelo a abordagem do USMC no manejo desta condição, em virtude de sua ampla participação em conflitos armados e de sua particular cultura, no que tange à percepção dos problemas relacionados ao estresse em combate.

Tradicionalmente no USMC, a responsabilidade do controle do estresse entre os subordinados sempre coube aos comandantes militares, que, por meio de regras de identificação e manejo dos casos ocorridos no fragor da batalha, abordavam tais situações como uma consequência esperada do engajamento real, e não como um resultado indesejado e não intencional das operações militares. Em contrapartida, o papel dos profissionais militares especializados em saúde mental foi relegado à identificação e tratamento de casos de manifestações tardias do TEPT. Além disso, sempre houve entre os combatentes a estigmatização dos problemas mentais, percebidos como “fraqueza” e motivo de desonra frente a seus companheiros e a seus superiores.

Porém, com o advento das guerras no Iraque e no Afeganistão, houve um alarmante aumento de casos de militares apresentando sintomas e sinais de TEPT, acompanhados de todas as suas funestas consequências, além de importante aumento do ônus para os cofres públicos.

Com a mudança de percepção da real gravidade das consequências do estresse em combate e do TEPT para seus combatentes, o USMC vislumbrou a necessidade de envidar esforços para identificar precocemente os sintomas e sinais destas condições e estreitar a colaboração entre as lideranças militares e os especialistas em saúde mental.

Inicialmente, buscou-se utilizar ferramentas já utilizadas no meio civil, adaptadas para a população militar submetida a situações estressantes de combate, como por exemplo o PCL-M, já descrito anteriormente. Contudo, essa ferramenta apresentava limitações quanto à fidelidade das respostas obtidas dos militares e ao ambiente operativo em que era empregada,

onde a falta de privacidade intimidava os avaliados.

Finalmente, em 1999, foi concebido o Programa OSCAR, que diferia dos demais por incorporar profissionais especializados diretamente às unidades operacionais, ao invés de mantê-los longe do teatro de operações. Posteriormente o programa evoluiu com a criação das equipes OSCAR, compostas por múltiplos profissionais, que acompanham suas unidades durante todo o ciclo de desdobramento do combate.

Por tudo que foi exposto neste capítulo, verifica-se que o Programa OSCAR mostra-se ferramenta promissora na promoção da prevenção, identificação precoce e pronta resposta às reações adversas ao estresse apresentadas pelos membros do USMC.

No próximo capítulo verificaremos a atual situação da abordagem diagnóstica e preventiva do TEPT na MB, avaliando possíveis oportunidades de aplicação dos conceitos do Programa OSCAR em um protocolo a ser utilizado em nossos militares.

4 O GERENCIAMENTO DO TEPT NA MB: SITUAÇÃO ATUAL E OPORTUNIDADES DE APRIMORAMENTO

Anteriormente foi apresentado o referencial teórico referente à abordagem do TEPT no USMC, ressaltando os aspectos relevantes da cultura militar existente naquela Força e a crescente percepção de suas lideranças quanto à necessidade de desenvolver programas capazes de identificar precocemente sintomas de TEPT em militares envolvidos em situações reais de combate, de modo a evitar consequências traumatizantes e permanentes para seus membros.

Como corolário dos esforços envidados pelo USMC e o DoD, visando aperfeiçoar programas voltados para o bem-estar psicossocial dos combatentes, surgiu o Programa OSCAR, já apresentado no capítulo anterior.

O presente capítulo tem por objetivo descrever a abordagem preventiva do estresse em combate e do TEPT existente na MB, utilizando como exemplo o trabalho desenvolvido pelo Núcleo do Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha na Esquadra (N-SAIPM ESQUADRA)⁸ para atender às demandas dos militares brasileiros envolvidos na Força-Tarefa Marítima da Força Interina das Nações Unidas no Líbano (FTM-UNIFIL), denominado Projeto “Minha Missão – UNIFIL”⁹.

Inicialmente será apresentado breve histórico da UNIFIL (*United Nations Interim Force in Lebanon*), operação de paz realizada sob a égide da Organização das Nações Unidas (ONU), destacando-se a participação do Brasil como protagonista do seu componente naval (FTM-UNIFIL).

A seguir, será apresentada a concepção do Projeto “Minha Missão – UNIFIL”,

⁸Este Serviço tem por objetivo atender, de forma integrada e à nível de atenção primária, às demandas dos militares da ativa, servidores civis e seus dependentes nas áreas de Serviço Social, Psicologia e Direito.

⁹Cf. ESPÍNDOLA & HARRISON, 2015, p. 134 -138.

componente do Programa de Atendimento Integrado em Missões Especiais, como tal incluído na DGPM 501, 6ª Revisão, detalhando-se sua estrutura, bem como as ações empreendidas no seu desenvolvimento.

Por fim, serão estudadas as oportunidades de emprego dos conceitos do Programa OSCAR, visando ao aprimoramento da gestão do estresse em combate e do TEPT no âmbito da MB.

4.1 A UNIFIL e a participação do Brasil

As Operações de Paz da ONU são instrumentos dinâmicos, desenvolvidos para apoiar países devastados por conflitos, criando condições de assegurar o restabelecimento da paz, de forma permanente e duradoura (FAGANELLO, 2013). O surgimento de novos conflitos no cenário mundial demanda da ONU um esforço ímpar na concepção destes instrumentos, dotando-os de ações de manutenção de paz e segurança, proteção de civis, promoção dos direitos humanos, ajuda no desarmamento, desmobilização e reintegração de tropas às suas Forças originais, demonstrando, assim, a complexidade de suas intervenções (FAGANELLO, 2013).

No início dos anos 1970, a tensão ao longo dos limites fronteiraços entre Israel e Líbano aumentou sensivelmente, especialmente após a relocação de elementos palestinos armados, vindos da Jordânia para o Líbano, e a realização por esses de ataques militares à Israel. Como consequência, intensificaram-se as retaliações de Israel, com ataques a bases palestinas. Em 11 de março de 1978, a Organização para Liberação da Palestina (OLP), organização política e paramilitar palestina, assumiu a responsabilidade por um ataque surpresa a Israel, que resultou na morte de inúmeros civis israelenses. Em resposta ao ataque, forças israelenses invadiram e ocuparam o sul do Líbano.

Após violento protesto do governo libanês contra a invasão israelense, junto ao Conselho de Segurança da ONU, este emitiu as resoluções 425 (1978) e 426 (1978), onde não só demandava a retirada das forças militares israelenses do território libanês, como também decidia pela criação da UNIFIL, com três propósitos definidos: confirmar a retirada das tropas israelenses, restabelecer a paz e segurança internacionais e auxiliar o governo libanês a garantir o efetivo controle da área sul invadida (GALANTE, 2014).

Em 2006, em meio ao surgimento de novas tensões entre Líbano e Israel, e após a solicitação do governo libanês, foi criada a Força Tarefa Marítima (FTM) da UNIFIL, em atendimento à Resolução 1701 do Conselho de Segurança da ONU, com o duplo propósito de garantir a soberania do Líbano em suas águas territoriais e auxiliar no treinamento da Marinha Libanesa. Cabe ressaltar que a UNIFIL é a única missão de paz sob a égide da ONU a possuir uma Força Naval entre seus componentes¹⁰

O Brasil participa da UNIFIL desde 2011, quando assumiu o Comando da FTM em fevereiro daquele ano, mantendo-o até a presente data. Comandada atualmente pelo Contra-Almirante Sergio Fernando de Amaral Chaves Junior, possui um Estado-Maior multinacional e sete navios, de seis diferentes nacionalidades: dois alemães, dois de Bangladesh, um da Grécia, um da Turquia e um navio brasileiro, na capitânia da Força-Tarefa¹¹.

Uma das mais longas missões das quais participou a MB, a mesma reforça o compromisso do Estado Brasileiro com a manutenção da paz e fortalece a imagem desta Força Armada no cenário mundial.

No desenrolar da Missão, cada navio brasileiro permanece na área de operações por cerca de seis meses, intercalando cerca de dez dias de patrulha em águas territoriais libanesas com três dias de descanso e eventuais reparos no porto de Beirute. Os militares

¹⁰Disponível em: <<http://www.defesanet.com.br/>>. Acesso em 22 jul. 2017

¹¹Disponível em: <<http://www.marinha.mil.br/>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

brasileiros permanecem a bordo dos navios e, nos períodos de descanso no porto, sua liberdade de movimentos é determinada pelo nível de segurança oferecido pela região.

Nessa missão, nossos militares, investidos do capacete azul¹², estão submetidos às diretrizes da ONU, que estabelecem os direitos e deveres das forças militares que compõem o contingente no país anfitrião. Some-se a isso a reponsabilidade e o comprometimento com a missão, já inerentes ao espírito marinho, porém elevadas a um maior grau de dificuldade em virtude da necessidade de uma maior capacidade de adaptação às características peculiares de um país árabe, com tradições, leis e costumes bem diversos dos nossos (FAGANELLO, 2013).

Além disso, como sugere Annan (2012), “a sociedade libanesa é uma das mais complexas do mundo. A cada momento, sua estabilidade é ameaçada pelas intrincadas variações religiosas e regionais”. Tais peculiaridades expõem nossos militares a novos desafios no que diz respeito à necessidade de adaptação ao trabalho em um cenário não familiar e repleto de contrastes (ANNAN, 2012, p. 313).

Dessa forma, os desafios enfrentados pelos militares participantes da missão vão desde a diferença de idioma e cultura e a constante instabilidade da região até o isolamento e afastamento da família, gerando a necessidade de todo um esforço logístico e psicossocial, voltado para manter a tripulação operacionalmente pronta, a milhas de distância do território brasileiro e, ao mesmo tempo, preservar sua estabilidade emocional frente aos diversos fatores estressores presentes naquele ambiente.

Percebe-se, diante dos fatos apresentados acima, que é exigido de nossos “capacetes azuis” um elevado grau de autocontrole em suas ações e emoções, além de uma alta capacidade de adaptação a situações nunca antes vivenciadas, abdicando, por vezes, de

¹²O capacete azul é parte integrante do uniforme utilizado pelos militares membros dos contingentes das missões de paz sob a égide da ONU, tornando-os, assim, popularmente conhecidos como “capacetes azuis” (FAGANELLO, 2013).

suas próprias necessidades para desempenhar o papel que lhes foi designado.

A seguir será apresentado o Projeto “Minha Missão – UNIFIL”, utilizando-o como modelo de gerenciamento do estresse combate e do TEPT na MB.

4.2 O projeto “Minha Missão – UNIFIL”

Por meio do Programa de Atendimento Integrado em Missões Especiais, regido pelas Normas sobre Assistência Integrada na Marinha do Brasil da Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha- DGPM-501(6ª Rev.), cabe à Diretoria de Assistência Social da Marinha (DASM) supervisionar tecnicamente os programas executados pelos Órgãos de Execução do Serviço de Assistência Social ao Pessoal da Marinha (SASPM-OES), dentre os quais se encontra o N-SAIPM ESQUADRA.

O N-SAIPM ESQUADRA tem como missão a promoção da qualidade de vida da Família Naval, de forma acolhedora, preventiva e interdisciplinar, tendo como público alvo militares e servidores civis da ativa, designados para Missões Especiais, entre as quais se encontra a FTM-UNIFIL.

As atividades exercidas nos navios da Esquadra são, por sua natureza, associadas a estressores psicossociais, tais como confinamento, privação de sono, afastamento da família e tantas outras exigências profissionais. Com o propósito de mitigá-los, a equipe do N-SAIPM buscou soluções que possibilitassem o desenvolvimento do potencial humano dos militares embarcados, estimulando seu protagonismo na busca do bem-estar biopsicossocial, além de estender este comportamento às suas famílias e redes de apoio social.

Nesse contexto, vislumbrou-se a necessidade de oferecer a estes militares um time interdisciplinar de profissionais, composto por psicólogos, assistentes sociais e bacharéis em Direito, além de praças para apoio às atividades técnico-administrativas, visando a oferecer

uma proposta inovadora, que atendesse às possíveis demandas psicossociais e jurídicas dos integrantes da missão. Dessa necessidade surgiu o Projeto “Minha Missão – UNIFIL”.

As atividades do Projeto “Minha Missão – UNIFIL foram operacionalizadas em três fases distintas: *preparação*, *acompanhamento* e *retorno* (HARRISON, 2016).

A *preparação* ocorre nos três primeiros meses que precedem o afastamento do militar. Nesta fase, a equipe do N-SAIPM reúne os militares e seus familiares, em grupos pequenos, com o propósito de promover uma reflexão sobre as questões sociais, psicológicas e jurídicas inerentes ao afastamento do militar de seu ambiente social por um período prolongado, buscando identificar os aspectos que demandem ação imediata ou cuidado especial, com o intuito de prevenir o surgimento de ou agravamento de situações adversas. Nesse momento, é também verificada a dinâmica de funcionamento familiar e a existência de rede de apoio social para auxiliar a família em suas necessidades.

As atividades são desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar, com duração de aproximadamente uma hora e meia, utilizando técnicas grupais, com a realização de palestras e trabalho vivencial, com foco motivacional e no relacionamento interpessoal, bem como recursos audiovisuais e debate de filmes.

O encontro tem como instrumento de apoio uma cartilha, desenvolvida pela equipe do N-SAIPM ESQUADRA, que aborda as providências a serem tomadas, como preparação de documentos, planejamento financeiro, gerenciamento do estresse e apresentação dos recursos institucionais disponíveis para auxiliar a família dos militares. Também são abordados temas relativos às características da missão, a importância do trabalho em equipe e da comunicação interpessoal.

A fase de *acompanhamento* ocorre durante o período de afastamento do militar, contemplando duas atividades: apoio aos familiares e o N-SAIPM itinerante. O apoio às famílias é realizado através de contato telefônico durante o período da missão, bem como com

a realização de encontros de familiares, de acordo com a demanda de cada missão, onde são realizadas atividades abordando a qualidade de vida e o estresse decorrente da separação, visando a prevenir situações adversas passíveis de ocorrer durante a ausência do militar, além de possibilitar a formação de redes sociais de apoio entre as famílias, bem como estimular os vínculos de confiança com os profissionais envolvidos.

Para a realização do N-SAIPM Itinerante, a equipe do Núcleo compõe a tripulação da Viagem de Manutenção em apoio ao Contingente da Força de Paz Brasileira no Líbano, apoiando a tripulação do navio no local da missão. O intuito de tal abordagem é realizar um trabalho preventivo, por meio de palestras e técnicas de dinâmica de grupo, além de atendimento individual, quando este se fizer necessário. As palestras têm como foco temas como motivação, gerenciamento de estresse, prevenção à dependência química e compulsões, trabalho em equipe, comunicação interpessoal, com a duração de, aproximadamente, uma hora.

Em paralelo, é realizada uma pesquisa de campo prévia à visita, por meio da aplicação de questionário, abordando temas como nível de satisfação no trabalho, mudanças de comportamento observadas no decorrer da missão, relacionamento entre os integrantes da tripulação, percepção de aspectos positivos da missão, entre outros. O questionário é disponibilizado aos militares, via internet, um mês antes da visita do time à área, sendo de preenchimento opcional.

No ano de 2016, um time do N-SAIPM Itinerante do Projeto “Minha Missão-UNIFIL”, composto por um Assistente Social e um Psicólogo, participou de Viagem de Manutenção, com intuito de prestar assistência interdisciplinar à tripulação de um navio brasileiro na Comissão UNIFIL X, realizando levantamento de dados obtidos por meio do preenchimento do questionário respondido on-line por uma amostra de 216 militares da tripulação. Destaca-se, na pesquisa realizada, que 95% dos respondentes perceberam

mudanças de comportamento durante a comissão. Neste aspecto, as mais observadas foram alterações do humor, aumento no consumo de bens e alterações fisiológicas, conforme gráfico apresentado abaixo (GRAF. 1).

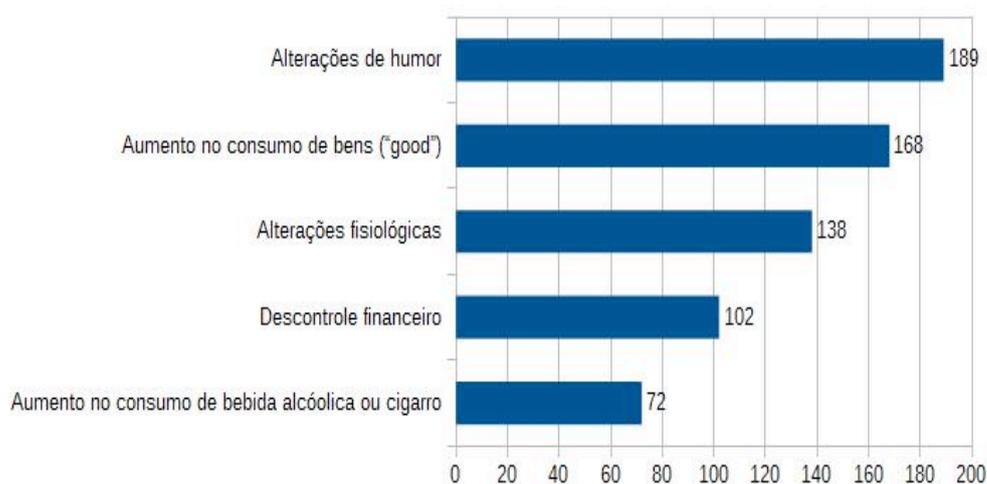


GRÁFICO 1 – Mudança de Comportamento, conforme questionário do N-SAIPM Itinerante.
Fonte: Relatório N-SAIPM Itinerante (2016).

As alterações comportamentais, observadas em parcela significativa do grupo de militares avaliados, representam prováveis sintomas de estresse que, se mal gerenciados, podem desencadear transtornos crônicos, como o TEPT.

Nas diferentes abordagens metodológicas desenvolvidas no N-SAIPM Itinerante (levantamento psicossocial, atividade em grupo e atendimento individual), o time de profissionais atua como agente facilitador das relações profissionais e extraprofissionais da tripulação com seu meio ambiente, podendo auxiliá-la no combate aos efeitos do estresse e no seu fortalecimento psicoemocional para a experiência de embarque em missão de longa duração.

A fase de *retorno*, que ocorre ao término da missão, tem por objetivo não só avaliar o resultado das atividades desenvolvidas anteriormente, mas também estimar o impacto psicossocial da vivência da missão, tanto para o militar, quanto para seus familiares.

Além disto, são transmitidas novas orientações e realizados os encaminhamentos que se fizerem necessários, face às demandas identificadas.

O trabalho inicia-se com uma atividade com os militares, denominada “refamiliarizando”. Trata-se de uma palestra abordando as dificuldades que estes poderão vivenciar com o retorno aos seus lares, de onde estiveram afastados por período prolongado, necessitando reinserir-se na dinâmica familiar. Tal atividade é realizada pela equipe do N-SAIPM ESQUADRA ainda a bordo do navio, no último trecho do regresso da missão.

Além disso, são realizadas reuniões em grupo, após a atracação do navio no porto brasileiro, com os militares acompanhados dos familiares que participaram da preparação da missão. Contribuindo com suas experiências e aprendizados, os participantes ajudam a aperfeiçoar as intervenções dos profissionais do time. Com duração de aproximadamente uma hora e meia, são efetuadas atividades em grupo, com a realização de palestras, trabalho vivencial e aplicação de questionário específico de retorno da missão.

A cada etapa realizada, bem como ao final de cada missão, são efetuadas reuniões de equipe e analisados os registros de campo, mapas estatísticos e relatórios, que funcionam como instrumentos de controle e acompanhamento das atividades, de modo a verificar a eficácia do projeto no que tange à metodologia empregada, abrangência, bem como o alcance dos objetivos programados, possibilitando aperfeiçoamento constante das ações implementadas para atender as expectativas e necessidades do público alvo.

O gráfico a seguir apresentado demonstra a estatística das atividades realizadas pelo projeto “Minha Missão- UNIFIL” durante as comissões efetuadas pelos navios brasileiros durante a FTM-UNIFIL, dividindo-as nas fases de preparação, acompanhamento e retorno, bem como apresentando o número de atividades realizadas com as diversas tripulações envolvidas (GRAF. 2).

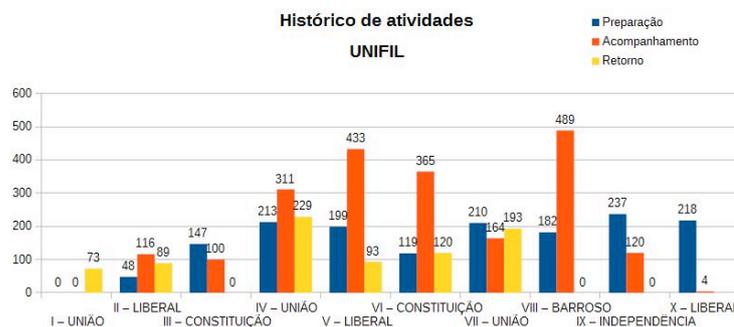


GRÁFICO 2 – Histórico de atividades

Fonte: Núcleo de Assistência Social – NAS ESQUADRA (2016).

É importante ressaltar que tais atividades começaram a ser realizadas apenas a partir da comissão UNIFIL III, buscando minimizar as lacunas existentes nas primeiras comissões e atender às demandas dos militares e seus familiares.

Apesar do excelente trabalho realizado pelo Projeto “Minha Missão – UNIFIL”, o caráter multidimensional das atuais missões de paz, das quais o Brasil tem participado cada vez mais, sugere a necessidade do emprego de atendimento psicossocial mais estruturado para o acompanhamento dos contingentes empregados.

Realizado de forma contínua, desde a fase preparatória, abarcando todo período da missão propriamente dita e indo além da fase de desmobilização final, a detecção de distúrbios comportamentais relacionados ao estresse e ao TEPT torna-se mais efetiva, possibilitando intervenções precoces e a prevenção de sequelas psicológicas tardias. Vislumbra-se, assim, um cenário em que o trabalho da MB, no âmbito do atendimento preventivo aos militares envolvidos nas missões vindouras, necessite ir além de projetos pontuais, como o apresentado anteriormente, embora sejam estes de inegável valor.

Na próxima seção do presente capítulo, serão identificadas oportunidades de emprego dos conceitos do Programa OSCAR do USMC, previamente apresentados, com o

intuito de propor uma nova abordagem de gerenciamento do estresse em combate e do TEPT no âmbito da MB.

4.3 Identificação de oportunidades no âmbito da MB

Embora com tradição modesta de envolvimento direto em conflitos armados, nos últimos anos tem sido observado um crescente aumento da participação do Brasil em diversas atividades no cenário internacional, com ampliação da mobilização de suas Forças Armadas para compor missões humanitárias e missões de paz (MENDES, 2013).

Em relação à MB, as operações de paz constituem-se uma forma de emprego do Poder Naval sob a égide de organismos internacionais, expondo nossos militares a estressores próprios destas missões. Embora diferentes dos conflitos armados com grande atrição entre as forças oponentes, as operações de paz, cada vez mais complexas, não são isentas de situações com potencial de acarretar estresse em seus participantes, tais como afastamento da família, regime de trabalho incerto e por longos períodos de tempo, testemunho de atos de violência contra civis e mesmo risco de ferimento ou morte.

Diante da real possibilidade do envolvimento do Brasil em novas missões de paz sob o mandato da ONU, em locais caracterizados por extrema instabilidade social e violência, faz-se mister avaliar as oportunidades de aprimorar o gerenciamento do estresse em combate e do TEPT existente na MB, utilizando como modelo comparativo o Programa OSCAR, desenvolvido pelo USMC, com a finalidade de apresentar uma proposta de sistematização da assistência psicossocial prestada aos nossos militares participantes destas missões.

Como oportunidade de aprimoramento desta assistência, esta autora vislumbra a necessidade de proporcionar um atendimento psicossocial contínuo aos militares envolvidos em missões de paz, diferentemente das intervenções em fases pré-determinadas ora realizadas.

Como proposta de uma nova estruturação do atendimento realizado, haveria a incorporação ao contingente da missão de uma equipe multiprofissional, composta por psicólogos, assistentes sociais e de, pelo menos, um capelão. A interação da equipe dar-se-ia não somente a nível do Comando das missões, mas também se estenderia aos escalões operativos mais baixos, visando a conhecer de perto os fatores estressores enfrentados pela tropa no desdobramento da missão.

Esses profissionais participariam de todas as etapas da missão, acompanhando os militares em suas atividades e treinamentos, participando do dia a dia dos mesmos, de modo a formar vínculos de confiança, tornando-os, assim, capazes de identificar precocemente sinais e sintomas de estresse. Essa interação continuaria, inclusive, após o retorno dos militares ao convívio familiar e às suas funções prévias à missão, buscando com isso identificar sinais tardios de problemas psicológicos e de ajustamento à vida cotidiana.

Outro ponto importante na consecução do intuito de romper possíveis barreiras existentes entre estes profissionais e os militares, encorajando-os a procurar ajuda precoce, sem receio de estigmatização por parte de seus superiores e companheiros, seria a realização de atividades em grupo, tais como palestras e apresentações, que incluíssem militares que já tivessem experimentado problemas psicológicos em missões pretéritas, compartilhando-as com os demais presentes e proporcionando-lhes um sentimento de pertencimento.

Os comandantes das missões, uma vez familiarizados com os conceitos básicos do estresse em combate e da TEPT, bem como de seus impactos na performance de seus subordinados, utilizariam sua liderança para prover aconselhamento àqueles necessitados de ajuda profissional, além de garantir-lhes o retorno às suas funções, uma vez bem-sucedida a intervenção profissional realizada.

No que diz respeito ao treinamento da equipe de profissionais incorporada à missão, este deveria ser realizado de forma contínua, de modo a prontificá-la para reconhecer

e lidar com possíveis situações emergentes, que podem variar de meros sintomas adaptativos ao estresse a casos que exijam imediata intervenção terapêutica médica.

A figura abaixo apresenta o modelo *Stress Continuum*, utilizado no Projeto OSCAR para orientar os profissionais envolvidos quanto à severidade dos sintomas e atribuir a cada elemento sua responsabilidade no atendimento. Esse modelo poderia ser utilizado como *guideline* no treinamento de nossas equipes (FIG. 2).



FIGURA 2 – Modelo de progressão da reação ao estresse operativo (Programa OSCAR).

Fonte: Chief of Naval Operations and Commandant of the Marine Corps, 2010.

A utilização de uma escala de fácil visualização das fases de reação ao estresse, e de suas principais características, auxiliaria na identificação precoce de indivíduos afetados, evitando sua evolução para formas mais graves, como o TEPT, além de permitir à equipe o encaminhamento dos militares ao nível adequado de responsabilidade de manejo dos casos.

Além disso, ao término de cada missão seria realizado um acompanhamento mais prolongado dos militares e suas famílias, mantendo atendimentos individuais e reuniões grupais por um período mínimo de doze meses, com vistas a detectar sintomas tardios de TEPT e alterações comportamentais, como depressão, ansiedade, alcoolismo e drogadição.

4.4 Conclusões parciais

Do exposto neste capítulo pode-se aquilatar a relevância do gerenciamento do estresse em combate e do TEPT no âmbito da MB, principalmente quando levamos em consideração as recentes participações do Brasil em operações de paz sob a égide da ONU.

Embora com características diferentes dos conflitos armados, estas operações expõem os militares a estressores próprios destas, tais como o afastamento prolongado da família, o trabalho em regime incerto e por longos períodos de tempo, bem como o risco real de engajamento.

Utilizando-se a UNIFIL como exemplo da participação da MB em uma operação de paz, atuando como seu componente naval (FTM-UNIFIL), buscou-se apresentar a abordagem preventiva do estresse em combate e do TEPT desenvolvida pelo N-SAIPM ESQUADRA, por meio do projeto “Minha Missão – UNIFIL. Operacionalizada em três fases distintas (preparação, acompanhamento e retorno) e desenvolvida por uma equipe interdisciplinar composta por psicólogos, assistentes sociais, bacharéis em Direito e praças, o projeto calca-se na interação com os militares e seus familiares, por meio de ações pontuais como palestras, atividades em grupo, recursos audiovisuais e encontros para orientação aos familiares.

O projeto envolve também a realização do N-SAIPM Itinerante, na qual os profissionais da equipe compõem a tripulação de Viagem de Manutenção em apoio ao Contingente da Força de Paz brasileira no Líbano, desenvolvendo atividades de prevenção e gerenciamento do estresse, além de realizar a aplicação de um questionário de avaliação de temas relacionados a mudanças comportamentais da tripulação. Foram detectadas mudanças de comportamento na maioria dos militares que responderam à pesquisa de campo realizada

pela equipe itinerante na Comissão UNIFIL X em 2016, interpretadas como prováveis sintomas de estresse.

Apesar do inegável valor das ações empreendidas pelo N-SAIPM ESQUADRA, esta autora vislumbrou oportunidades de aprimorar o gerenciamento do estresse e do TEPT na MB, utilizando como referencial o Projeto OSCAR desenvolvido pelo USMC.

Buscou-se apresentar uma proposta de sistematização de assistência psicossocial contínua a ser prestada aos militares participantes de operações de paz vindouras, que teria como fulcro a incorporação ao contingente da missão de equipe multiprofissional, composta por psicólogos, assistentes sociais e capelães.

Esses profissionais participariam de todas as etapas da missão, desde o início da preparação e adestramento até a desmobilização final, compartilhando de todas as atividades e treinamentos efetuados pela tropa, de forma contínua e ininterrupta, desde o escalão do Comando até os níveis operativos mais baixos.

Essa interação permitiria a formação de vínculos de confiança entre a equipe e o contingente da missão, encorajando os militares a procurar ajuda precoce, sem receio de serem estigmatizados por seus companheiros e superiores.

Além disso, o convívio contínuo com a tropa permitiria a detecção precoce de manifestações de estresse e facilitaria a intervenção profissional adequada a cada caso.

A familiarização dos Comandantes das missões com os sinais e sintomas do estresse permitiria que estes, exercendo suas funções de liderança, aconselhassem seus subordinados necessitados de atendimento e intervenção profissionais e garantissem seu rápido retorno às funções operativas, tão logo isso fosse possível.

A utilização de uma escala de fácil visualização das fases de reação ao estresse, baseada no modelo Stress Continuum utilizado no Programa OSCAR, serviria como ferramenta de identificação precoce dos indivíduos afetados, evitando sua evolução para

formas mais graves e facilitando seu encaminhamento para o nível adequado de atendimento.

Por fim, sugere-se um acompanhamento mais prolongado dos militares e seus familiares ao término da missão, com o intuito de detectar sintomas tardios de TEPT e alterações comportamentais, sem dúvida capazes de afetar a qualidade de vida daqueles acometidos por essas patologias.

5 CONCLUSÃO

O combate e as operações militares expõem os combatentes neles envolvidos a situações de extremo estresse psicológico, capazes de causar considerável morbidade, desajuste psicossocial e comprometimento permanente de suas capacidades operativas, determinando um variado espectro de reações psicológicas e fisiológicas às fontes estressoras enfrentadas no campo de batalha.

Apesar da reação ao estresse tratar-se, eminentemente, de uma resposta biológica normal frente a situações percebidas como ameaças, a persistência dos fatores estressores por longo período de tempo, sejam eles físicos, cognitivos, emocionais, sociais ou de cunho religioso, leva à exaustão dos mecanismos fisiológicos de adaptação, desencadeando o aparecimento de sintomas físicos, psicológicos e emocionais, progressivamente mais severos, culminando com o aparecimento de graves doenças psiquiátricas, dentre elas o TEPT.

O conceito de TEPT surgiu após a Guerra do Vietnã, passando, posteriormente, a ser reconhecido como doença psiquiátrica independente pela APA. Contudo, ao longo da história das guerras, já haviam surgido vários relatos independentes de quadros semelhantes, observados em indivíduos submetidos ao estresse em combate, suscitando a criação de termos tais como “*shell shock*”, *soldier’s heart* e fadiga operacional, na tentativa de explicar as manifestações encontradas nos sobreviventes das batalhas.

Nas últimas décadas, em virtude da importante participação das Forças Armadas dos EUA em conflitos armados, especialmente no Iraque e no Afeganistão, verificou-se um preocupante aumento da incidência de casos de TEPT, tanto entre militares da ativa, como entre veteranos, o que levou o DoD dos EUA a implementar programas de assistência aos seus militares, extensivos a suas famílias, com vistas a ajudá-los a enfrentar os efeitos deletérios do estresse em combate.

Os critérios diagnósticos do TEPT têm evoluído consideravelmente ao longo do tempo, refletindo uma compreensão mais refinada da experiência traumática vivenciada pelos combatentes, definindo-a como a exposição a um evento catastrófico, envolvendo ameaça real ou percebida de morte ou ameaça à integridade física de seu companheiro de batalha. A revivescência do evento traumático, a esquiva a estímulos que o relembrem, o distanciamento emocional, além de sintomas de irritabilidade, insônia e dificuldade de concentração, são manifestações características do TEPT, podendo ser utilizadas como critérios clínicos para o diagnóstico precoce desta condição.

No terceiro capítulo deste trabalho, buscou-se descrever o modelo de gerenciamento do TEPT desenvolvido no USMC, com intuito de utilizá-lo, posteriormente, como modelo de comparação e de identificação de possíveis oportunidades para o aprimoramento do gerenciamento de tão importante tema no âmbito da MB.

A escolha do USMC como modelo de comparação deveu-se à sua ampla participação em conflitos armados e de sua particular cultura militar, especialmente no que tange à percepção dos problemas relacionados ao estresse em combate, abordados, inicialmente, como consequência esperada do engajamento real, e não como resultado indesejado e não intencional das operações militares. Além disso, sempre houve entre os combatentes a estigmatização de problemas mentais, percebidos como “fraqueza” e motivo de desonra frente a seus companheiros e superiores.

Em consequência desses fatores, o papel dos profissionais militares especializados em saúde mental acabou relegado à identificação e tratamento de manifestações tardias do TEPT, com decorrente prejuízo da capacidade operativa dos militares e do próprio USMC.

Com a mudança de percepção da real gravidade do problema, o USMC vislumbrou a necessidade de estabelecer protocolos de identificação precoce dos militares acometidos por esta condição e estreitar a colaboração entre as lideranças militares e os

especialistas em saúde mental.

Após tentativas de implementação de ferramentas de detecção do estresse em combate utilizadas no meio civil sem o sucesso esperado, foi concebido o Programa OSCAR em 1999. Este programa diferia dos demais por incorporar profissionais especializados diretamente às unidades operacionais, ao invés de mantê-los distantes do Teatro de Operações.

Posteriormente o Programa OSCAR evoluiu, levando à criação das equipes OSCAR, compostas por múltiplos profissionais da área de saúde mental, que acompanham suas unidades durante todo o ciclo das operações militares, desde o adestramento pré-engajamento até o retorno das tropas ao fim das missões, permanecendo, inclusive nas áreas de combate.

Por tudo que foi exposto neste capítulo, verificou-se que o Programa OSCAR se mostrou ferramenta inovadora na promoção da prevenção, identificação precoce e pronta resposta às reações adversas ao estresse apresentadas pelos membros do USMC.

No quarto e último capítulo desta tese, verificou-se a atual situação da abordagem diagnóstica e preventiva do TEPT na MB, em especial do ponto de vista das recentes participações do Brasil em Operações de Paz sob a égide da ONU.

Em que pese suas diferentes características daquelas observadas nos conflitos armados, as Operações de Paz expõem os militares a estressores próprios e reais, tais como o afastamento prolongado da família, o trabalho em regime incerto e por longos períodos de tempo, bem como o risco real de engajamento.

Para efeito do estudo comparativo proposto por esta tese, foi utilizada a UNIFIL como exemplo da participação da MB em uma Operação de Paz, atuando como seu componente naval (FTM-UNIFIL), buscando-se apresentar a abordagem preventiva do estresse em combate e do TEPT desenvolvida pelo N-SAIPM ESQUADRA, por meio do

projeto “Minha Missão- UNIFIL”.

Operacionalizada em três fases distintas (preparação, acompanhamento e retorno) e desenvolvida por uma equipe interdisciplinar composta por psicólogos, assistentes sociais, bacharéis em Direito e praças, o projeto calca-se na interação com os militares e seus familiares, por meio de ações pontuais como palestras, atividades em grupo, recursos audiovisuais e encontros para orientação aos familiares.

O projeto envolve, também, a realização do N-SAIPM Itinerante, no qual os profissionais da equipe compõem a tripulação de Viagem de Manutenção em apoio ao Contingente da Força de Paz brasileira no Líbano, desenvolvendo atividades de prevenção e gerenciamento do estresse. Além dessas atividades, foi realizada a aplicação de um questionário de avaliação de temas relacionados a mudanças comportamentais na tripulação da Comissão UNIFIL X, sendo detectadas mudanças de comportamento na maioria dos militares que responderam à pesquisa, tais como alterações do humor, aumento do consumo de bens e alterações fisiológicas, interpretados neste contexto como prováveis sintomas de estresse.

Apesar do inegável valor das ações empreendidas pelo N-SAIPM ESQUADRA, esta autora vislumbrou oportunidades de aprimorar o gerenciamento do estresse e do TEPT na MB, utilizando como referencial o Projeto OSCAR desenvolvido pelo USMC.

Por fim, no mesmo capítulo, foi apresentada uma proposta de sistematização de assistência psicossocial continua a ser prestada aos militares participantes de Operações de Paz vindouras, que teria como fulcro a incorporação ao contingente da missão de equipe multiprofissional, composta por psicólogos, assistentes sociais e capelães.

Essa equipe participaria de todas as etapas da missão, desde o início da preparação e adestramento até a desmobilização final, compartilhando de todas as atividades e treinamentos efetuados pela tropa, de forma contínua e ininterrupta, desde o escalão do

Comando até os níveis operativos mais baixos, permitindo a formação de vínculos de confiança e encorajando os militares a procurar ajuda precoce, sem receio de estigmatização por parte de seus companheiros e superiores.

Além disso, o convívio contínuo com a tropa permitiria a detecção precoce de manifestações de estresse e facilitaria a intervenção profissional adequada a cada caso.

A familiarização dos Comandantes das missões com os sinais e sintomas do estresse permitiria que estes, exercendo suas funções de liderança, aconselhassem seus subordinados necessitados de atendimento e intervenção profissionais e garantissem seu rápido retorno às funções operativas, tão logo isto fosse possível.

A padronização do uso da escala das fases de reação ao estresse, baseada no modelo Stress Continuum do Programa OSCAR, também serviria como ferramenta para facilitar a identificação precoce dos indivíduos afetados e adequado manejo dos casos.

Sugere-se, ainda, acompanhamento mais prolongado dos militares e seus familiares ao término da missão, com o intuito de detectar sintomas tardios de TEPT, capazes de afetar negativamente a qualidade de vida daqueles acometidos.

Esta autora espera, por fim, que a presente tese tenha cumprido o propósito inicialmente estabelecido e que efetivamente contribua para o aprimoramento do gerenciamento do estresse entre nossos militares, tornando a MB mais eficiente e eficaz na consecução de seus objetivos.

REFERÊNCIAS

ALDWIN, C. M. **Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective**. Second Edition. New York: The Guilford Press, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults**.2017. Disponível em: <<http://www.apa/about/offices/guidelines/ptsd.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2017.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)**. 4.ed. Washington, DC, 2000.

ANNAN, K. A. **Intervenções: uma vida de guerra e paz**. 1ª Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

ARBISI, P. A.; Kehle-Forbes, S. M. *et.al*. **The predictive validity of the PTSD checklist in a nonclinical sample of combat-exposed National Guard troops**. *Psychological Assessment*, 24(4), 1034-1040. Washington, DC, 2012.

BLAKELY, K.; JANSEN, D. J. **Post-traumatic stress disorder and other mental health problems in the military: Oversight issues for Congress**. CRS Report for Congress, 7-5700. Washington, DC, 2013.

BLIESE, P.D.; Thomas, A. J.; Adler, A.B.; Hoge, C.W. **Post-deployment mental health screening instruments: How good are they?**. Paper presented at the 24th Army Science Conference. Orlando, FL, 2004. Disponível em: <<http://www.dtic.mil/cgi-bin/GetTRDoc?AD=ADA433073&Location=U2doc+GeTRDoc.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 20017.

BLIESE, P.D.; Wright, K. M.; Adler, A. B.; Cabrera. O.; Castro, C. A.; Hoge, C. W. **Validating the primary care Posttraumatic Stress Disorder screen and Posttraumatic Stress Disorder Checklist with soldiers returning from combat**. *Journals of Counseling and Clinical Psychology*, 76(2), 272-28. Washington, DC, 2008.

BOSCARINO, J. A. **Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiologic studies**. *Annals of the New York Academy of Science*, v.1032, n1. New York, 2004.

BRASIL. Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. **DGPM-501: Normas sobre a Assistência Integrada na Marinha do Brasil**. 6. Rev, 2. Mod. Rio de Janeiro, 2014.

CARVALHO A. V. de; SERAFIM O. C. G. **Administração de Recursos Humanos**. Vol II. São Paulo: Ed. Pioneira, 2002

CHIAPELLI, F.; Iribarren, J.; Prolo, P.; Negoita, N. **Post-Traumatic Stress Disorder: Evidence-Based Research for Third Millenium**. *Evidence Based Complementary Alternative Medicine*, 2(4), 503-512. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1297500>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

COOLEY, N.L.; Turner R. B. **Understanding the few good men: An analysis of Marine Corps service culture.** US Naval War College, College of Distant Education. 2010. Disponível em: <<http://www.usnwc.edu>>. Acesso em: 02 ago. 2017.

FAGANELLO, P. L. F. **Operações de manutenção da paz da ONU: de que forma os direitos humanos revolucionaram a principal ferramenta internacional da paz.** Brasília: FUNAG, 2013.

FELKER, B.; HAWKINS E.; DOBIE D.; GUTIERREZ, J. & McFALL, M. **Characteristics of deployed operations Iraq Freedom military personnel who seek mental health care.** *Military Medicine*, 173(2), 151-158. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18333491>>. Acesso em: 23 jul. 2017.

FIGLEY, C.R.; NASH, W.P. **Combat Stress Injury: Theory, Research and Management.** Flórida: Taylor & Francis, 2007.

FISSETTE, C. L.; SNYDER D.K. *et al.* **Assessing posttraumatic stress in military service members: improving efficiency and accuracy.** *Psychological Assesment*, 26(1), 1-7. Washington, DC, 2013.

FLOREY, R. M. **Mitigating PTSD: Emotionally intelligent leaders.** U.S. Army War College. Washington, DC, 2010.

FRANÇA, J. L.; VASCONCELLOS, A. C. de. **Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas.** 8.ed. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

GALANTE, A. **Fragata 'Constituição' é a nova nau capitânia da UNIFIL. Poder Naval.** Disponível em: <<http://www.naval.com.br/blog/2014/08/18/fragata-constituicao-e-a-nova-nau-capitania-da-unifil/>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

GATES, M. A.; Holowka, D. W.; Vasterling J. J.; Keane, T. M. **Posttraumatic Stress Disorder in veterans and military personnel: Epidemiology, screening and case recognition.** *Psychological Services*, 9(4). Washington, DC, 2012.

HOFFMAN, J. T. **USMC: United States Marine Corps – A Complete History.** New York: Universe, 2002.

HOGUE, C. W. *et al.* **Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems and barriers to care.** *New England Journal of Medicine*, 1 jul. 2004. Disponível em: <www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa040603>. Acesso em: 15 jul. 2017.

JONES, F. D. **Disorders of frustration and loneliness.** *War Psychiatry.* Washington, DC: Borden Institute, 1995.

KENNEDY, C. H.; ZILMER, E. A. **Psicologia militar: aplicações clínicas e operacionais.** Tradução de Geraldo Alves Portilho Junior. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 2009.

LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal and Coping.** New York: Springer Publishing Company, 1984.

LIPP, M. E. N. Stress: conceitos básicos. In: LIPPI, M. E. N. (Org). **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupo de risco**. Campinas, SP: Papirus, 2013.

MARSHALL G.D.; ROY S. **Stress and allergic diseases**. Psyconeuroimmunology. 4th ed. Burlington, MA: Elsevier Academic Press, 2007.

MENDES, D. M. C. **Estresse e os militares em missão de paz: a política de suporte social e psicofísico aos militares brasileiros**. Dissertação (Curso de Altos Estudos de Política e Estratégia). Escola Superior de Guerra, 2013.

MERLINGER, P. S. **American military culture and strategy**. Joint Forces Quarterly, 46, 80. 2008. Disponível em: <<http://www.questia.com/magazine?IGl-183044480/american-military-cultura-and-strategy>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

NASH, W. P. **Information gating: An evolutionary model of personality function and dysfunction**. American Journal of Psychiatry, 61 (1). New York, Hinds & Noble, 2011.

RAMASWAMY S. *et al.* **A primary care perspective of Posttraumatic Stress Disorder for the Department of Veterans Affairs**. The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry, v.7 (4). Washington, DC, 2005.

SEAL, K.H.; Bertenthal, D.; Maguen, S.; Gima, K.; Chu, A.; Marmar, C. R. **Getting beyond “don’t ask, don’t tell”: An evaluation of US Veterans Administration postdeployment mental health screening of Veterans returning from Iraq and Afghanistan**.

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

SHARKEY, J. M.; Rennix, C.P. **Assessment of changes in mental health conditions among Sailors and Marines during postdeployment phase**. Military Medicine, 176(8). 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21882782>>. Acesso em: 24 jul. 2017.

SHAY, J. **Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character**. New York: Scribner, 1994.

_____. **Odysseus in America: Combat Trauma and the Trials of Homecoming**. New York: Scribner, 2002

SHINER, B. **Health Services use in the Department of Veterans Affairs among returning Iraq War and Afghan War veterans with PTSD**. PTSD Research Quarterly, 22(2). 2011. Disponível em: <<http://www.ptsd.va.gov/professional/newsletters/research-quarterly/v22n2.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

VAUGHAN, C. *et.al.* **Impact of Collaborative Care for Underserved Patients with PTSD in Primary Care: a Randomized Controlled Trial**. Journal of General Internal Medicine, 31(5). 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1297501>>. Acesso em: 03 ago. 2017.

VAUGHAN, C. A.; Farmer, C. M.; Breslau, J. **Evaluation of the Operational Stress Control and Readiness (OSCAR) Program**. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2015.

VOGT, D. S.; Tanner, L. R. **Risk and resilience factors for posttraumatic stress symptomatology in USMC veterans.** *Journal of Traumatic Stress*, 20(6). 2011. Disponível em: < <http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.22234/epdf> >. Acesso em 29 jul. 2017.

UNITED STATES DEPARTMENT OF DEFENSE DIRECTIVE. **Deployment Health (DoD Instruction 6490.5).** Washington, DC, 1999. Disponível em: <<http://www.dtic.mil/whs/directives/corres/pdf/649003p.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

WALTERS, F. W. *et. al.* **The prevalence of PTSD in US combat soldiers: a head-to-head comparison of DSM-V versus DSM-IV-TR symptom criteria with the PTSD checklist.** *Lancet Psychiatry*, Vol 1, Number 4, 2014. Disponível em:<<http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/issue/vol1no4/2215-0366>>. Acesso em: 27 jul. 2017.

WEINICK, H. N. **Treatment for Posttraumatic Stress Disorder in Military and Veteran Populations: Final Assessment.** New York: McGraw Hill, 2013.

ZINZOW, H. M. *et.al.* **Barriers and Facilitators of mental health treatment seeking among active-duty Army personnel.** *Military Psychology*, 25(5), 514-535. Washington, DC, 2013.