

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CMG (Md) ALMIR MARCELO CAMELO FIGUEIRA DOS SANTOS

**ESTRESSE EM COMBATE:**

PROPOSTA DE ATIVAÇÃO DE UM NÚCLEO DE PSIQUIATRIA MILITAR  
PARA MILITARES DA MARINHA DO BRASIL

Rio de Janeiro

2018

CMG (Md) ALMIR MARCELO CAMELO FIGUEIRA DOS SANTOS

**ESTRESSE EM COMBATE:**  
PROPOSTA DE ATIVAÇÃO DE UM NÚCLEO DE PSIQUIATRIA MILITAR  
PARA MILITARES DA MARINHA DO BRASIL

Tese apresentada à Escola de Guerra Naval,  
como requisito parcial para a conclusão do  
Curso de Política e Estratégia Marítimas.

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

Rio de Janeiro  
Escola de Guerra Naval  
2018

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela graça da conclusão do trabalho efetuado.

A minha amada esposa Sandra e as minhas queridas filhas Maria Clara, Maria Luísa e Maria Beatriz pelo companheirismo, amor e incentivo de todas as horas.

A meus pais, Almir José e Jesumar Camelo (*in memoriam*), pelo dom da vida.

Ao CMG (FN-RM1) Alexandre Ricciardi dos Reis, pela paciência, compreensão e apoio na preparação desta tese.

## **RESUMO**

O presente trabalho trata da proposta de ativação de um Núcleo de Psiquiatria Militar para militares da Marinha do Brasil. Apresenta os principais agravos psíquicos a que está exposto o militar no exercício de sua profissão. A metodologia empregada é a da revisão de literatura. Aborda o estresse em combate no que se refere ao seu conceito, diagnóstico e tratamento. Pela escassez de estudos em nosso meio, o trabalho conceitua e contextualiza a Psiquiatria Militar enquanto ciência médica. Também faz um resgate histórico dessa especialidade psiquiátrica. Em seguida destaca a proposta de estabelecer as bases para a ativação de um Núcleo de Psiquiatria Militar, o modo do seu funcionamento e qual o seu campo de abrangência, visando contribuir para a implantação desse tipo de serviço no âmbito do Sistema de Saúde da Marinha. Conclui que a proposta de ativação de um Núcleo de Psiquiatria Militar de pronto emprego possibilitará a imediata identificação e tratamento de danos mentais em militares decorrentes de situações de estresse de combate e desastres.

Palavras-chave: Estresse em combate; Psiquiatria militar; Núcleo de Psiquiatria Militar.

## **ABSTRACT**

The present work deals with the proposal of activation of a Nucleus of Military Psychiatry for military of the Navy of Brazil. It presents the main psychological problems to which the military is exposed in the exercise of his profession. The methodology used is that of the literature review. It addresses combat stress in terms of its concept, diagnosis and treatment. Due to the scarcity of studies in our country, the work conceptualizes and contextualizes Military Psychiatry as a medical science. It also makes a historical rescue of this psychiatric specialty. Next, it highlights the proposal to establish the bases for the activation of a Nucleus of Military Psychiatry, the way of its operation and its field of coverage, aiming to contribute to the implementation of this type of service within the scope of the Marine Health System. It concludes that the proposal of activation of a Nucleus of Military Psychiatry of ready employment will allow the immediate identification and treatment of mental damages in military personnel due to situations of combat and disaster.

**Keywords:** Stress in combat; Military psychiatry; Nucleus of Military Psychiatry.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

NPMil	Núcleo de Psiquiatria Militar
MB	Marinha do Brasil
EC	Estresse de Combate
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
COSR	<i>Combat-Operational Stress Reaction</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
SPRINT	<i>Special Psychiatric Rapid Intervention Team</i>
GLO	Garantia da Lei e da Ordem
UISM	Unidade Integrada de Saúde Mental

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Soldado em uma trincheira sofrendo de “choque de concha”, durante a Primeira Guerra Mundial.....	14
Figura 2	Um exausto soldado americano exibe o “olhar de mil metros” depois de dois dias de combate ininterrupto na Batalha de Engebi, Ilhas Marshall.....	21
Figura 3	Soldado do Exército baleado, durante operação conjunta com a polícia militar de combate ao tráfico de drogas.....	25
Figura 4	Colisão do USS Belknap com o USS John F. Kennedy ocorrida ao largo da costa da Sicília em 22/11/1975.....	35
Quadro 1	Resumo dos diferentes tipos de estressores enfrentados por militares no período de 1993-2005.....	24
Quadro 2	Núcleo de Psiquiatria Militar (NPMil): organograma simplificado.....	40

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>O ESTRESSE DE COMBATE</b> .....	<b>11</b>
2.1	Breve história do Estresse de Combate.....	12
2.2	O que o Estresse de Combate pode fazer com o combatente.....	17
2.3	Outras situações de estresse no militar.....	22
2.4	Síntese do capítulo.....	25
<b>3</b>	<b>PSIQUIATRIA MILITAR</b> .....	<b>27</b>
3.1	Conceituação do termo Psiquiatria Militar.....	27
3.2	Historicidade da Psiquiatria Militar.....	28
3.3	Atualidade da Psiquiatria Militar.....	30
3.4	Síntese do capítulo.....	31
<b>4</b>	<b>O NÚCLEO DE PSIQUIATRIA MILITAR</b> .....	<b>33</b>
4.1	O “ <i>Special Psychiatric Rapid Intervention Team</i> ” (SPRINT).....	34
4.2	Proposta de ativação de um Núcleo de Psiquiatria Militar.....	36
4.2.1	<i>Atividades do NPMil</i> .....	37
4.2.2	<i>Composição simplificada do NPMil</i> .....	39
4.3	Síntese do capítulo.....	41
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>43</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Entende-se com o termo Psiquiatria Militar a área da Psiquiatria que trata de problemas vinculados ao diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação dos agravos à saúde mental sofridos pelos militares da ativa que integram o efetivo de uma força armada.

O contexto específico em que esse tipo de profissional atua pode expô-lo a danos mentais que, embora usualmente também possam acometer a população civil, verificam-se de modo mais intenso e peculiar no chamado estresse em combate, que é uma perturbação mental aguda observada em militares como resultado direto de traumas em situações de combate. Os sintomas mais comuns são fadiga física e mental acentuadas, extrema ansiedade, sensação de pânico ou horror, alucinação, lentificação da reação de resposta ao ataque sofrido, desconexão do entorno do indivíduo, sensação de paralisação ou choque, alienação, incapacidade para priorizar ações e comandos e letargia emocional, o que acarreta risco real a integridade sua ou de seus companheiros. Outros danos mentais são reações agudas ao estresse, transtornos de estresse pós-traumático e transtornos psicóticos agudos e transitórios. Todos esses provocam no militar prejuízo laboral com restrições operativas ou licenciamento para tratamento de saúde com evidente comprometimento da prontificação do combatente.

A especificidade ou intensidade desses agravos requer pessoal médico habilitado e que saiba reconhecer os danos potenciais ou reais a que o militar possa estar submetido, cabendo a sua melhor abordagem a um Núcleo de Psiquiatria Militar: grupo interdisciplinar de saúde mental formado por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais para pronto emprego de atendimento a milhares da ativa nos locais de combate, desastre ou catástrofe.

A duração dessa reação emocional pode variar de curto prazo (algumas horas) até longa duração (semanas ou meses), possibilitando o desencadeamento de outras patologias mentais como o transtorno de estresse pós-traumático e o transtorno psicótico breve.

O efeito do estresse de combate não só diminui a eficiência do combatente, como tem efeito negativo para a tropa, por ter um elemento sem reação operativa no momento em que dele mais se tem necessidade.

O militar da ativa em missão real ou em adestramento está sujeito a situações em que sofre ameaça de vida ou presencie essa ameaça a terceiros. Seja em missão de paz, em ações de garantia da lei e da ordem ou em incursões de adestramento na selva, o militar está submetido a elevado grau de estresse, decorrente de múltiplos fatores, tais como riscos ambientais, vigilância extremada, possibilidade de morte real e imediata, situação de fogo

cruzado, ameaça de explosão de artefatos, possibilidade de aprisionamento pelo inimigo, isolamento, fogo amigo, perda de vínculos, zoonoses e afastamento sociofamiliar.

O estado mental do militar é tão importante quanto o armamento que lhe cabe usar. Se o condicionamento físico requer preparação e acompanhamento, a higidez mental não se improvisa, sendo também fruto de uma antevisão do ambiente operativo em que o militar atuará.

Nesse sentido, faz-se mister a proposta de ativação de um Núcleo de Psiquiatria Militar (NPMil) para pronto emprego em situações de combate real ou adestramento, quando os militares estão passíveis de serem acometidos de estresse de combate, assim como para prestar suporte imediato aos militares acometidos de dano mental.

No presente trabalho, considerou-se como problema a ativação de um Núcleo de Psiquiatria Militar que reconheça e trate situações de estresse de combate envolvendo militares da ativa da MB.

O tema se justifica porque a proposta de ativação de um Núcleo de Psiquiatria Militar, de pronto emprego, possibilita identificar e tratar imediatamente danos mentais em militares decorrentes de situações de estresse de combate. Este tipo de intervenção psiquiátrica intempestiva pode diminuir a indisponibilidade do militar por transtornos mentais, reduzir o tempo de sua recuperação psíquica e acelerar o seu retorno operativo e sociofamiliar.

Embora não estejam envolvidas diretamente em situação de guerra declarada, as forças armadas brasileiras vêm sendo empregadas em diversas missões: de paz, no atendimento em calamidades públicas e no enfrentamento ao crime organizado em áreas urbanas. Todas são situações que implicam acentuado grau de estresse e elevado potencial para o desenvolvimento de patologias psiquiátricas.

Mesmo contando com o décimo sétimo efetivo do mundo, com mais de 350 mil homens, as três forças armadas ainda não dispõem de um Núcleo de Psiquiatria Militar. A Marinha do Brasil possui uma organização militar especializada em saúde mental, mas não dispõe de um serviço de Psiquiatria Militar, voltado para a intervenção, o tratamento e o estudo dos transtornos mentais no militar da ativa, para pronto emprego, em situação real ou de adestramento, assegurando a salvaguarda da saúde psíquica e a prevenção ou redução de dano mental.

O trabalho desenvolve-se conforme a seguinte estrutura: o capítulo “O estresse de combate” busca reconstruir uma genealogia do termo “Estresse de Combate”, o qual, ao longo

da história, recebeu diversas denominações. Também evidencia os principais agravos psíquicos a que está exposto o militar, em sua atividade-fim de combate, bem como aborda o estresse de combate conforme o seu conceito, diagnóstico e tratamento. O capítulo “Psiquiatria militar” conceitua e contextualiza a Psiquiatria Militar enquanto ciência médica, faz um resgate histórico dessa especialidade psiquiátrica e demonstra a atualidade do seu campo de estudos e aplicações práticas.

O capítulo “O Núcleo de Psiquiatria Militar” apresenta a proposta de ativação de um Núcleo de Psiquiatria Militar: suas atividades, composição, estrutura, modo de funcionamento e campo de abrangência. A “Conclusão” ressalta a sugestão proposta, a necessidade e a oportunidade da ativação de um Núcleo de Psiquiatria Militar, visando com isso contribuir para a implantação desse importante tipo de serviço no âmbito do Sistema de Saúde da Marinha, o que poderá contribuir para a higidez mental dos militares da Marinha do Brasil (MB).

## 2 O ESTRESSE DE COMBATE

A guerra exerce forte influência no estado emocional do combatente. Dá-se o nome de “estresse” ao conjunto de reações físicas e psíquicas no indivíduo quando este se encontra diante de uma situação de desafio. A finalidade desse complexo de reações (estresse) é permitir que o indivíduo enfrente e/ou se adapte a essa situação. Trata-se, portanto, de algo inerente aos seres vivos. Mesmo instintivamente, os animais também reagem aos estímulos, mormente os que implicam em ameaça vital, porém o homem, além de experimentar as reações de defesa, ataque e fuga, também é capaz de se aperceber sob o estresse e entendê-lo, portanto, como experiência, seja de prazer, sofrimento ou dor.

O estresse enquanto reação psico orgânica pode se dar no indivíduo de forma diacrônica ou sincrônica na sua vida, bem como de modo natural ou patológico. Ao contrário do senso comum, não é sempre sinônimo de algo negativo. Antropologicamente, desde que foi necessário deixar a segurança das árvores, os mecanismos de ação e reação se fizeram necessários no homem para salvaguardarem a sua sobrevivência e aumentarem as suas chances de êxito na caça ou na fuga do perigo imediato. Existencialmente, as reações de choro e esperneio do bebê lhe permitem chamar a atenção da mãe e assegurar, a seu modo, o alimento necessário. As primeiras experiências humanas costumam ser permeadas de estresse: andar com suas próprias pernas, pedalar a bicicleta sem rodas de suporte, viajar sozinho, casar e se relacionar sexualmente, todas implicam em maior ou menor grau de respostas físicas e emocionais que vão desde o aceleração dos batimentos cardíacos, a sudorese, a frieza nas mãos e a ansiedade até os estados de arritmias cardíacas, confusão mental, sensação de pânico e horror nos casos relacionados com a ameaça vital: acidentes, incêndios, assaltos, estupros, desastres naturais, traumatismos, perdas múltiplas e as experiências de combate em situações de guerra ou similares.

Dois são os principais tipos de ferimentos a que pode estar sujeito o militar quando em situação de guerra, os ferimentos no corpo e os ferimentos na mente. O Estresse de Combate (EC) é um dos principais tipos de ferimento mental e seu principal fator causal é o próprio ambiente de combate associado ao estado mental subjacente do soldado.

As alterações mentais apresentadas pelo militar em situação de combate, embora similares ao longo da história, nem sempre foram reconhecidas com o mesmo nome. No presente capítulo são apresentados os termos com os quais o estresse de combate foi reconhecido ao longo do tempo, bem como quais as alterações mentais o estresse de combate

pode desencadear no militar.

## 2.1 Breve história do estresse de combate

Já de longa data o homem tem ciência da possibilidade de ocorrerem reações emocionais prejudiciais decorrentes de situações de combate. Górgias de Leontini (485 a.C.-380 a.C.), filósofo e retórico grego, apresenta em seu “Elogio a Helena” aquela que pode ser uma das primeiras descrições psicopatológicas das reações de estresse em combate na literatura ocidental:

(...) quando a visão contempla pessoas inimigas revestidas de armadura guerreira com ornamentos guerreiros de bronze e de ferro, sejam ofensivos, sejam defensivos, apavora-se e apavora sua alma, de modo que, muitas vezes, fugimos cheios de pavor, ainda que não haja um perigo imediato. A verdade dessa argumentação se apresenta como poderosa em função do temor que deriva da percepção visual, a qual, uma vez que se tenha produzido, faz com que se renuncie a atuar, ainda que se saiba o que é bom segundo a lei e o que é justo, segundo o Direito. Por outro lado, há pessoas que, por terem tido visões aterrorizantes, perdem instantaneamente o juízo em consequência delas: até tal ponto perturba e destrói a mente o temor. E muitos caem em absurdas doenças, em terríveis penas e em incuráveis loucuras: até tal ponto a vista gravou em seu espírito as imagens das coisas contempladas. E passo por cima de muitos exemplos de visões horripilantes (...). (GÓRGIAS, 1980, p. 85-92.)

Em seu relato Górgias destaca o intenso transtorno mental (“loucura”, no texto) que acomete o soldado ao se defrontar com a visão do inimigo no campo de batalha. O estado de tensão (estresse) é tamanho a ponto de fazer o soldado perder o autocontrole emocional e sucumbir ao medo paralisante a despeito de sua reputação e dever. Górgias acentua que a condição pode se tornar duradoura, uma doença, um fato nosológico, portanto, gerando agitação ansiedade e reações psicóticas reativas (USTINOVA; CARDEÑA, 2014).

Mesmo tropas fortemente organizadas como a de Alexandre, o Grande (353 – 323 a.C) parecem não haver ficado imunes a manifestações de estresse em combate. Retief e Cilliers (2005) concluíram que no verão de 326 a.C. os soldados do jovem conquistador se recusaram a marchar mais para o leste, interrompendo a memorável campanha asiática. Não há relatos de que as tropas estivessem diante de um inimigo militarmente superior, mas a razão aventada foi a ocorrência de estresse de combate disseminado na força de Alexandre, impedindo-o de construir o império que se estenderia da Macedônia até as fronteiras com a distante China.

Embora descritas, o relato precedente de Górgias não cunhou um termo ou um

diagnóstico a essas alterações mentais. Foi na transição dos séculos XVII para o XVIII que surgiu o termo “Nostalgia” para a condição psicopatológica que levava indivíduos ao colapso emocional, reconhecido como um problema médico a partir dos relatos do Dr. Leopold Auenbrugger (1722-1809), médico do Hospital Espanhol Militar de Viena. Jones (1995) menciona que, em 1761, em sua obra *Inventum Novum*, Auenbrugger relatou que

Quando os jovens que ainda estão crescendo são forçados a entrar no serviço militar e, assim, perdem toda a esperança de retornarem sãos e salvos para sua amada terra natal eles se tornam tristes, taciturnos, apáticos, solitários, meditando, cheios de suspiros e gemidos. Finalmente, deixam de prestar atenção e tornam-se indiferentes a tudo o que a manutenção da vida exige deles - tradução nossa<sup>1</sup>. (JONES, 1995, p.6)

Cerca de cem anos depois, durante a Guerra Civil Americana, o psiquiatra que servia no Exército dos EUA, J. M. da Costa, descreveu uma síndrome caracterizada por aumento dos batimentos cardíacos, sensação de falta de ar, sudorese, diarreia e enjoos em soldados que estiveram em combate, sendo essa síndrome conhecida por diversos nomes: coração irritável, neurose cardíaca, astenia neuro circulatória, coração nervoso e, coração de soldado (MOORE; ROGER, 2011).

Na Primeira Guerra Mundial (1914-1918) figurou o termo “*Shell shock*”, literalmente “choque de concha” ou choque pós-guerra (FIG.1), para designar os estados de trauma psíquico em soldados nos campos de batalha. Por se dar também em militares que não se encontravam próximo das explosões, cunhou-se o termo “neurose de guerra”. Os sintomas mais verificados foram os estados de agitação psicomotora, fadiga excessiva, respostas de sobressalto aumentadas, perda da capacidade de concentração, alternância de humor e reações conversivas com perda de funções sensitivas e/ou motoras. MOORE e REGER (2011) relatam também que muitos dos soldados abandonaram o teatro de batalha tomados por uma sensação de intenso pânico e medo, enquanto outros eram assolados por estados de paralisia e incapacidade de se movimentar. A posição assumida pelo soldado, no fundo de uma trincheira, com as mãos à cabeça, enfiada no tronco recurvado sobre si mesmo, provavelmente deu origem ao termo que ficou consagrado no início do século XX.

---

<sup>1</sup> *When young men who are still growing are forced to enter military service and thus lose all hope of returning safe and sound to their beloved homeland they become sad, taciturn, listless, solitary, musing, full of sighs and moans. Finally, they cease to pay attention and become indifferent to everything which the maintenance of life requires of them.*



FIGURA 1: Soldado em uma trincheira sofrendo de “choque de concha”, durante a Primeira Guerra Mundial.  
Fonte: MOIR, 2015.

A “*Shell Shock*” da Primeira Guerra Mundial sobreveio o “*Battle Fatigue*” da Segunda Guerra mundial para designar os estados de reação aguda ao estresse de batalha, normalmente envolvendo sensação de fadiga, embotamento psíquico, diminuição da resposta de reação aos estímulos, indecisão e excitação do sistema nervoso autônomo (taquicardia, aumento da frequência respiratória, sudorese e náuseas). A condição também ficou conhecida como “fadiga de combate” e sua natureza disseminada, transitando por uma faixa de prevalência em torno de 5 a 54% do efetivo dos regimentos, menor na Itália e Alemanha e muito maior no Pacífico, levou o Exército americano a reconhecer uma vulnerabilidade universal em suas tropas e a cunhar uma espécie de slogan preventivo: “*Every man has his breaking point*” (Todo homem tem seu ponto de ruptura, tradução nossa). Com isso, passava-se a reconhecer que mesmo o mais bravo ou o mais forte soldado, exposto ao combate por certo período, sofreria uma quebra emocional (MARLOWE, 2001).

Em um século atravessado por diversas outras guerras, Russo-Japonesa, Coreia, Líbano, Bósnia, foi durante a Guerra do Vietnã (1955-1975) que o termo “Transtorno de

estresse pós-traumático” (TEPT) ganhou notoriedade e se tornou uma das perturbações mentais mais populares, uma vez que, na Guerra do Vietnã, a prevalência das doenças mentais não se deu tanto nos soldados, durante o conflito, mas principalmente nos veteranos, após o seu término. Descrita inicialmente como "*Vietnam combat reaction*" (Reação de combate do Vietnã), a síndrome foi entendida, à época, como uma neurose e se caracterizava pela presença de insônia, anorexia, náusea, vômito (desencadeado pelo contato com o inimigo ou explosões), depressão, sentimento de culpa por não haver salvado a vida de amigos ou não ter sofrido o bastante; ansiedade, tremor, sentimento de vergonha por haver se descontrolado, além de pesadelos cujo conteúdo eram reminiscências de amigos e companheiros combatentes gravemente feridos, mutilados ou mortos (MARLOWE, 2001).

De acordo com o Estudo Nacional de Reajuste dos Veteranos do Vietnã, 15,2% de todos os veteranos masculinos do Vietnã foram diagnosticados como TEPT. Isso representou cerca de 479.000 dos estimados 3,14 milhões de homens que serviram no Vietnã. Entre as veteranas, estimou-se que a prevalência em 1988, 13 anos após o encerramento das operações, era de 8,5% das cerca de 7.200 mulheres atendidas, isto é, 610 casos (KULKA, 1988).

A Guerra do Vietnã foi marcada também pelo abuso de drogas em larga escala, sem privilegiar graduações ou postos, levando ao uso indiscriminado de diversas substâncias psicoativas, principalmente de maconha, álcool, alucinogénios e heroína, sendo que até 5% dos soldados que deixavam a área de combate em 1971 apresentaram níveis detectáveis de heroína (JONES,1995). Outras patologias mentais evidenciadas foram depressão e estados psicóticos.

Semelhante à Guerra do Vietnã, a Guerra do Golfo (1990-1991) também pareceu conhecer uma condição mental específica, a Síndrome da Guerra do Golfo, chegando a afetar um em cada oito veteranos. Em muitos aspectos parecida com o TEPT, contudo, os veteranos da Guerra do Golfo apresentaram estados de fadiga, dor de cabeça, diarreia, dispepsia, depressão, problemas de memória, dor articular e dor muscular não relacionada com ferimentos. Diversas causas foram apontadas para essa síndrome como exposição dos militares ao gás sarin, ao uso de pesticidas, à fumaça dos poços de petróleo em chamas ou ao estresse de combate. O extenso relatório do Institute of Medicine of The National Academies concluiu que a diversidade de sintomas ainda não explicáveis encontrados na Doença da Guerra do Golfo poderia ser o resultado da interação entre fatores biológicos e psicológicos. Enfatiza ainda que “também é importante considerar os efeitos do **estresse crônico** e, dado o

ambiente físico no Golfo Pérsico, a desregulação térmica, uma área que tem recebido pouca atenção até o momento”<sup>2</sup> (grifo nosso). (IOM, 2010, p. 260).

A Diretriz DoD 6490.5, do Departamento de Defesa dos EUA (1999, p.8), determinou que se usasse o termo ‘Reações de Estresse de Combate’ para denominar “reações esperadas, previsíveis, emocionais, intelectuais, físicas e/ou comportamentais de militares que tenham sido expostos a eventos estressantes em combate ou operações militares diferentes da guerra”<sup>3</sup> (tradução nossa).

Entretanto, considerando a complexidade das respostas emocionais implicadas em quem atua direta ou indiretamente no campo de batalha, antes, durante e depois do combate tem levado a uma ampliação do olhar e do conceito de estresse de combate, de modo que a Marinha, os Fuzileiros Navais e a Força Aérea dos Estados Unidos solicitaram que o termo usado fosse “Reações de Estresse Operacional” por entendê-lo mais extensivo e inclusivo. O termo que ficou acordado foi “Combat-Operational Stress Reaction (COSR)” (Reação de Estresse Operacional e de Combate) (MOORE e REGER, 2011) e é usado para descrever uma variedade de sinais e sintomas físicos, psicológicos e comportamentais, em geral transitórios, que podem surgir em resposta à situação de estresse operacional e de combate ou outras operações militares particularmente estressantes (BENEDEK; HAMAOKA; WEST, 2018).

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) inclui na décima revisão da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, da Classificação Internacional de Doenças, adotada em todo o mundo, o termo “fadiga de combate” para designar a “reação aguda a estresse” (código F43.0) que envolva condição de séria ameaça à segurança ou integridade física do indivíduo como nas situações de batalha, associando esse termo a outros como “reação aguda de crise”, “estado de crise” ou “choque psíquico” (CID 10, 1993, p. 145).

Para a OMS são critérios que caracterizam tal condição:

- a) transtorno transitório que ocorre em indivíduo que não apresenta nenhum outro transtorno mental prévio ou presente;
- b) o quadro mental decorre de um estresse físico e/ou psíquico excepcional;
- c) o estresse desaparece após algumas horas ou em alguns dias;
- d) tanto o desencadeamento como a gravidade da reação estressante são influenciados por fatores de vulnerabilidade individuais como capacidade inata de resiliência e superação

<sup>2</sup> *It is also important to consider the effects of **chronic stress**, and, given the physical environment in the Persian Gulf, thermal dysregulation, an area that has received little attention to date.*

<sup>3</sup> *The expected, predictable, emotional, intellectual, physical, and/or behavioral reactions of Service members who have been exposed to stressful events in combat or military operations other than war.*

- diante do agente estressor;
- e) o quadro de manifestações psíquicas é tipicamente misto e variável;
  - f) o quadro psicopatológico apresenta de início um estado de aturdimento caracterizado por maior ou menor estreitamento do campo da consciência e dificuldades para manter o nível de atenção ou de integrar estímulos, podendo chegar a um quadro de desorientação completo;
  - g) o quadro mental pode ser seguido por sensação de distanciamento do ambiente (estado de estupor dissociativo) ou por estado de agitação com hiperatividade (reação de fuga);
  - h) o distúrbio frequentemente se faz acompanhado de sintomas neurovegetativos comumente vistos nos casos de ansiedade de pânico: taquicardia, transpiração, ondas de calor;
  - i) o quadro de alterações descrito se manifesta geralmente nos minutos que seguem a ocorrência do estímulo ou do acontecimento estressor; e
  - j) o estado de alteração psíquica tende a durar algumas horas, porém, a evolução da perturbação mental pode permanecer por cerca de dois a três dias, não estando descartada a possibilidade de ocorrer uma amnésia parcial ou completa do episódio.

## 2.2 O que o Estresse de Combate pode fazer com o combatente

Na Guerra da atualidade todo mundo é um soldado (BRUSHER, 2011), uma vez que todos, independentemente de servir na infantaria, na divisão de saúde ou na logística, enfrentam a mesma ameaça de um ataque inimigo. Dessa forma, todos que estão envolvidos com o teatro de operações podem apresentar reações de estresse de combate.

O estresse de combate é um tipo específico de estresse que se dá em militares quando em situação de enfrentamento bélico. Enquanto grupo humano especificamente vinculado às ações de conflito armado, os militares apresentam um risco maior de exposição a fatores de intensa carga emocional: privação de sono, restrição alimentar, perda de companheiros de grupo, visão direta de mortos e agonizantes. São situações que acarretam ao indivíduo estados prolongados de angústia e apreensão, perda dos objetivos pessoais, conflitos de valores ético-morais e risco em maior ou menor grau à vida. Este conjunto de estressores interage e potencializa estados latentes de ansiedade, depressão e outros agravos mentais potenciais de dano, sendo um dos principais os vinculados ao combate. Ao contrário do que se comumente pensa, o estresse de combate não se desenvolve apenas quando o militar está no teatro de operações bélicas, pois o complexo de reações presentes no estresse de combate

pode atuar sobre o militar desde o momento em que tenha a percepção de que poderá ser empregado em combate real (GAVINO, 2017).

As alterações psíquicas pelas quais passa um soldado em situação de estresse foram relatadas por um psiquiatra militar nestes termos:

A principal característica de um soldado com uma neurose de combate induzida é que ele se torna uma pessoa assustada, solitária e desamparada cujos relacionamentos interpessoais foram interrompidos. Ele perdeu o sentimento de que era parte de um grupo poderoso e se tornou, em vez disso, uma pessoa solitária e amedrontada, cujos esforços para proteger a si mesmo foram condenados ao fracasso. (tradução nossa<sup>4</sup>) (SMITH, 1994).

Por trás desse conjunto de alterações emocionais, figura uma complexidade de fatores pessoais, comportamentais e ambientais. O homem leva para a guerra o seu mundo existencial e interage com ele a todo o momento consigo, com os companheiros e com a própria situação de combate. Citando Stouffer, Kellett (1987, p. 299) enumera os seguintes fatores estressores a que estão sujeitos os militares:

- a) ameaças à vida, à saúde e à estrutura física;
- b) desconforto físico;
- c) privação da atividade sexual e de satisfações sociais concomitantes;
- d) isolamento de fontes costumeiras de afirmação afetiva;
- e) perda de companheiros;
- f) a vista de feridos e moribundos;
- g) restrições ao deslocamento individual, por determinação superior ou pelo fogo inimigo;
- h) sensação de incerteza prolongada e falta de adequada orientação;
- i) conflitos de valores (dever versus conforto e segurança; dever versus obrigações familiares; códigos morais aceitos, até então, versus obrigação de matar; e códigos de grupos informais versus exigências formais da situação militar);
- j) falta de privacidade e pequenos atritos de vida em comunidade;
- k) períodos prolongados de tédio e ansiedade entre uma ação e a seguinte;
- l) sensação de não ser considerado como indivíduo; e
- m) falta de objetivos pessoais duradouros.

A guerra moderna acrescenta outros fatores igualmente geradores de estresse aos

---

<sup>4</sup> *The main characteristic of a soldier with a combat induced neurosis is that he has become a frightened, lonely, helpless person whose interpersonal relationship have been disrupted. He had lost the feeling that he was part of a powerful group, and became instead a lonely and frightened person whose efforts to protect himself were condemned to failure.*

militares (DORAN *et al.*, 2004, p.4):

- a) operações continuadas tornadas possíveis devido ao uso de equipamento para qualquer tipo de clima e horário do dia ou da noite;
- b) não saber onde ou quem é o inimigo, como nos atentados suicidas;
- c) saber que a guerra é um assunto de debate em casa;
- d) ter regras de engajamento que não permitem que você retorne o fogo em algumas circunstâncias (levando a maiores sentimentos de desamparo); e
- e) uso inimigo de novas táticas inesperadas para as quais você não está preparado.

Qualquer um dos fatores estressores pode atuar de forma desestruturante em cada indivíduo, conforme a sua propensão física e emocional prévia a esses fatores. Os estressores podem enfraquecer a resistência natural individual às doenças, reduzir a imunidade intrínseca e aflorar transtornos mentais subjacentes, podendo levar a estados psicóticos, depressivos ou ainda a atos homicidas e/ou suicidas impulsivos e desesperadores.

Sem a intenção de esgotar o assunto, CAMPISE, GELLER e CAMPISE (2009, ps. 271 e 272) descrevem uma relação das alterações físicas e psíquicas (problemas) variáveis em quantidade e intensidade, que podem indicar reação de estresse de combate no militar (com adaptações):

A) Sintomas orgânicos:

- a) respiratórios: falta de ar, tontura, sensação de haver algo pesado sobre o peito;
- b) cardiovasculares: palpitação, taquicardia, elevação da pressão arterial;
- c) digestivos: náuseas, vômitos, constipação, diarreias, perda de apetite;
- d) do sistema de eliminação: aumento da frequência de evacuação e atividade urinária, sudorese ou sujar-se por evacuação involuntária;
- e) musculoesqueléticos: tremores e oscilações;
- f) do sono: insônia, pesadelos; e
- g) Problemas disseminados: dores de cabeça, dores nas costas, vertigens, exaustão, movimentação constante, visão turva.

B) Sintomas cognitivos:

- a) estados de alerta exagerado;
- b) demora no tempo de reação a estímulos (a som, movimento, luz, etc.);
- c) falta de atenção;
- d) tempo de atenção curto;
- e) problemas de concentração;

- f) dificuldade de raciocínio ou na solução de problemas;
  - g) julgamento falho;
  - h) perda de confiança, esperança ou fé;
  - i) percepção de si próprio como um fracasso;
  - j) perda de memória;
  - k) pensamentos intrusivos recorrentes;
  - l) retornos ao passado; e
  - m) delírios ou alucinações (visuais, auditivas, táteis, olfativas, de paladar);
- C) Sintomas Comportamentais:
- a) falta de cuidado (resultando em risco para si próprio e para os outros);
  - b) impulsividade;
  - c) paralisção;
  - d) pânico;
  - e) isolamento de amigos;
  - f) incapacidade de relaxar;
  - g) baixo nível de energia;
  - h) imobilidade;
  - i) comportamento errático;
  - j) desempenho prejudicado no trabalho;
  - k) perda de habilidades;
  - l) incapacidade de manter equipamento;
  - m) discurso acelerado;
  - n) deterioração da higiene corporal (banho, medicação preventiva, imunização, proteção da pele);
  - o) perda ou diminuição de sentidos (visão, audição, fala, tato, olfato);
  - p) gagueira;
  - q) paralisia ou incapacidade de utilizar uma parte específica do corpo;
  - r) automedicação abusiva; e
  - s) manifestação de “1.000 yard stare”<sup>5</sup> (FIG.2).

---

<sup>5</sup> “Olhar de mil metros” ou “olhar perdido”: expressão usada para descrever o olhar vazio e sem foco do soldado que se afasta emocionalmente da situação de horror que o cerca.



FIGURA 2 - Um exausto soldado americano exibe o “olhar de mil metros” depois de dois dias de combate ininterrupto na Batalha de Engebi, Ilhas Marshall. A fotografia foi tirada em 19 de fevereiro de 1944, a bordo do USS Middleton.  
Fonte: PLATNICK, 2007.

D) Sintomas emocionais:

- a) medo;
- b) terror;
- c) ansiedade;
- d) irritabilidade;
- e) angústia;
- f) desespero;
- g) instabilidade emocional;
- h) argumentação (murmuração);
- i) ressentimento;
- j) raiva;
- k) fúria;
- l) dor;
- m) culpa;
- n) vergonha;

- o) solidão;
- p) depressão;
- q) desesperança;
- r) apatia;
- s) frieza;
- t) entorpecimento;
- u) exaustão emocional; e
- v) explosão histérica.

### 2.3 Outras situações de estresse no militar

O militar da ativa também está sujeito a desenvolver reações de estresse e outras alterações mentais, decorrentes das atividades praticadas por esse profissional em contextos que podem ou não incluir situações de combate e enfrentamento com inerente risco vital.

É típico da vida militar a sujeição aos princípios régios da hierarquia e disciplina, o que pressupõe força de vontade e um nível de estabilidade emocional acima da média, pois submeter a vontade a outrem sempre acarreta estado de tensão psíquica.

Verifica-se que, ao contrário do servidor civil, o militar exerce uma atividade profissional que implica dedicação exclusiva, disposição em tempo integral e suspensão temporária dos períodos de descanso e licenciamento, se assim se fizer necessário, o que pode intensificar a sobrecarga emocional a ele aplicada.

A mobilidade geográfica potencial é uma constante na vida do militar e todo deslocamento implica em maior ou menor grau de estresse e conflito interno e/ou externo em virtude das mudanças existenciais que isso pode acarretar como o rompimento de vínculos de amizade ou mesmo intrafamiliares.

A necessidade de atualização profissional e aperfeiçoamento levam o militar a se submeter a constantes processos avaliativos e comparativos, de forma que se trata de um indivíduo que está sempre sendo testado e aferido. Trata-se de um procedimento evidentemente positivo para a tropa, mas que em maior ou menor grau traz a reboque um permanente estado de tensão.

Por mais engajado e motivado que esteja, algumas especificidades da profissão o colocam em um patamar de demanda emocional acima da média da população, a qual tende a gozar de dispositivos trabalhistas não aplicados à profissão militar como a jornada de trabalho

de oito horas, a remuneração diferenciada para o trabalho noturno, o repouso semanal assegurado e o trabalho extraordinário remunerado.

A vinculação profissional do militar transcende o que se verifica nas outras categorias, estando passível de ser chamado a qualquer hora do dia ou da noite, mesmo para os que já cumpriram o tempo de serviço ativo, quando no caso de uma reconvocação.

O militar é um profissional que, nos diferentes graus ou postos, é instado a tomar decisões que em geral implicam consequências que envolvem materiais e pessoas. Seus atos não são isentos de responsabilização, não havendo escolhas inócuas e muitas não permitem segunda chance. A reavaliação dos atos do militar é frequente e os desdobramentos perduram no tempo.

Durante certos períodos de atividade, toda a vida de relação do militar pode ser deslocada para segundo plano, a fim de prestar o serviço com maior eficácia e segurança possíveis. Isto implica na possibilidade de mudanças bruscas nas relações interpessoais do indivíduo, uma vez que o seu núcleo familiar pode não compreender as suas necessidades profissionais, os deslocamentos e os deveres a que é chamado a cumprir.

Todos esses fatores, ainda que não diretamente relacionados, podem, no entanto, diminuir a resistência emocional e tornar o militar mais suscetível ao estresse de combate.

De forma sintética, Mendes (2013, p.39), a partir de dados fornecidos pelo Walter Reed Institute, de estudos realizados entre 1993 e 2005, enumera os diferentes tipos de fatores estressores a que os militares podem estar sujeitos em missões de paz (QUADRO 1):

## QUADRO 1

Resumo dos diferentes tipos de estressores enfrentados por militares no período de 1993-2005

CLASSE DE ESTRESSOR	ESTRESSOR	FONTE
Manutenção da paz/Combate	Estar longe de casa ou família	Campbell <i>et al.</i> (1998)
	Incerteza da data de retorno	Halverson <i>et al.</i> (1995)
	Falta de saneamento básico e de privacidade	
	Falta de tempo livre	
	Muito tempo de trabalho	
	Ambiente (calor, insetos, etc.)	
	Medo da doença	
	Falta de sono	
	Problemas com cônjuge ou filhos	
	Questões financeiras em casa	
Combate	Ser emboscado ou atacado	Hoge <i>et al.</i> (2004)
	Ficar sob fogo hostil	Adler <i>et al.</i> (1996)
	Matar combatente inimigo	McCarroll <i>et al.</i> (1993)
	Manipulação de restos humanos	Helmus & Glenn (2005)
	Conhecer alguém que foi ferido	
	Ser ferido	
	Confronto direto com o inimigo - entrar em combate corpo a corpo	
	Presença de alteração inimiga	
	Civis no campo de batalha	
	Obstáculos escondidos	
Alta incidência de perdas		
Tiroteio intenso (fogo pesado)		
Separação	Estar longe de casa ou da família	Halverson <i>et al.</i> (1995) Campbell <i>et al.</i> (1998) Kelley <i>et al.</i> (2001) Hoses & Totten (2002)

Fonte: MENDES, 2013, p.39.

Um estudo sobre transtornos mentais em militares do serviço ativo do Exército, da Força Aérea, do Corpo de Fuzileiros Navais e da Marinha dos Estados Unidos da América, no período entre 2005 e 2016, revelou a prevalência dos seguintes transtornos: transtornos de adaptação, transtornos relacionados ao abuso e dependência de álcool, transtornos de ansiedade, transtornos bipolares, transtornos depressivos, insônia, transtornos de personalidade, psicoses, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), esquizofrenia, abuso e dependência de substâncias (álcool/drogas). No geral, a prevalência de transtornos mentais passou de 12% no ano de 2005 para cerca de 20% em 2016 (Deployment Health Clinician Center, 2017).

Significativa também é a prevalência de suicídios cometidos por militares da ativa nos Estados Unidos. Anglemyer *et al.* (2016) revelou que, entre 2005 e 2011, 1455 militares americanos praticaram suicídio, sendo a maioria (62%) por armas de fogo.

No Brasil, ainda que às Forças Armadas cumpra a missão constitucional referente à defesa e à soberania do país, no período compreendido entre 2010 e 2017, elas foram acionadas 29 vezes para atuarem na segurança pública de estados e do Distrito Federal, sendo os casos mais recentes no Rio Grande do Norte e no Rio de Janeiro (SCARTON, 2018). Segundo Neves & Mello (2009), o emprego dos militares na segurança pública, se por um lado leva a uma maior sensação de proteção na população civil, por outro, aumenta os riscos à saúde dos militares envolvidos, considerando tratar-se de ações relacionadas com o risco de morte real, o enfrentamento direto com o crime organizado, a necessidade de máximo grau de atenção para não atingir, acidentalmente, alvos civis; a montagem ou derrubada de barricadas, a apreensão de armas e drogas e o socorro aos colegas feridos, o que acarreta elevação do nível de estresse nesses militares (FIG.3).



FIGURA 3 - Soldado do Exército baleado, durante operação conjunta com a polícia militar de combate ao tráfico de drogas, no complexo do Alemão, Rio de Janeiro - 26/11/2010  
Fonte: Marcelo Piu/Agência O Globo/VEJA, 2016)

#### 2.4 Síntese do capítulo

Tão rica quanto a diversidade de sinais e sintomas desencadeados no militar em combate é a variedade de nomes que essa condição recebeu ao longo da história. Para o presente trabalho, o termo “Estresse de Combate” permaneceu sendo adotado por se tratar de termo universalmente consagrado no meio militar. Assim com a própria guerra a que ele se vincula, guarnece com esta duas semelhanças: mantém-se constante naquilo que é capaz de produzir no ser humano, o potencial de devastação do seu estado físico-emocional e, assim

como a guerra, detém uma incrível capacidade de se mostrar novo, seja na sua terminologia, seja nos novos sintomas que acarreta e nas multiplicidade de doenças que é capaz de interagir. Só há uma forma de prevenir e tratar o estresse de combate: conhecer o homem em combate e o limite emocional a que ele está sujeito.

### 3 A PSIQUIATRIA MILITAR

A Psiquiatria Militar vem despertando o interesse dos psiquiatras há mais de um século, desde que as reações psicológicas apresentadas pelo homem em combate deixaram de ser vistas como falhas de caráter e passaram a ser observadas pelo olhar clínico e, portanto, passíveis de intervenção e, melhor, de uma prevenção. Porém, talvez pela rarefação de combates bélicos, no Brasil a Psiquiatria Militar encontrou duas fases relativamente distintas, uma de ascensão e visualização pública, por ocasião da Segunda Guerra mundial e outra de ocultamento do termo “Psiquiatria Militar” do meio acadêmico. O presente capítulo busca conceituar e reconstruir historicamente a Psiquiatria Militar.

#### 3.1 Conceituação do termo Psiquiatria Militar

A Psiquiatria Militar é a área da Psiquiatria voltada para os problemas relacionados à prevenção, diagnóstico, etiologia e tratamento dos transtornos mentais ou emocionais dos integrantes das Forças Armadas. Seu objetivo específico é o atendimento à comunidade militar, estando seus integrantes no serviço ativo ou inativo. Como cada momento da carreira militar apresenta uma diversidade de obrigações em diferentes ambientes de atuação, a Psiquiatria Militar reconhece o risco que a doença mental tem de comprometer a eficácia e o desempenho operacional do pessoal militar. Ginnari Antich e Pérez Ginnari (2001) esclarecem que a Psiquiatria Militar tem como meta a manutenção da saúde integral dos militares, a fim de maximizar a força de trabalho e melhorar o desempenho do grupo. Nesse caso, a missão da Psiquiatria Militar é dupla: promover e recuperar a saúde mental do militar, ao mesmo tempo que deve atender às expectativas institucionais de dotar o pessoal empregado nas missões de uma alta capacidade psíquica para o enfrentamento de situações de estresse e limite emocional.

O termo “*Military Psychiatry*” é entendido como

ramo da psiquiatria relacionado com o tratamento de transtornos mentais em soldados e seus dependentes. Também está relacionado com a prevenção de transtornos mentais e com a promoção da saúde mental e moral dos soldados (tradução nossa<sup>6</sup>). (RAJU, 2013, p.1).

---

<sup>6</sup> *a branch of psychiatry which is concerned with the treatment of mental disorders in soldiers and the dependent members of their families. It is also concerned with the prevention of mental disorders, promotion of morale and mental health of soldiers.*

De acordo com Russel, Figley e Robertson (2015, p.4), citando Jones, o Exército americano conceitua “*Military Psychiatry*” como “o estudo do reconhecimento de estressores que levam ao colapso psiquiátrico e o desenvolvimento de medidas preventivas e de tratamento para aliviar seus efeitos”<sup>7</sup>(tradução nossa).

### 3.2 Historicidade da Psiquiatria Militar

A Primeira Guerra Mundial representou o início de ações sistemáticas por parte do Exército americano, no sentido de enviar para a linha de frente dos combates psiquiatras militares para o tratamento do estresse de combate, bem como para aconselhar os comandantes de unidades acerca dos efeitos mentais provocados pela guerra, sendo pioneiro nesse campo o Dr. Thomas Salmon. Já na Segunda Guerra Mundial, a Campanha do Norte da África, em 1943, teve à sua disposição um psiquiatra integrando a divisão de modo regular. Com a Guerra da Coréia, o Exército Americano regulamentou a Divisão da Atividade de Saúde Mental (DMHA), liderada por um psiquiatra, conferindo um estatuto normativo e sistemático para as ações de saúde mental no ambiente militar (WARNER, 2011).

Na Europa, já na primeira metade do século XIX os franceses ensaiaram as primeiras descrições acerca dos transtornos mentais de guerra, enquanto os primeiros psiquiatras alemães iniciaram na segunda metade daquele século os estudos envolvendo as síndromes psico-orgânicas bélicas. Mas foi a Primeira Guerra Mundial o evento divisor entre uma psiquiatria de guerra e uma civil, nascendo um estudo científico, metódico específico voltado para as patologias decorrentes do estado de guerra e dos limites humanos a esse estado. Tais estudos tiveram impacto não apenas no tratamento mas na própria seleção dos soldados, adentrando a Psiquiatria Militar no campo da perícia médica, possibilitando uma seleção psicofísica mais específica (DE CASTRO, 1993).

No Brasil o termo Psiquiatria Militar não é novo, já figurava em uma apostila de 1945 para o Curso de emergência para a formação da Reserva da Justiça militar, editada pelo Ministério da Guerra, onde era apresentado o estudo de Nelson Bandeira de Melo (1899-1989), livre docente da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil e comandante do 6º RI da Força Expedicionária Brasileira na Itália, intitulado “Psiquiatria Militar: considerações sobre a psicose de guerra e suas relações com a Justiça Militar”, constando hoje na Biblioteca Nacional Gaveta

---

<sup>7</sup> *the study of the recognition of stressors that lead to psychiatric breakdown and the development of preventive and treatment measures to alleviate their effects.*

Psiquiatria/ II - 230 5,4 - n.13<sup>8</sup>.

O tema também foi abordado na última conferência dada por Ulysses Pernambucano (1892-1943) em 1943, em Natal, Rio Grande do Norte, durante o III Congresso da Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste. Com o título “A ação social do Psiquiatra”, o afamado médico brasileiro reconheceu, em plena Segunda Guerra Mundial, que as perturbações nervosas e mentais eram as maiores causas de afastamento de soldados do exército americano. Também destacou a recém-criada Escola de Neuropsiquiatria Militar nos Estados Unidos, para proporcionar aos especialistas convocados o treinamento dos problemas próprios do meio militar e fez um alerta de alcance universal e incontestável para os dias de hoje: “*Nas grandes calamidades – e a maior delas é a guerra – mais agudo se torna o problema da doença mental*” (PERNAMBUCANO apud PICCININI, 2012)<sup>9</sup>.

Os trabalhos científicos seminais no campo da Psiquiatria Militar brasileira foram “O posto avançado de Neuropsiquiatria da FEB”, publicado em 1950, de autoria do Dr. Mirandolino Caldas; e a tese de Livre Docência da Clínica de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, do Dr. Rubens de Lacerda Manna, também em 1950, ambos veteranos da Campanha da Itália, sendo o primeiro criador do Serviço de Neuropsiquiatria da FEB e o segundo diretor do Serviço de Neuropsiquiatria da seção brasileira do 7th Station Hospital (DE OLIVEIRA, 2001).

O tema, tão candente no pós-guerra imediato, não manteve o vigor na segunda metade do século XX, distanciando-se do interesse da sociedade médica, quando não causando estranhamento e mal estar, maculado por um suposto envolvimento de profissionais de saúde em situações relacionadas com a tortura de militantes políticos (ARBEX, 2014). Outro fator, também relacionado com os governos militares (1964-1985), foi a falência do modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, bastante depauperado nas instituições públicas, com acentuado grau de internamento em instituições privadas credenciadas pela previdência social pública, em que o doente mental era mantido por longo período, sem critério técnico para tal, sendo a hospitalização priorizada por ser, segundo Miranda-Sá Jr (2007), mais lucrativa para quem a promovia. Tais elementos parecem haver reverberado no termo “Psiquiatria Militar”, ao menos no Brasil, de modo a gerar o afastamento acadêmico e o desinteresse dos especialistas por esse campo de estudo.

<sup>8</sup> Este dado pode ser acessado através do seguinte endereço eletrônico:<

<http://site.ims.uerj.br/pesquisa/psicorioX/?tbl=1&view=2041&o=d&k=5&pag=10>>. Acesso em 09/05/2018.

<sup>9</sup> Informação constante no seguinte endereço eletrônico:< <http://www.polbr.med.br/ano12/wal0312.php>>. Acesso em:09/05/2018.

### 3.3 Atualidade da Psiquiatria Militar

A IV Conferência de Psiquiatras Militares, ocorrida em Kharkiv, Ucrânia, em 8 e 9 de junho de 2011, com mais de 50 representantes de instituições psiquiátricas civis e militares de todo o mundo, mostrou não apenas o quão disseminada já se encontra a Psiquiatria Militar, mas o seu reconhecimento acadêmico mundial ao ser constituída a Seção de Psiquiatria Militar da Associação Psiquiátrica Mundial (WPA), o que demonstra que Psiquiatria Militar não é mais um assunto que interessa apenas aos militares, mas à sociedade como um todo.

Nos dias atuais, as Forças Armadas têm desempenhado dentro da sociedade brasileira um papel que ultrapassa o emprego defensivo e inclui ações tão amplas como o apoio sanitário às populações ribeirinhas do norte do Brasil; a reconstrução e a manutenção de pontes; a promoção de campanhas gerais de vacinação; a viabilidade de acesso às comunidades afetadas por desastres naturais como inundações e as diversas ações voltadas para a garantia de lei e da ordem. Essas múltiplas linhas de ação têm servido para reaproximar a sociedade civil das forças armadas e oferecer espaço para uma interação amistosa e produtiva, inclusive no meio acadêmico, entre as instituições militares e as civis.

Por outro lado, há uma rarefação de estudos na área de Psiquiatria Militar no meio acadêmico nacional, não sendo raro encontrar entre os profissionais de saúde mental o completo desconhecimento na área. Outro viés é que mesmo dentro das Forças Armadas verifica-se que a Psiquiatria exercida se volta para a assistência médica conforme aprendida nas universidades, com alguns poucos profissionais habilitados na área forense. Praticamente não se ensina, não se aprende e não se pratica Psiquiatria Militar, mesmo dentro das instituições militares, ficando o militar sem atendimento especializado e sem suporte psíquico para lidar com situações de estresse inerentes a sua área de atuação. Sem ter como dar assistência mental ao militar sem profissionais habilitados em Psiquiatria Militar, a exposição e vulnerabilidade psíquicas do soldado é quase total na atualidade e o risco de adoecimento psíquico muito maior que na população em geral, sobretudo entre os recém-ingressos no ambiente militar. Martins e Kuhn (2012) conduziram pesquisa que demonstrou a prevalência de 43,6% de transtornos mentais comuns em 78 jovens brasileiros adultos masculinos, incorporados ao Serviço Militar Obrigatório, bem superior a outro estudo, voltado para a população adulta em geral, onde a prevalência para um ano de oscilava apenas entre 18,8 a 29,2% (MARI, JORGE; KOHN, 2007).

A Psiquiatria Militar aproveita o conhecimento da Psiquiatria para aplicá-lo no

diagnóstico, tratamento, prevenção e recuperação de militares portadores de transtornos mentais, desenvolvidos durante a vida ativa em operações de combate, missões de paz, ações de garantia da lei e da ordem ou no decurso da história natural de doenças ao longo da vida do soldado. Essa especialidade psiquiátrica também dá assistência aos veteranos, mormente em ações decorrentes de estresse em combate e transtorno de estresse pós-traumático. O militar requer um atendimento psiquiátrico que compreenda as suas especificidades, seu mundo castrense, os riscos inerentes e as extrapolações do limite emocional a que esse tipo de profissional está sujeito.

Embora no seu escopo técnico não apresente diferenças semiológicas ou terapêuticas em relação à Psiquiatria em geral, são áreas de atuação próprias da Psiquiatria Militar (adaptado de KENNEDY & ZILMER, 2009):

- a) avaliação de aptidão para o serviço militar;
- b) seleção e avaliação de pessoal operativo de alto risco;
- c) aferição das condições mentais para integrar missão de paz;
- d) investigação de danos mentais no retorno da missão de paz;
- e) diagnóstico e Tratamento de Transtorno de Estresse Pós-traumático em militares;
- f) reconhecimento e manejo de estresse em combate;
- g) emprego da Psicoterapia breve no meio militar;
- h) desenvolvimento de ações voltadas para o moral e estado emocional da tropa;
- i) prevenção do suicídio no meio militar;
- j) tratamento do abuso de substâncias e jogos de azar no meio militar;
- k) ações de Psiquiatria Operativa;
- l) treinamento psíquico em sobrevivência, evasão, resistência e fuga;
- m) preparação emocional para situação envolvendo prisão militar;
- n) noções de Psiquiatria e Psicologia de grupos extremistas e terroristas;
- o) controle emocional para situações de crise e negociação de reféns;
- p) intervenções psiquiátricas em situações de desastre ou trauma; e
- q) resiliência para situações militares

### 3.4 Síntese do capítulo

Embora pouco conhecida em nosso meio, a Psiquiatria Militar é uma sub especialidade psiquiátrica com uma história tão antiga quanto a própria especialidade a que

ela pertence. O teatro de operações bélicas é também um campo de batalha emocional para o homem e seu comportamento e reações psíquicas podem ser fortemente influenciados pela intensa exposição ao estado de tensão, horror, perda e falta de sentido que comumente acompanham os conflitos armados entre estados e, mais recentemente, o estado de tensão diuturna, inespecífica e aleatória que tem caracterizado as missões de paz após a Guerra Fria.

Em um século marcado por tantas guerras, a Psiquiatria Militar se organizou enquanto área médica voltada para o atendimento ao militar em sofrimento psíquico, culminando com um reconhecimento do seu saber pela Associação Psiquiátrica Mundial, restando alcançar no Brasil o grau de significância que já detém no meio internacional.

#### 4. O NÚCLEO DE PSIQUIATRIA MILITAR

O Núcleo de Psiquiatria Militar (NPMil) pode ser o serviço mais apropriado para atender as necessidades mentais do pessoal militar em situações de combate real, treinamento, manobras, deslocamento, enfrentamento de conflitos beligerantes, suporte emocional à negociadores em situações que envolvem reféns, bem como no suporte multidisciplinar nas situações de intenso estresse como conflito armado, áreas de risco em missões de paz, ações de garantia de lei e da ordem, além de poder atuar no pronto emprego para socorro e resgate em situações de desastre natural, civil ou militar.

Seja no atendimento individual ao militar acometido de estresse Transtorno Pós-traumático, seja nas urgências envolvendo militar em tentativa de suicídio ou no atendimento à múltiplas vítimas resultante de ataque inimigo ou catástrofe ambiental, o Núcleo de Psiquiatria Militar pode ser caracterizado como uma equipe multiprofissional para pronto emprego e deslocamento, previamente treinada e habilitada a situações operativas de elevada demanda emocional e intenso desgaste psíquico.

Embora com emprego precípua nas ações operativas, o Núcleo de Psiquiatria Militar também pode se mostrar o melhor lugar para o desenvolvimento de ações relacionadas com a psicoeducação do pessoal designado para missões de paz, fornecendo preparo emocional e habilitando os militares a reconhecerem e identificar sinais e sintomas de fadiga mental e estresse em combate, além do que pode disponibilizar a esses grupos uma melhor conscientização frente ao risco decorrente do uso de substâncias psicoativas, álcool, impulsos autodestrutivos e impulsos patológicos como jogo e sexo abusivo.

Além da psicoeducação, o Núcleo de Psiquiatria Militar também pode desempenhar um papel ocupacional (POOK; TARN; HARRISON; MCALLISTER; GREENBERG, 2008), na medida que pode diminuir em muito o estigma que envolve a doença mental, facilitando ainda a melhor aceitação por parte do grupo operativo de que transtorno mental é um agravo a saúde que não depende da força moral ou física do indivíduo. Sendo um tipo de agravo à saúde, a doença mental deixa de ter um espectro de exclusão social. O papel ocupacional do Núcleo de Psiquiatria Militar também pode promover a resiliência do pessoal em manobra, ao mesmo tempo que sensibiliza e instrumentaliza os superiores a encaminharem os subordinados para pronta intervenção, tratamento e reinclusão do indivíduo ao seu grupo, sempre que possível, evitando que o problema emocional seja subestimado ou menosprezado.

Como exposto acima, o Núcleo de Psiquiatria Militar pode ser capaz de exercer um triplo papel no meio militar: a intervenção (tratamento, recuperação e reabilitação mental), a psicodução (preparo emocional, mudança de hábitos mentais nocivos e atitudes de resiliência) e o papel ocupacional (quebra do estigma mental e maior percepção laboral do transtorno mental).

Pelo seu elevado potencial de dano individual e grupal, as forças armadas em diversos países tem se instrumentalizado com equipes ou núcleos voltados para a Psiquiatria Militar. No Reino Unido, os Serviços de Saúde Mental de Defesa (DMHS) fornecem ao militares ativos, veteranos e familiares acesso a pessoal militar qualificado em Psiquiatria e Psicologia Militar para tratamento, recuperação e reabilitação, buscando sempre que possível, a manutenção do militar em seu meio operativo, resguardando as necessidades individuais e a natureza multiprofissional do serviço (GREENBERG; HUGHES; EARNSHAW; WESSELY, 2011).

#### 4.1 O “*Special Psychiatric Rapid Intervention Team*” (SPRINT)

O “*Special Psychiatric Rapid Intervention Team*” (SPRINT) (Equipe especial de intervenção rápida psiquiátrica) é uma grupo multidisciplinar, especializado, da Marinha americana, para pronto emprego, que fornece assistência psiquiátrica e suporte emocional aos sobreviventes e ao comando em situações de desastre militar, afim de prevenir ou reduzir a disfunção ou a incapacidade psiquiátrica imediata e a longo prazo dos indivíduos de uma organização militar. Sua tarefa é principalmente consultiva, de forma a auxiliar o comando no sentido de responder às necessidades de saúde mental de seus subordinados, decorrido uma situação traumática. Basicamente presta auxílio ao pessoal médico, psiquiátrico e capelania, orientando-os sobre os desafios decorrentes do evento, auxiliando quanto a identificação de pessoal em situação de risco psíquico e facilitando o acompanhamento da saúde mental.

A característica do SPRINT é a rápida mobilização de profissionais da área de saúde mental, especialmente treinados para a pronta resposta aos pedidos da armada americana após a ocorrência de eventos traumáticos tanto individuais como coletivos, ocorridos em alguma organização militar, tais como suicídio, homicídio, morte acidental, desastre natural, acidente ocupacional ou catástrofe.

Clássica se tornou a intervenção do SPRINT no desastre que envolveu a colisão entre o USS Belknap (CG26) e o navio-aeródromo USS John F. Kennedy (CV67), na noite de

22 de novembro de 1975, ao sul da Sicília, provocando um incêndio que resultou na morte de sete tripulantes do cruzador e um falecimento no “Kennedy”. Este evento foi o que motivou a formação do SPRINT. Outra missão do SPRINT foi atender às vítimas do naufrágio do navio patrulha USCGC Cuyahoga em 26 de novembro de 1978.



FIGURA 4: Colisão do USS Belknap com o USS John F. Kennedy ocorrida ao largo da costa da Sicília em 22/11/1975.

Parte superior esquerda: o USS Belknap no dia seguinte ao colidir com o USS John F. Kennedy.

Acima à direita: uma visão geral do Belknap após a colisão.

Inferior esquerda e médio: dano sustentado pelo John F. Kennedy.

Abaixo à direita: bombeiros a bordo do destróier de mísseis guiados USS Claude V. Ricketts pulverizam o Belknap após a colisão.

Fonte: TIERNEY, 2017.

O SPRINT auxilia as vítimas de desastres militares usando os princípios da psiquiatria de combate: brevidade, imediatismo, centralidade, expectativa, proximidade e simplicidade. A intervenção pode ser dividida em seis partes: preparação, pré-implantação, planejamento com o comando, tratamento, serviços memoriais e debriefing. Sobreviventes, familiares e cadeia de comando são envolvidos no atendimento (MCCAUGHEY, 1985). A técnica se baseia na prestação de primeiros socorros psicológicos, os quais buscam diminuir o sofrimento psíquico e a disfunção mental em longo prazo decorrentes de desastres e situações emocionalmente estressantes ou traumáticas, proporcionando um ambiente de segurança, conexão social, calma, autoeficácia e esperança, facilitando com isso a recuperação emocional do indivíduo e da organização militar (MILLEGAN; DELANEY; KLAM, 2016).

O SPRINT é composto por um psiquiatra e enfermeiro, podendo ser acrescido de psicólogo, enfermeiro psiquiátrico, técnico de enfermagem, assistente social e capelão naval,

conforme a necessidade e a finalidade da missão a ser desempenhada. O grupo está estruturado para ser ativado em até 8 horas do início do pedido para missões locais ou à distância e o modo de intervenção pode variar de acordo com as necessidades do comando solicitante, a natureza do incidente e os recursos disponibilizados. Já no local do incidente o SPRINT atua no sentido de manter contato direto com a cadeia de comando, orientar a liderança na antecipação dos desafios que advirão com o evento, auxiliar na identificação do pessoal em situação de risco emocional, estabelecer abordagens psicossociais com as vítimas de forma não intrusiva; oferecer conforto físico e emocional, auxiliar as pessoas quanto à assistência de necessidades e preocupações imediatas; proporcionar a conexão de pessoas a redes de apoio social, oferecer apoio ao enfrentamento positivo da situação e capacitar os indivíduos para que possam assumir um papel ativo na sua própria recuperação (MILLEGAN; DELANEY; KLAM, 2016).

Todas as intervenções do SPRINT são de caráter voluntário e confidencial, não ficando registro no prontuário médico. Essa confidencialidade tem um limite: quando a situação implica em risco para si ou para terceiros. Em caso de necessidade, os que apresentam algum grau de risco à segurança própria ou para outros podem ser evacuados, a fim de garantir a sua segurança e a da tripulação. Mesmo após o fim dos trabalhos, o SPRINT pode manter o acompanhamento e cuidados continuados, em caso de necessidade de saúde mental (MILLEGAN, s/d).

#### 4.2 Proposta de ativação de um Núcleo de Psiquiatria Militar

Em que pese a ausência de serviço correlato, a proposta que se segue objetiva apresentar as sugestões e os fundamentos gerais para a ativação de um Núcleo de Psiquiatria Militar (NPMil): serviço especializado na área de Psiquiatria Militar, no âmbito do Sistema de Saúde da Marinha.

Trata-se de um modelo de organização e funcionamento voltado para a realidade prática encontrada no Sistema de Saúde da Marinha, de forma a aproveitar todos os recursos que este dispõe, mas sem gerar maior dispêndio ou deslocamento de pessoal. Considerando a natureza funcional e a missão da Unidade Integrada de Saúde Mental, esta pode se mostrar, em princípio, o lugar natural onde se pode acolher a proposta de ativação de um Núcleo voltado para o exercício da Psiquiatria Militar.

Não obstante a sua composição multidisciplinar, optou-se pelo termo “Núcleo de

Psiquiatria Militar” em virtude do caráter de intervenção em militares que apresentem transtornos mentais, como o estresse de combate, quando em atividade operativa. Embora usual, o termo “Saúde Mental” volta-se mais para o campo das ações de promoção de um estado de qualidade de vida cognitiva ou emocional, sendo mais amplo que a intervenção em situações que envolvam pessoas com quadros psiquiátricos de urgência. Ademais, o termo Psiquiatria Militar já se encontra consagrado no meio militar em diversos idiomas como “*military psychiatry*” (inglês); “*psichiatria militare*” (italiano); “*psychiatrie militaire*” (francês) ou “*psiquiatria militar*” (espanhol).

#### 4.2.1 Atividades do NPMil

O NPMil pode vir a desempenhar as seguintes atividades:

- a) pronto atendimento psiquiátrico e psicológico para militares que apresentem transtornos mentais em situações de combate real, adestramento, manobras operativas, deslocamentos militares, enfrentamento de conflitos beligerantes, negociação envolvendo reféns, conflito armado, missões de paz e ações de garantia de lei e da ordem;
- b) socorro psiquiátrico e psicológico imediato em casos de desastre em organizações militares de terra ou mar.

O NPMil, pela sua característica de pronto emprego, pode ser imediatamente acionado em situações críticas, possibilitando o atendimento na área de Psiquiatria e Psicologia de urgência aos militares acometidos de sofrimento mental agudo, reduzindo o risco de agravamento e a pronta recuperação mental dos emocionalmente feridos. Seu funcionamento implica, portanto, em prontidão e sobreaviso ininterruptos;

- c) exame de saúde mental em militares designados para operações de paz.

Pelo elevado grau de desgaste emocional que tais missões implicam, a avaliação mental pode ser direcionada e voltada para a identificação de potenciais predisposições mórbidas do candidato, histórico familiar, comorbidades clínicas com potencial para gerar manifestações psicossomáticas ou distúrbios psiquiátricos indiretos, de forma que o militar pode ser submetido a exame especial pelo NPMil, mediante exame psiquiátrico direcionado para o tipo de missão a ser executada, fazendo-se utilizar também de testagem psicológica, quando necessária;

- d) exame de saúde mental em militares procedentes de operações de paz e que apresentaram alguma intercorrência que tenha gerado a necessidade de atendimento na área de saúde

mental.

Antes de ser reinserido em sua OM de origem, o militar que apresentar intercorrência psiquiátrica, inclusive com a necessidade de medicação psicofarmacológica, pode ser encaminhado, *ex officio*, para atendimento, avaliação e monitoração, antes de ser liberado para retornar a sua organização militar de origem, sendo o imediato regresso do militar o melhor momento para se realizar essa abordagem, evitando a perda de momento útil;

- e) consultoria a comandos designados para missões de alto risco.

O papel do NPMil pode ampliar-se com a assessoria aos comandos quanto ao reconhecimento das alterações mentais relacionados com estresse de combate na tripulação, os fatores de estressores potenciais e os indivíduos suscetíveis no grupo, bem como as ações que podem melhorar o clima emocional da tropa;

- f) treinamento e assessoria para serviços de saúde operativos para capacitá-los quanto ao diagnóstico e tratamento imediato de Transtorno de Estresse Pós-traumático em militares.

Aqui o foco de preparação é o próprio pessoal de saúde, o qual pode ser habilitado a identificar, abordar e prestar o atendimento imediato ao militar ou tropa que apresentar sinais de sofrimento psíquico em situações de combate ou de desastre. Sabe-se que o conhecimento é a maior arma para a prevenção do estresse em combate e uma tropa avisada torna-se proativa quanto ao imediato manejo da situação, mesmo que não conte com pessoal médico especializado no local da ação. O preparo do militar pode contemplar também o adestramento para lidar com o estresse emocional e a sua resistência ao mesmo;

- g) cursos de instrução em Psiquiatria Militar em organizações militares de terra e de mar.

O NPMil pode centralizar a formação específica em Psiquiatria e Psicologia Militares e a ministração de cursos expeditos nessa área, criando assim uma mentalidade de salvaguarda do estado emocional do militar da ativa e o amadurecimento da questão, evitando o preconceito quanto às manifestações de doença mental em militares. Os cursos podem ser ministrados pelo pessoal do NPMil e realizados, conforme a necessidade, até duas vezes por ano;

- h) suporte emocional imediato aos militares designados para operações de Garantia da Lei e da Ordem (GLO) em meio urbano.

O apoio do NPMil pode ser feito em conjunto com as unidades de saúde referenciadas e empregadas no suporte aos militares designados nas operações de GLO, identificando situações de estresse agudo e dificuldades de enfrentamento vivenciadas por esses militares em situações críticas, envolvendo ambiente urbano e com elevado número de civis,

incluindo mulheres e crianças;

- i) pesquisas voltadas especificamente para a Psiquiatria Militar.

O NPMil pode se tornar a instância apropriada para o desenvolvimento de estudos e pesquisas no campo da Psiquiatria Militar, mantendo ainda o intercâmbio com outras instituições e serviços nacionais e internacionais correlatos. Sabe-se que a melhor forma de prestar atendimento imediato de qualidade é uma atualização e capacitação constantes dos integrantes do NPMil, a troca de experiências com outros serviços similares e a pesquisa voltada para o adensamento dos estudos acerca do estresse de combate e da Psiquiatria Militar como um todo.

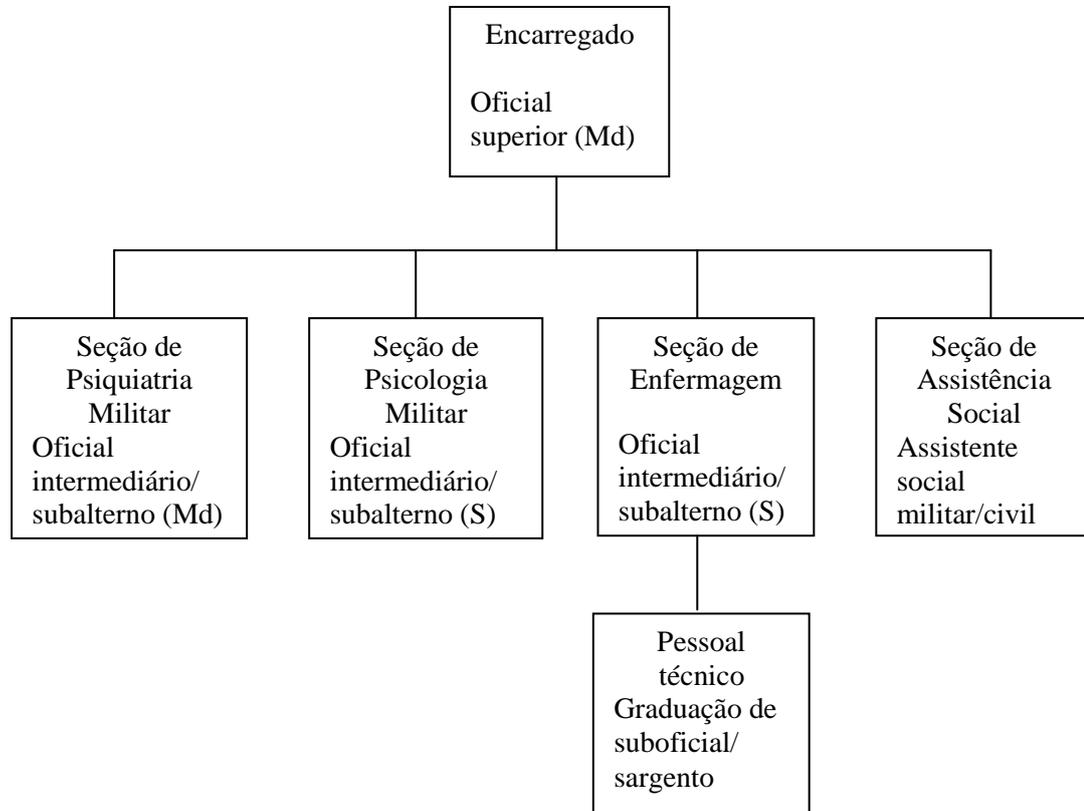
#### 4.2.2 *Composição simplificada do NPMil*

Na proposta deste trabalho, o Núcleo de Psiquiatria Militar (NPMil) está configurado na possibilidade de ser um serviço da Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), subordinado ao seu Departamento Médico. Sua composição pode constar das seguintes especialidades (QUADRO 2):

- a) psiquiatria: três médicos psiquiatras, sendo um oficial superior e dois oficiais intermediários/subalternos;
- b) psicologia: dois psicólogos, oficiais intermediários/subalternos;
- c) enfermagem: duas enfermeiras, oficiais intermediárias/subalternas;
- d) assistência social: uma assistente social militar/civil;
- e) pessoal técnico: dois técnicos de enfermagem, na graduação de suboficial/sargento.

## QUADRO 2

## Núcleo de Psiquiatria Militar (NPMil): organograma simplificado



Fonte: Elaborada pelo autor.

Por se tratar de grupo para pronto emprego, os profissionais acima citados podem continuar desempenhando as suas atividades assistenciais e/ou administrativas em sua organização militar, não precisando ser deslocados de seus setores de origem. Em caso de ocorrência de demanda de intervenção, conforme acima mencionado, a equipe já se encontra previamente formada, com suas atribuições específicas, possibilitando a imediata composição da equipe demandada, a qual pode variar numericamente, conforme a necessidade. O sistema de aprendizagem continuada também permite que, em caso de transferência de algum profissional da equipe, outro possa ocupar o lugar e ser treinado pelos remanescentes, evitando a perda dos conhecimentos adquiridos e mantendo o mesmo padrão de qualidade no atendimento.

Uma vez constatada a necessidade (apresentação de militar com transtorno mental diagnosticado como de origem ocupacional, tentativa de suicídio de militar em organização militar, desastre em organização militar) o Comandante/Diretor da organização militar poderá

expedir mensagem à Unidade Integrada de Saúde Mental, com informação para o Centro Médico Assistencial da Marinha, solicitando a intervenção do NPMil, o qual pode receber o militar a ser avaliado ou ir ao local do ocorrido.

As intervenções do NPMil no militar deverão compor pasta documental específica, podendo, contudo, no caso de consultas ambulatoriais, integrar o conjunto de dados anotados no prontuário médico do paciente.

Uma vez concluído o processo de atendimento ao militar da ativa, recuperado este da condição psicopatológica que ensejou a intervenção, o militar poderá receber alta do NPMil.

O caráter acadêmico do NPMil pode compor o rol de atividades executadas pelo NPMil, uma vez que todos os seus integrantes podem ser qualificados em Psiquiatria Militar, Psicologia Militar ou Saúde Mental Militar. Na ausência de cursos específicos, os integrantes poderão realizar cursos correlatos, complementando com o estudo fundamentado em artigos publicados em revistas indexadas, bem como o conhecimento adquirido em simpósios, jornadas, congressos e eventos correlatos na área de Medicina Militar, Psiquiatria Militar ou Psicologia Militar, a fim de manter o NPMil atualizado e prontificado no que tange às ações pautadas em uma Psiquiatria baseada em evidências e em uma Psicologia racional, integrando-se, deste modo, à arte praticada nos demais serviços de Psiquiatria Militares existentes no mundo.

#### 4.3 Síntese do capítulo

O Núcleo de Psiquiatria Militar proposto está estruturado com a possibilidade de ser capaz de atuar no tripé Intervenção, Psicodução e Papel ocupacional, tratando e rompendo estigmas vinculados às manifestações mentais no meio castrense.

Serviços como o do “*Special Psychiatric Rapid Intervention Team*” (SPRINT) revelam o empenho que a Marinha de outros países tem buscado no sentido de fornecer ao militares ativos, veteranos e familiares acesso a pessoal militar qualificado em Psiquiatria e Psicologia Militar.

O Núcleo de Psiquiatria Militar (NPMil) pode ser caracterizado como um serviço especializado na área de Psiquiatria Militar, no âmbito do Sistema de Saúde da Marinha, cuja proposta de ativação, organização e funcionamento foi apresentada neste capítulo, com a sugestão de ser inserido no Sistema de Saúde da Marinha, de forma a aproveitar todos os

recursos que este dispõe, mas sem geração de dispêndio ou deslocamento de pessoal, uma vez que sugere aproveitar os recursos materiais e a *expertise* humana existentes na Unidade Integrada de Saúde Mental, e com a vantagem de, ao poder prestar socorro psiquiátrico imediato, possibilitar a diminuição da indisponibilidade operacional do militar por problemas mentais, associados ao estresse de combate e patologias correlatas, bem como a redução do tempo de sua recuperação psíquica e a aceleração do seu retorno operativo e sociofamiliar. Dessa forma, a Marinha do Brasil passaria a dispor de um serviço altamente especializado e integralmente voltado para as demandas emocionais e psíquicas imediatas de seu pessoal em efetivo serviço.

## 5. CONCLUSÃO

A profissão militar é dotada de características próprias que a tornam emocionalmente exigentes para quem dela se investe. Conforme foi apresentado, diversos são os fatores que, direta ou indiretamente relacionados com a atividade militar, podem levar a um estado de sobrecarga mental, acima da média, podendo em algumas situações como combate ou desastre, tornar-se intensa e potencialmente desestabilizadora em alguns casos.

O risco de vida é uma constante na profissão militar, não se limitando às situações de guerra: treinamentos, adestramentos, mobilizações, missões e serviços sempre implicam ameaça a sua integridade física ou psíquica e isso perpassa todo o tempo de vida útil da carreira militar, o que pode torná-lo mais suscetível a apresentar transtornos mentais quando em situação de combate, adestramento operativo ou desastre.

O principal tipo de transtorno mental a que o militar da ativa em combate está sujeito é o denominado estresse de combate, o qual requer reconhecimento e pronta intervenção, sob pena de comprometer o moral do grupo e o sucesso das operações táticas em andamento. A área médica que lida com os transtornos mentais desencadeados no contexto de conflitos é a Psiquiatria Militar.

O presente trabalho considerou como problema a ativação de um Núcleo de Psiquiatria Militar para lidar com o estresse de combate. Apresentou como solução a proposta de ativação de um Núcleo de Psiquiatria Militar” capaz de reconhecer e prestar o primeiro atendimento nos casos de situações de estresse de combate envolvendo militares da ativa da MB, assim como a consultoria a comandos designados para missões de alto risco, prestação de cursos de instrução em Psiquiatria Militar em organizações militares de terra e de mar e socorro psiquiátrico e psicológico imediato em casos de desastre em organizações militares de terra ou mar.

Para isto o trabalho apresentou no capítulo “O estresse de combate” uma reconstrução genealógica do termo “estresse de combate”, suas diversas nomenclaturas históricas, bem como os principais agravos psíquicos a que está exposto o militar, quando em combate, situação em que se faz necessário reconhecer o diagnóstico deste transtorno mental, assim como o seu tratamento imediato.

O capítulo “Psiquiatria militar” revelou que, embora pouco conhecida no meio militar nacional, a Psiquiatria Militar é uma sub especialidade psiquiátrica com uma história tão antiga quanto a própria especialidade a que ela pertence, sendo que a criação da Seção de

Psiquiatria Militar pela Associação Psiquiátrica Mundial (WPA), em 2011, demonstrou que a Psiquiatria Militar não é um assunto que atualmente interessa apenas aos militares, mas à sociedade como um todo.

O capítulo “O Núcleo de Psiquiatria Militar” apresentou como resposta ao problema apresentado a proposta de ativação de um Núcleo de Psiquiatria Militar, especificando as suas atividades, a sua composição e estrutura, o seu modo de funcionamento e o seu campo de abrangência. Ao considerar as múltiplas demandas psíquicas, os riscos e a necessidade de suporte especializado imediato para o militar da ativa em situação de combate, adestramento ou desastre, o Núcleo de Psiquiatria Militar (NPMil) pode ser um serviço especializado na área de Psiquiatria Militar, no âmbito do Sistema de Saúde da Marinha, com a finalidade de prestar pronto atendimento psiquiátrico aos militares da ativa da Marinha do Brasil

Conclui-se que todo o aparelhamento físico, tecnológico e estratégico do militar pode ficar seriamente comprometido se a ele não for disponibilizado um serviço que preste a salvaguarda imediata de sua saúde mental e este serviço, no entender do presente trabalho, pode ser o Núcleo de Psiquiatria Militar (NPMil), presentemente proposto.

## REFERÊNCIAS

ANGLEMYER, Andrew. *et al.* Suicide Rates and Methods. In: Active Duty Military Personnel, 2005 to 2011 A Cohort Study. *Annals of Internal Medicine*, v. 165 n. 3, 2 August 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/06298931/Downloads/AIME201608020-M152785.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2018.

ARBEX Daniela *in* Ditadura e saúde mental. Comissão da Verdade do Estado de São Paulo. Relatório - Tomo I - Parte II - *Ditadura e Saúde Mental*. São Paulo, 2014. Disponível em: <[http://comissaodaverdade.al.sp.gov.br/relatorio/tomo-i/downloads/I\\_Tomo\\_Parte\\_2\\_Ditadura-e-saude-mental.pdf](http://comissaodaverdade.al.sp.gov.br/relatorio/tomo-i/downloads/I_Tomo_Parte_2_Ditadura-e-saude-mental.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2018.

BENEDEK, David; HAMAOKA, Derrick; WEST, James C. *Combat and operational stress reaction*. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/combat-and-operational-stress-reaction>>. Acesso em 08 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Defesa. *Efetivo das forças armadas*. Disponível em: <<http://www.defesa.gov.br/servico-de-informacoes-ao-cidadao/111-lei-de-acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/remuneracao-dos-militares-das-forcas-armadas-no-brasil-e-no-exterior/8637-efetivos>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

BRUSHER, Edward. Combat and operational stress control. In RITCHIE, Elspeth. *Combat and operational behavioral Health*. Virginia: *Office of The Surgeon General at TMM Publications*, 2011. Disponível em: <[http://aumf.net/wp-content/uploads/2016/07/Combat\\_and\\_Operational\\_Behavioral\\_Health.pdf](http://aumf.net/wp-content/uploads/2016/07/Combat_and_Operational_Behavioral_Health.pdf)>. Acesso em: 09 maio 2018.

CAMPISE, Rick L.; GELLER, Schyler K.; CAMPISE, Mary. Estresse de combate. In: KENNEDY, Carrie H.; ZILLMER, Eric A. *Psicologia militar*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 2009.

CESUR, Resul; SABIA, Joseph J.; TEKIN, Erdal. *The psychological costs of war: military combat and mental health*. In: IZA DP No. 5615. Disponível em: <<http://ftp.iza.org/dp5615.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2018.

CID 10. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças*: descrições e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

COMBAT Stress Control (CSC) Programs. Department of Defense. *Directive. Number 6490.5*. February 23, 1999. Disponível em: <[https://biotech.law.lsu.edu/blaw/dodd/corres/pdf/d64905\\_022399/d64905p.pdf](https://biotech.law.lsu.edu/blaw/dodd/corres/pdf/d64905_022399/d64905p.pdf)>. Acesso em: 19 mar. 2018.

COSTA. Gley Pacheco. *Guerra e morte*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

DEAHL, Martin; SIDDIQUEE, Rehan. What civilian psychiatrists should know about military psychiatry. *Advances in psychiatric treatment* (2013), v. 19, p. 268–275 doi: 10.1192/apt.bp.107.004689. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/what-civilian-psychiatrists-should-know-about-military-psychiatry/54B4B51B502B1D1F7EBADF05765E1012>>. Acesso em: 08 maio 2018.

DE CASTRO, Luis Fernando Abejaro. *Historia Dela Psiquiatria Militar Espanola (1800-1970)*. Universidad Complutense De Madrid. Facultad de Medicina. Departamento De Psiquiatria Y Psicologia Médica. Tesis Doctoral. Disponível em: <<https://core.ac.uk/download/pdf/19707317.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2018.

DE OLIVEIRA, Dennison. Poder militar e identidade de grupo na Segunda Guerra Mundial: a experiência histórica da Psiquiatria Militar Brasileira. *História: Questões & Debates*, Curitiba, n. 35, p. 117-154, 2001. Editora da UFPR. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/historia/article/view/2677>>. Acesso em 09 ago. 2018.

DEPLOYMENT HEALTH CLINICAL CENTER. *Mental Health Disorder Prevalence among Active Duty Service Members in the Military Health System*. Fiscal Years 2005–2016. Disponível em: <[www.pdhealth.mil/.../mental-health-disorder-prevalence-among-a](http://www.pdhealth.mil/.../mental-health-disorder-prevalence-among-a)>. Acesso em: 14 jun. 2018;

DIEBOLD, Carroll J. *et al.* Military psychiatry graduate medical educations. *Combat and Operational Behavioral Health*. Disponível em: <<http://aumf.net/wp-content/uploads/2015/11/CBM-ch42-final.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2018.

DORAN, Anthony P. *et al.* *Dealing with Combat and Operational Stress*, 2004. Disponível em: <<http://www.marineparents.com/usmc/downloads/dealingwithcombatandoperationalstress.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2018.

FRANÇA, Júnia Lessa; VASCONCELLOS, Ana Cristina de. *Manual para normatização de publicações técnico-científicas*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

GAVINO, Marzone Affonso Rêgo. Procedimentos de liderança focados na redução dos efeitos negativos do estresse em combate: um estudo para discussão de uma futura doutrina brasileira. *Âncora e Fuzis. Corpo de Fuzileiros Navais*, ano XIX, n. 48. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br/cgcfm/sites/www.marinha.mil.br/cgcfm/files/ancorasefuzis48.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2018.

GINNARI ANTICH, Guillermo; PÉREZ GINNARI, Armando. Psiquiatria militar: ¿una subespecialidad? / Military psychiatry: an underspecialty? *Arch. venez. psiquiatr. neurol*; 47(97):28-30, jul.-dic. 2001. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=353870&indexSearch=ID>>. Acesso em: 09 maio 2018.

GÓRGIAS. *Fragmentos y testimonios*, Buenos Aires: Aguilar, 1980, p. 85-92. Tradução de Eloísa Cerdán del Lama e Antônio Suárez Abreu. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAgVDYAB/elogio-a-helena#>>. Acesso em: 08 maio 2018.

GREENBERG, Nei *et al.* Mental Healthcare in the United Kingdom Armed Forces. In: RITCHIE, Elspeth. *Combat and operational behavioral health*. Virginia: Office of The Surgeon General at TMM Publications, 2011. Disponível em: <<http://aumf.net/wp-content/uploads/2015/11/CBM-ch41-final.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2018.

IOM (Institute of Medicine). 2010. *Gulf War and Health, Volume 8: Update of Health Effects of Serving in the Gulf War*. Washington, DC: The National Academies Press. Disponível em: <<https://www.nap.edu/read/12835/chapter/1#ii>>. Acesso em: 08 maio 2018.

JONES, F. D. (1995). Psychiatric lessons of war. In: F. D. Jones, L. R. Sparacino, V. L. Wilcox, J. M. Rothberg, & J.W. Stokes (Eds.). *Textbook of military medicine: War psychiatry*. Office of the Surgeon General, U. S. Army. Borden Institute: Washington, D.C., p. 1-34. Disponível em: <<https://fas.org/irp/doddir/milmed/warpsychiatry.pdf>> Acesso em: 08 maio 2018.

KELLETT, Anthony. *Motivação para o combate*. Rio de Janeiro: Bibliex, 1987.

KENNEDY, Carrie H.; ZILLMER, Eric A.. *Psicologia militar: aplicações clínicas e operacionais*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 2009.

KULKA, Richard *et. cols.* Contractual Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study: Volume I: Executive Summary, Description of Findings, and Technical Appendices. *National Vietnam Veterans Readjustment Study*. Research Triangle

Institute. San Francisco, CA, 1988. Disponível em: <[https://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/nvvr\\_vol1.pdf](https://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/nvvr_vol1.pdf)>. Acesso em: 08 maio 2018.

LIDER, Julian. *Da natureza da guerra*. Rio de Janeiro: Bibliex, 1987.

MANNING, Frederick J. *Morale and cohesion*. Military Psychiatry: Preparing in Peace for War. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/5fe8/3dd88fc31763bb56dd148b31743a70864294.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2018.

MARI, Jair de Jesus; JORGE, Miguel Roberto; KOHM, Robert. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: DE MELLO, Marcelo Feijó; DE MELLO, Andrea de Abreu Feijó; KOHN, Robert. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MARLOWE, David. H. *Psychological and psychosocial consequences of combat and deployment: with special emphasis oh the Gulf War*. National Defense Research Institute. Arlington, VA: RAND, 2001. Disponível em: <[www.dtic.mil/get-tr-doc/pdf?AD=ada387197](http://www.dtic.mil/get-tr-doc/pdf?AD=ada387197)>. Acesso em: 08 maio 2018.

MARTINS, Lilian Cristina Xavier; KUHN, Leandro. Prevalência de transtornos mentais comuns em jovens brasileiros recém-incorporados ao Serviço Militar Obrigatório e fatores associados. *SciELO Saúde Pública*. 2012. Disponível em: <[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v18n6/31.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n6/31.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2018.

MATECZUM, John. U.S. Naval combat psychiatry. In: JONES, Franklin D. *et. cols. War Psychiatry*, 1995. Disponível em: <<https://fas.org/irp/doddir/milmed/warpsychiatry.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018;

MCCAUGHEY, Brian G. *U.S. Navy Special Psychiatric Rapid Intervention Team (SPRINT)*. Naval Health Research Center San Diego CA, 1985 Disponível em: <<http://www.dtic.mil/docs/citations/ADA163116>>. Acesso em: 30 maio 2018.

MENDES, Dalva Maria Carvalho. *O estresse e os militares em missão de paz: a política de suporte social e psicofísico aos militares brasileiros*. Rio de Janeiro: ESG, 2013. Disponível em: <[www.esg.br/images/Monografias/2013/MENDESD.pdf](http://www.esg.br/images/Monografias/2013/MENDESD.pdf)>. Acesso em: 14 maio 2018.

MILLEGAN, Jeffrey. *SPRINT. Special Psychiatric Rapid Intervention Team*. Navy Medicine. s/d. Disponível em: <[www.public.navy.mil/.../SPRINT\\_Millegan\\_For\\_Leadership.pptx](http://www.public.navy.mil/.../SPRINT_Millegan_For_Leadership.pptx)>.

Acesso em: 30 maio 2018.

MILLEGAN, Jeffrey M. C.; DELANEY, Eileen M.; KLAM, Warren. Responding to Trauma at Sea: A Case Study in Psychological First Aid, Unique Occupational Stressors, and Resiliency Self-Care. *Military Medicine*, v. 181, Issue 11-12, 1 November 2016, p. 1692–1695. Disponível em: <<https://academic.oup.com/milmed/article/181/11-12/e1692/4158584>>. Acesso em: 30 maio 2018.

MIRANDA-SÁ JR, Luiz Salvador de. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. *Rev Psiquiatr. RS.* 2007;29(2):156-158. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a05.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2018.

MOIR, Matt. Desertion and Shell Shock. *Espirit de corps: canadian military magazine*. Disponível em: <<http://espritdecorps.ca/moir/2015/4/22/desertion-and-shell-shock>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MOORE, Bret A; REGER, Greg. *Historical and Contemporary Perspectives of Combat Stress and the Army Combat Stress Control Team*. Disponível em: <<https://www.stress.org/wp-content/uploads/2011/08/Historical-and-ContemporaryPerspectives-of-CSC.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2018.

NEVES, Eduardo Borba; MELLO, Márcia Gomide da Silva. O risco da profissão militar na cidade do Rio de Janeiro em "tempo de paz": a percepção da tropa. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.14, n.5, Nov./Dec. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000500011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500011)>. Acesso em: 14 ago. 2018.

PERNAMBUCANO, Ulysses. A ação social do psiquiatra. In PICCININI, Walmor J. Ulysses Pernambucano e a psiquiatria social. *Psychiatry on line Brasil*, v.17, n. 3, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano12/wal0312.php>>. Acesso em: 09 maio 2018.

PIU, Marcelo. *Violência no Rio de Janeiro*. Agência O Globo/VEJA, 2016. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/galeria-fotos/violencia-no-rio-de-janeiro/>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

PLATNICK. Rifleman of 22nd Marine RCT Boards USS Middleton (APA-25) After Battle of Engebi. *The World War II Multimedia Database*, 2007. Disponível em: <<http://worldwar2database.com/gallery/wwii1674>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

POOK, A *et. al.* A career in military psychiatry. JR *Journal of the Royal Army Medical Corps*. 154(2) 2008: 119-122. Disponível em:

<<https://pdfs.semanticscholar.org/266b/6a79107af73f5b6a88b577612ae68a72aad5.pdf>>.  
Acesso em: 28 maio 2018.

RAJU MSVK. Looking back and ahead: some perspectives of military psychiatry. *AP J Psychol Med* 2013; 14(2):85-94. Disponível em: <<http://medind.nic.in/aag/t13/i2/aagt13i2p85.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2018.

RETIEF, Francois; CILLIERS, Louise. The army of Alexander the great and combat stress syndrome (326 bc). *Acta Theologica Supplementum* 7, 20015. Disponível em: <<http://journals.ufs.ac.za/index.php/at/article/view/2075>>. Acesso em: 31/07/2018).

RUIC, G. As maiores potências militares do mundo em 2017. *Exame*. Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/mundo/as-maiores-potencias-militares-do-mundo-em-2017/>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

RUSSEL, Mark C.; FIGLEY, Charles R. Figley; ROBERTSON, Kirsten. Investigating the Psychiatric Lessons of War and Pattern of Preventable Wartime Behavioral Health Crises. *Journal of Psychology and Behavioral Science*, v. 3, n.1, p. 1-12, jun. 2015. Disponível em: <[http://jpbsnet.com/journals/jpbs/Vol\\_3\\_No\\_1\\_June\\_2015/1.pdf](http://jpbsnet.com/journals/jpbs/Vol_3_No_1_June_2015/1.pdf)>. Acesso em: 09 maio 2018.

SCARTON, Suzy. Emprego das Forças Armadas em ações que as desviam de suas funções é um grande risco. Defesanet, 17 de Janeiro, 2018, Disponível em: <<http://www.defesanet.com.br/mout/noticia/28186/Emprego-das-Forcas-Armadas-em-aco-es-que-as-desviam-de-suas-funcoes-e-um-grande-risco/>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

SMITH, Arthur M.. Fear, Courage, and Cohesion. Proceedings Magazine-November 1994. Vol 120/11/1/1,101. U.S. Naval Institute. Disponível em: <<https://www.usni.org/magazines/proceedings/1994-11/fear-courage-and-cohesion>>. Acesso em: 01 maio 2018.

TIERNEY, Chris. Do you remember when the USS John F. Kennedy came to Boston?, The Lowell Sun. Disponível em: <[http://www.lowellsun.com/lifestyles/ci\\_31108668/do-you-remember-when-uss-john-f-kennedy](http://www.lowellsun.com/lifestyles/ci_31108668/do-you-remember-when-uss-john-f-kennedy)>. Acesso em: 14 ago. 2018.

USA, Department of Defense. *Directive DoD 6490.5*. February 23, 1999. Disponível em: <[https://biotech.law.lsu.edu/blaw/dodd/corres/pdf/d64905\\_022399/d64905p.pdf](https://biotech.law.lsu.edu/blaw/dodd/corres/pdf/d64905_022399/d64905p.pdf)>. Acesso em: 26 mar. 2018.

USTINOVA, Yulia; CARDEÑA, Etzel. Combat Stress Disorders and Their Treatment in Ancient Greece. American Psychological Association *Psychological Trauma: Theory,*

*Research, Practice, and Policy*, v. 6, n. 6, p. 739–748. 2014. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/269035855\\_Combat\\_Stress\\_Disorders\\_and\\_Their\\_Treatment\\_in\\_Ancient\\_Greece](https://www.researchgate.net/publication/269035855_Combat_Stress_Disorders_and_Their_Treatment_in_Ancient_Greece)>. Acesso em: 08 maio 2018.

VON FREITAG-LORIMCHOVEN, Hugo. *O poder da personalidade na guerra*. Rio de Janeiro: Bibliex, 1986.

WARNER, Christopher *et al.* The division psychiatrist and brigade behavioral health officers. In RITCHIE, Elspeth. *Combat and operational behavioral health*. Virginia: Office of The Surgeon General at TMM Publications, 2011. Disponível em: <[http://aumf.net/wp-content/uploads/2016/07/Combat\\_and\\_Operational\\_Behavioral\\_Health.pdf](http://aumf.net/wp-content/uploads/2016/07/Combat_and_Operational_Behavioral_Health.pdf)>. Acesso em: 09 maio 2018.