

ESCOLA DE GUERRA NAVAL
CURSO DE POLÍTICA E ESTRATÉGIA MARÍTIMAS

CMG (Md) LUIZ FERNANDO ALVES DE SOUZA FREIRE

ESTRESSE EM COMBATE: UMA ANÁLISE DE CASOS DA MB
A AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA PERICIAL NA SELEÇÃO DO MILITAR NA
MISSÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ESTABILIZAÇÃO DO
HAITI (MINUSTAH)

RIO DE JANEIRO

2020

CMG (Md) LUIZ FERNANDO ALVES DE SOUZA FREIRE

ESTRESSE EM COMBATE: UMA ANÁLISE DE CASOS DA MB
A AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA PERICIAL NA SELEÇÃO DO MILITAR NA
MISSÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ESTABILIZAÇÃO DO
HAITI (MINUSTAH)

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

Orientador: CMG (RM1-FN) Fábio
Montenegro Delmas

RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE GUERRA NAVAL

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, por ter me concedido saúde e iluminação nos momentos que mais necessitei. A minha esposa Raquel pelo carinho e apoio que sempre me dispensou. Ao meu Orientador, o CMG(RM1-FN) Fabio Montenegro Delmas, pela paciência e suporte fornecido por ocasião da elaboração do projeto e da tese.

Ao CMG(RM1-FN) Fernando Azeredo Aguiar, Oficial Assessor de Apoio às Operações de Paz (ComFFE), CF(T) Carlos Eduardo Perez (CMOpM) e aos amigos da área da saúde: CMG(Md) Almir Marcelo Camelo Figueira dos Santos, Diretor da Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), CMG(Md) Carlos André de Roure e Neder, Diretor do Centro de Medicina Operativa da Marinha (CMOpM), CMG(Md) Rita de Cássia Machado Passos, Vice-Diretora do Centro de Perícias Médicas da Marinha (CPMM), CMG(S) Andreia Duarte Rocha, Vice-Diretora da UISM, CF(Md) Leonhard Christian Rossetti Obrecht, Chefe do Departamento de Saúde da UISM e CF(Md) João Francese Neto e CF(Md) Carlos Gustavo Favre Drumond, respectivamente Diretor e Vice-Diretor da Unidade Médica Expedicionária da Marinha (UMEM) pela colaboração inestimável com as informações que me ajudaram a compor este trabalho.

Por fim, não poderia deixar de agradecer aos meu pais (in memorian), Fernando Alves de Souza Freire e Rosita de Souza Freire, pelos ensinamentos, carinho e por todo incentivo que sempre me deram.

RESUMO

Os transtornos psiquiátricos relacionados à estresse têm apresentado um crescimento significativo de pesquisas e estudos ao longo do tempo. No campo militar, esse fato também assume lugar de destaque, tendo em vista a necessidade de melhor preparação do combatente para enfrentar um ambiente adverso. A exposição de um militar sem o preparo adequado pode gerar patologias psiquiátricas como por exemplo, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, com consequências danosas não só para o próprio indivíduo, mas também para a sua família e a sua corporação. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho consiste em propor uma revisão da metodologia da avaliação psiquiátrica na Marinha do Brasil, que possibilite a seleção do militar com melhor perfil de adaptação em ambiente adverso. A metodologia adotada foi a pesquisa bibliográfica e de campo, utilizando a experiência da Missão das Nações Unidas para Estabilização do Haiti, no tocante a detecção de confirmação diagnóstica do desenvolvimento de patologia relacionada ao estresse.

Palavras chave: Estresse em combate, Avaliação Psiquiátrica Pericial, Seleção de militar, MINUSTAH.

ABSTRACT

Stress-related psychiatric disorders have shown significant growth in research and studies over time. In the military field, this fact also takes a prominent place, in view of the need for better preparation of the combatant to face an adverse environment. The exposure of a military man without the proper preparation can generate psychiatric pathologies such as for example, Post Traumatic Stress Disorder, with harmful consequences not only for the individual himself, but also for his family and his corporation. In this context, the objective of this work is to propose a review of the psychiatric assessment methodology in the Brazilian Navy, which allows the selection of the military with the best adaptation profile in an adverse environment. The methodology adopted was bibliographic and field research, using the experience of the United Nations Mission for the Stabilization of Hati, regarding the detection of diagnostic confirmation of the development of pathology related to stress.

Key words: Combat stress, Expert Psychiatric Assessment, Military selection, MINUSTAH

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo Transacional de Lazarus	53
Figura 2 – Locus ceruleus e vias noradrenérgicas	54
Figura 3 – Circuito endócrino Adeno-hipofisário-adrenal	54
Figura 4 – Simulador de treinamento em Vila Iraquiana.....	55
Figura 5 – Uso da realidade virtual e monitoramento das respostas do combatente.....	55
Figura 6 – Estimulação adaptativa da realidade virtual orientada à fisiologia.....	56
Figura 7 – Teoria da Autodeterminação.....	56
Quadro 1– Critérios diagnósticos para enquadramento no Transtorno de Estresse Agudo de acordo com o DSM-V.....	57
Quadro 2– Critérios diagnósticos para enquadramento no Transtorno de Estresse Pós-Traumático de acordo com o DSM-V.....	59
Quadro 3 – Ficha Médica Padronizada.....	62
Quadro 4 – PTSD Checklist – Military Version (PCL-M).....	66
Quadro 5 – Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS).....	69
Quadro 6 – Inventário de Estressores de Força Militar de Paz (IEFMP).....	70
Quadro 7 – Exames complementares mínimos para IS Missão no Exterior com duração acima de três meses.....	76
Quadro 8 – Questionário de avaliação de Oficiais Médicos Psiquiatras.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH -	Adrenocorticotropic hormone
AMP -	Agente Médico Pericial
APA -	American Psychiatric Association
BONO -	Boletim de Ordens e Notícias
CID -	Classificação Internacional de Doenças
CGCFN -	Comando Geral do Corpo de Fuzileiros Navais
CM -	Comandante da Marinha
CMOpM -	Centro de Medicina Operativa da Marinha
ComFFE -	Comando da Força de Fuzileiros da Esquadra
CON -	Comando de Operações Navais
CPMM -	Centro de Perícias Médicas da Marinha
CRF -	Corticotropin-releasing hormone
DGPM -	Diretoria Geral do Pessoal da Marinha
DPKO -	Department of Peacekeeping Operations
DSM -	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EB -	Exército Brasileiro
EMA -	Estado-Maior da Armada
GABA -	Gamma-Amino-Butyric Acid
GLO -	Garantia da Lei e da Ordem
IEFMP -	Inventário de Estressores de Força Militar de Paz
IS -	Inpeção de Saúde
JRS -	Junta Regular de Saúde
JSAE -	Junta Superior de Atividades Especiais
JSS -	Junta Superior de Saúde
MD -	Ministério da Defesa

MB -	Marinha do Brasil
MINUSTAH -	Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haiti
NDCC -	Navio de Desembarque de Carros de Combate
N-SAIPM -	Núcleo do Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha
OM -	Organização Militar
OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
OSCAR -	Operational Stress Control and Readiness Program
OTAN -	Organização do Tratado do Atlântico Norte
PANAS -	Positive Affect and Negative Affect Schedule
PCL -	Pos Traumatic Stress Disorder Checklist
PCL-M -	Pos Traumatic Stress Disorder Checklist-Military Version
PNH -	Polícia Nacional do Haiti
SGA -	Síndrome Geral de Adaptação
SINAIS -	Sistema Informatizado Naval de Inspeção de Saúde
SSPM -	Serviço de Seleção do Pessoal da Marinha
TAF -	Teste de Aptidão Física
TEPT -	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UMEM -	Unidade Médica Expedicionária da Marinha
UNPOL -	United Nations Police
UNIFIL -	United Nations Interim Force in Lebanon

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	9
2.MISSÃO DE MANUTENÇÃO DA PAZ DAS NAÇÕES UNIDAS	13
2.1 Histórico.....	13
2.2 Missão de Paz para Estabilização do Haiti - (MINUSTAH).....	15
3. O ESTRESSE	20
3.1 Conceito de Estresse.....	20
3.2 Fisiopatologia do Estresse.	22
3.3. Estresse em combate	24
3.4. Morbidades relacionadas ao Estresse na situação de combate	26
3.5. Revisão estatística dos casos relacionados a estresse, diagnosticados durante e após a MINUSTAH	31
4.AVALIAÇÃO PSQUIÁTRICA NO PROCESSO SELETIVO DE MILITARES DA MB PARA A MISSÃO DE PAZ	33
4.1. Etapas do processo seletivo	33
4.2. Inspeção de Saúde	35
4.3. Avaliação Psiquiátrica Pericial	37
5. INFLUÊNCIA DA AVALIAÇÃO PSQUIÁTRICA PARA SELEÇÃO MAIS EFICAZ	43
6. CONCLUSÃO	47
7. REFERÊNCIAS	51
8. ANEXOS	54

1. INTRODUÇÃO

O estresse representa um conjunto de sintomas, desencadeados em resposta aos mais variados estímulos, sendo mais intrincado na medida em que as funções cognitivas também são mais complexas. Evoluiu o ser humano, a sociedade, a ciência, a tecnologia, sem resultar necessariamente, num entendimento ou ausência de disputa de interesses ou geração de conflitos.

Fatores como a predisposição genética (envolvendo o grau de susceptibilidade na resposta fisiológica ao estresse), condição biológica (estímulo de neurotransmissores e regulação hormonal), além do fator ambiental (cenário adverso), são os determinantes para a reação ao estresse que pode ocorrer de forma cíclica (com início e fim) ou de forma prolongada, podendo gerar adaptação e resiliência ou sofrimento e adoecimento.

Na sociedade, algumas atividades laborais podem resultar no desenvolvimento de cenários mais favoráveis em relação ao surgimento de estresse, como, por exemplo, o motorista profissional, sujeito de forma contínua às condições caóticas de trânsito com engarrafamentos e longa espera para chegar ao local pretendido.

Em tal contexto, a profissão militar envolve a necessidade de uma preparação não só física, mas também psicológica para enfrentar condições adversas de um cenário de conflito, com o intuito de criar a resiliência e se adaptar a esse cenário. Nesse caso os adestramentos são fundamentais para simular as situações possíveis que poderão fazer parte do ambiente, observar as respostas do combatente e de alguma maneira atuar de forma preventiva, evitando o desenvolvimento de transtornos à saúde mental, em especial aos transtornos relacionados a estresse, ainda na fase pré-missão.

Assim como a avaliação periódica de saúde nos fornece uma visão longitudinal da evolução da higidez do militar para a atuação do combatente em missões que envolvam cenário de conflito, deve ser dada uma importância maior nessa avaliação pericial, considerando não só os aspectos físicos, mas também os psíquicos. Ainda que o militar se prepare arduamente em sua atividade profissional, o ambiente de conflito poderá gerar respostas instintivas de garantia da sua sobrevivência e dos companheiros designados para aquela tarefa, situação bem diferente de um treinamento ou uma simulação, onde existe um monitoramento.

Nesse aspecto, ainda que possa existir um voluntariado para processo seletivo numa missão de manutenção da paz, por exemplo, a Inspeção de Saúde¹ (IS) tem sua relevância nas etapas desse processo e deve ter um rigor para apresentar o militar em melhores condições de higiene, capaz de participar do restante do processo seletivo, e caso escolhido, desempenhar a missão com êxito.

Apesar desse rigor na avaliação de saúde, não há como evitar completamente a possibilidade de o combatente vir a desenvolver algum tipo de sintoma ou até mesmo uma patologia decorrente de alguma mudança daquele status inicial (pré-missão). O objetivo da avaliação de saúde é mitigar esse risco de desenvolvimento de alguma patologia, durante a missão, que inviabilize, ainda que de forma temporária, sua atividade laboral.

Na história dos conflitos, fica patente que o preparo do ponto de vista psíquico tem importância fundamental, para adaptação do combatente ao cenário adverso e na prevenção quanto ao desenvolvimento de patologias, relacionadas a eventos emocionalmente impactantes, como no caso do Transtorno de Estresse Pós-Traumático² (TEPT).

A partir dessa tipificação encontra-se o problema desta pesquisa, ou seja, seria possível selecionar o militar com o melhor perfil adaptativo, de forma a contribuir com a prevenção do desenvolvimento de transtornos associados a estresse de origem traumática em missão de manutenção da paz, por meio de uma avaliação psiquiátrica pericial mais minuciosa, com a adoção de instrumentos que possam consubstanciar o exame clínico ainda no processo seletivo dos militares?

Com a experiência adquirida na Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti (MINUSTAH³), poderemos observar se houve impacto na evolução de transtornos de estresse, que tenham gerado incapacidade do militar da Marinha do Brasil (MB) para o cumprimento da missão (ainda que temporariamente) e com esse aprendizado, projetar uma melhoria no processo de avaliação do candidato a participar da missão de paz. Dessa forma, o objetivo geral deste trabalho é propor uma revisão da metodologia da avaliação psiquiátrica que possibilite selecionar o militar com melhor perfil de

¹ É a perícia médica oficial por médico Perito Isolado ou Junta de saúde em qualquer pessoa indicada por autoridade competente, com a finalidade de verificar, em determinada ocasião, seu estado de sanidade psicofísica (BRASIL, 2018).

² É uma doença psíquica enquadrada na classificação dos transtornos de ansiedade, que se manifesta em decorrência de uma ocorrência violenta ou situação traumática.

³ Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haiti

adaptação em ambiente adverso, visando a prevenção ao desenvolvimento das doenças psiquiátricas relacionadas ao estresse, de origem traumática.

Para o desenvolvimento do trabalho, esta tese foi dividida em seis capítulos. Após esta introdução, o segundo capítulo destina-se por meio de revisão da literatura, apresentar um histórico das missões de paz das Nações Unidas e suas características com destaque a MINUSTAH. O terceiro capítulo tecerá considerações conceituais sobre o estresse, sua fisiopatologia, seu desenvolvimento na situação de combate, a descrição das patologias psiquiátricas relacionadas ao estresse com viés traumático, finalizando com a análise da amostragem selecionada na MINUSTAH, dentro de um estudo estatístico de morbidade efetivamente registrada, durante e após a referida missão. O quarto capítulo descreve as etapas do processo seletivo, de acordo com as instruções normativas, com especial atenção a IS e o detalhamento no seu processamento. O quinto capítulo faz a análise da relevância da avaliação psiquiátrica pericial dentro do processo da IS estabelecendo uma correlação entre esse procedimento com a necessidade de uma avaliação psiquiátrica pericial criteriosa com adoção de ferramentas que possam auxiliar no resultado final do exame. O sexto capítulo traz a conclusão, fazendo a correlação entre os transtornos psiquiátricos relacionados ao estresse identificados na amostragem pesquisada, com a importância da avaliação psiquiátrica pericial, tecendo sugestões para aprimoramento do processo, como forma de prevenção de doença relacionada a estresse, de origem traumática, além de estimular o aprofundamento no estudo de casos semelhantes em outras missões de paz que a MB venha a participar.

Para estabelecer a sequência metodológica desse trabalho, será realizada uma pesquisa em registros de assistência médica disponíveis e ocorridas durante a MINUSTAH, a partir da seleção de amostragem de contingentes com busca do registro de suas IS realizadas, visando verificar possível desenvolvimento de morbidades relacionadas ao estresse dentro de critérios diagnósticos pre-estabelecidos (em especial o TEPT). Será realizada também uma pesquisa junto aos Oficiais Médicos da Especialidade de Psiquiatria, com o objetivo de verificar a percepção quanto a importância da avaliação psiquiátrica pericial, no momento em que ocorre a seleção.

2. MISSÃO DE MANUTENÇÃO DA PAZ DAS NAÇÕES UNIDAS

Nesse capítulo será descrito o histórico e a estrutura da Organização das Nações Unidas (ONU) e como ela passou a gerenciar as operações de manutenção da paz. Será ainda estudada a MINUSTAH, com a descrição do histórico do Estado anfitrião, com a sua trajetória dentro de um contexto político até a solicitação do apoio da ONU para garantir uma estabilidade social e na segurança pública, que possibilitasse uma transição de governo sem conflitos internos, com o destaque para participação das Forças Armadas Brasileiras no Comando dessa missão.

2.1 HISTÓRICO

A Organização das Nações Unidas (ONU) passou a existir oficialmente em 24 de outubro de 1945. O documento que possibilitou sua criação foi a Carta das Nações Unidas, assinada em 26 de junho de 1945 na Conferência Internacional das Nações Unidas em São Francisco.

O Brasil, aproveitando o contido na referida Carta, emitiu conforme o artigo 1 do Decreto nº 19.841, de 22 de outubro de 1945, da Subchefia de Assuntos Jurídicos, da Casa Civil da Presidência da República, a promulgação daquele documento, em que há o registro dos propósitos das Nações Unidas:

1. Manter a paz e a segurança internacionais e, para esse fim: tomar, coletivamente, medidas efetivas para evitar ameaças à paz e reprimir os atos de agressão ou outra qualquer ruptura da paz e chegar, por meios pacíficos e de conformidade com os princípios da justiça e do direito internacional, a um ajuste ou solução das controvérsias ou situações que possam levar a uma perturbação da paz;
2. Desenvolver relações amistosas entre as nações, baseadas no respeito ao princípio de igualdade de direitos e de autodeterminação dos povos, e tomar outras medidas apropriadas ao fortalecimento da paz universal;
3. Conseguir uma cooperação internacional para resolver os problemas internacionais de caráter econômico, social, cultural ou humanitário, e para promover e estimular o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião; e
4. Ser um centro destinado a harmonizar a ação das nações para a consecução desses objetivos comuns (BRASIL, 1945).

Quanto a sua estrutura organizacional, a ONU conta com a Assembléia Geral, o Conselho de Segurança, o Secretariado, o Conselho Econômico e Social e o Tribunal Internacional de Justiça. Havia ainda o Conselho de Administração Fiduciária (Conselho de Tutela), extinto em 1994, após a independência de Palau, que estava sob a tutela da ONU (FASULO, 2004).

A Assembléia Geral é constituída pelos Estados-membros. O Conselho de Segurança é composto por quinze Estados-membros, sendo cinco permanentes - Estados Unidos, Rússia, França, Reino Unido e China (com poder de veto as resoluções do Conselho) e dez temporários (OSORIO, 2013)

O Secretariado é chefiado pelo secretário-geral, com auxílio de uma equipe de funcionários internacionais. Realiza tarefas como dirigir o Conselho de Segurança, a Assembleia Geral, o Conselho Econômico e Social e outros organismos da ONU (OSORIO, 2013).

O Conselho Econômico e Social possui cinquenta e quatro membros e assessora a Assembleia Geral nos assuntos relativos à cooperação econômica e social e desenvolvimento internacional (OSORIO, L., 2013). Já o Tribunal Internacional de Justiça tem como propósito arbitrar questões entre Estados litigantes (OSORIO, 2013).

Dentro das atribuições de manter a paz e a segurança internacional, as missões da ONU começaram em 1948, com um contingente de cento e vinte homens desarmados, que acompanharam um cenário conflituoso e instável em disputa territorial entre árabes e israelenses. Naquela ocasião foi criada a Organização de Supervisão de Trégua das Nações Unidas⁴ que se configurou como a origem do primeiro órgão de manutenção da paz mundial (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2016).

Durante o período da polarização entre as duas superpotências (Estados Unidos e União Soviética), impasses ocorriam para que uma missão de paz fosse efetivamente autorizada, em função do direito de veto como Estados-Membros permanentes (MENDES, 2011). A demonstração de força entre as superpotências, por meio do poder de veto, influenciava diretamente na capacidade decisória do Conselho de Segurança das Nações Unidas, que só recuperou sua importância nessa autonomia, após a queda do muro de Berlim e o desmantelamento da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) (FAGANELLO, 2013).

Com o fim da Guerra Fria, a ONU passou a ser mais mobilizada para a tarefa de manutenção da paz e, em 1992, foi criado dentro da estrutura do Secretariado, o Departamento de Operações de Forças de Paz⁵, para o gerenciamento do planejamento de novas missões, em função de sua diversidade e complexidade (SOUZA, W., 2007).

Para deliberação da ONU, no envio de tropas para missão de manutenção da paz, devem ser cumpridas algumas exigências (marcos regulatórios). Havendo alguma

⁴ United Nations Truce Supervision Organization (UNTSO)

⁵ Department of Peacekeeping Operations (DPKO)

situação de conflito ou ameaça à paz, o Conselho de Segurança, por meio de uma resolução, assessora o Secretariado e inicia o planejamento de uma missão de paz, com o seu mandato. Nesse mandato deverá ser registrado aspectos da operação de manutenção da paz, com suas características, objetivos, atribuições, estabelecimento de divisão de tarefas da ONU e representantes de entidades locais, além do tempo de duração da missão (FAGANELLO, 2013).

Alex Bellamy e Paul Williams foram responsáveis pela criação de uma expressão denominada Trindade sagrada⁶, que traduz os princípios basilares de uma operação de manutenção da paz: o consentimento, a imparcialidade e o uso mínimo da força (FAGANELLO, 2013).

O consentimento representa a concordância entre os litigantes no estabelecimento da missão de paz em seu território. A imparcialidade é fundamental para conservar o consentimento e a cooperação entre as partes litigantes, mantendo a isenção na posição dos mantenedores da paz, porém sem o significado de neutralidade. O mínimo uso da força para defesa própria, sendo autorizada pelo Conselho de Segurança em nível tático também para garantia da defesa da população civil local ou do pessoal responsável pela missão (FAGANELLO, 2013).

2.2 MISSÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ESTABILIZAÇÃO NO HAITI⁷

O Haiti é um país localizado no Caribe, que foi colônia francesa até 1804, quando se tornou independente. A França impôs sanções ao governo Haitiano que fez um acordo de indenização que comprometeu de forma significativa sua economia. Já no século XX, o país passou por uma intervenção norte-americana de 1915 a 1934, no intuito de proteção dos interesses econômicos dos Estados Unidos da América, tendo em vista a instabilidade política local (DURANS, SANTOS, 2016).

Em 1957 foi eleito François Duvalier, que se perpetuou no poder instaurando um regime autoritário, ao se declarar Presidente vitalício, a partir de 1964. Duvalier morreu em 1971 e o poder governamental passou para seu filho, Jean-Claude Duvalier, cujo governo se estendeu até 1986. A instabilidade política permaneceu com necessidade de intervenções militares, até a eleição de Jean-Bertrand Aristide, que presidiu o país em 1991, de 1994 a 1996 e 2001 a 2004, quando renunciou (DURANS; SANTOS, 2016).

⁶ holly trinity

⁷ Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haiti (MINUSTAH)

A crise política, que se instaurou no Haiti, teve relação com a suspeita de fraude nas eleições de 2000 e gerou instabilidade social e de segurança, evoluindo com conflitos armados e violações aos direitos humanos. Em 2003, movimentos de opositores ao governo do Presidente Aristide pediam sua renúncia e grupos insurgentes aumentavam a insegurança no país (FAGANELLO, 2013).

O presidente da Suprema Corte do Haiti, Bonifácio Alexandre, assumiu interinamente a presidência e solicitou ajuda a ONU para prover segurança e transição política pacífica no país. O Conselho de Segurança da ONU, por sua vez atendeu ao apelo, emitindo a Resolução 1542, em 30 de abril de 2004, criando a MINUSTAH, com base no Capítulo VII da Carta da ONU (intervenção para restabelecer a segurança, a ordem ou a paz) e teve como objetivo principal restaurar a ordem e pacificar o Haiti. Na referida resolução ainda havia a determinação de apoiar o processo constitucional e político haitiano, o processo de diálogo e à reconciliação nacional, assim como à organização, supervisão e realização das eleições (FAGANELLO, 2013).

Antes da emissão da resolução do Conselho de Segurança da ONU, já ocorriam tratativas do governo norte-americano, por meio da Embaixada do Estados Unidos no Brasil, sobre a possibilidade de participação brasileira numa eventual missão de manutenção da paz no Haiti. A posição do governo brasileiro diante dessa possibilidade, possuía duas demandas principais. A primeira era que a Operação de Paz fosse votada e aprovada pelo Conselho de Segurança, fundamentada nos princípios da Carta da ONU. A segunda era que o Brasil fosse o país comandante da operação (FILHO, J., 2019).

Com o apoio do governo norte-americano, que se mostrou favorável às demandas apresentadas, restava a proposição da participação brasileira na missão de paz da ONU no Haiti ao Poder Legislativo (FILHO, 2019). Por meio do Decreto Legislativo 207, de 19 de maio de 2004, foi aprovada e autorizada pelo Congresso Nacional, a participação das Forças Armadas brasileiras, na missão supracitada (FAGANELLO, 2013).

O Congresso Nacional decreta:
Art. 1º - Fica autorizado o envio de contingente de 1.200 (mil e duzentos) militares brasileiros para a Missão de Estabilização das Nações Unidas no Haiti (MINUSTAH).
Parágrafo único. Ficam sujeitos à aprovação do Congresso Nacional quaisquer atos que possam resultar em modificação do referido contingente, assim como quaisquer ajustes complementares que, nos termos do inciso I do art. 49 da Constituição Federal, acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional.
Art. 2º Este Decreto Legislativo entra em vigor na data de sua publicação (SENADO FEDERAL, 2004).

Em 31 de março de 2004, ocorreu o embarque dos militares brasileiros e em 1º de junho o componente militar da MINUSTAH desembarcava no Haiti, chefiado pelo General de Divisão Augusto Heleno Ribeiro Pereira, com efetivo de 6.700 homens oriundos de países como Argentina, Benin, Bolívia, Brasil, Canadá, Chade, Croácia, França, Jordânia, Nepal, Paraguai, Portugal, Turquia e Uruguai (FAGANELLO, 2013).

O referido efetivo inicial, juntamente com 1.800 militares da Polícia das Nações Unidas⁸ e número incerto da Polícia Nacional do Haiti (PNH), recebeu a determinação estratégica operacional de estabelecer presença permanente e realizar o desarmamento de grupos ilegais, com uso da força em caso de necessidade, porém com extrema cautela, tendo em vista o foco da opinião pública mundial em possíveis interpretações de atos violentos (PEREIRA, 2019).

Segundo Pereira (2019), os principais desafios observados no início da missão foram:

- 1) O alcance do efetivo desejado para melhor cumprimento da missão (somente alcançado em 2005);
- 2) A operação sem unidade de comando coordenado, principalmente no que diz respeito as ações da Polícia das Nações Unidas e PNH; e
- 3) A organização dos contingentes por setor geográfico, em função de necessidades constantes de redistribuição de pessoal até o atingimento do efetivo desejado.

A mobilização das Forças Armadas do Brasil seguiu todo o cronograma planejado, sendo considerado pelo Departamento de Operações de Forças de Paz, como uma das mais curtas, estimando o tempo decorrido do estabelecimento do mandato até o desembarque das primeiras tropas no Haiti. A velocidade de reposição do efetivo com o recrutamento e mobilização de tropas dos países-membros da ONU, por sua vez, foi muito lenta, gerando uma sobrecarga do contingente brasileiro e exposição quanto à credibilidade da missão, junto ao povo haitiano (BRAGA, 2019).

As principais tarefas do contingente militar da MINUSTAH basicamente eram atribuídas a segurança (da capital, Porto Príncipe, áreas circunvizinhas, fronteiras, rodovias, pessoal da ONU e colaboradores), proteção (das instalações vitais, como as do Governo, ONU e humanitárias, além da população local) e apoio a Polícia das Nações Unidas e PNH na garantia da lei e da ordem, com controle de distúrbios e ações de desarmamento, mitigando uma escalada da violência (BRAGA, 2019).

⁸ United Nations Police (UNPOL)

As ações realizadas para o cumprimento das tarefas citadas incluíam patrulhas diurnas e noturnas, escolta e segurança de comboios de ajuda humanitária, proteção de autoridades locais e visitantes, segurança de instalações (do governo, área portuária e Conselho Eleitoral Provisório – CEP), de pessoal em eventos e manifestações populares, ajuda humanitária de rotina ou em situações emergenciais, negociação de conflitos, recuperação de prédios públicos ocupados ilegalmente e operações militares contra gangues armadas. (BRAGA, 2019)

No decorrer dos anos que se seguiram, os objetivos da MINUSTAH estavam sendo alcançados e consolidados: A segurança estabilizada com controle em todo o país, juntamente com a reorganização da PNH e o desarmamento das gangues. O processo eleitoral estava em curso e os direitos humanos estavam sendo preservados (NETO, 2017).

Todo esse cenário favorável sofreu uma importante mudança no dia 12 de janeiro de 2010, com o terremoto que deixou aproximadamente 230 mil mortes, mais de 300 mil feridos e de 1 milhão de desabrigados (STEINMAN et al, 2011).

Naquele momento inicial de crise, a ajuda humanitária tomou maior relevância, com participação significativa e integrada das Forças Armadas Brasileiras, com a Marinha do Brasil deslocando os Navios de Desembarque de Carros de Combate (NDCC) *Alte. Saboia* e *Garcia D’Avila* para o transporte de meios militares adicionais às tropas e itens críticos para o atendimento dos feridos. A Força Aérea Brasileira realizava dois voos diários de C-130 para transporte de meios e materiais, além da montagem de um hospital de campanha, que possibilitou o atendimento à população local, que havia sido prejudicada, devido à precariedade de funcionamento da rede hospitalar do Haiti que foi comprometida pelo terremoto (NETO, 2017).

Outra catástrofe natural ocorrida no país foi a passagem do furacão *Matthew* em outubro de 2016. Ocasão em que se destacou a participação das tropas da MINUSTAH que foram mobilizadas previamente para pronta resposta de recuperação após a passagem do furacão. A finalidade dessa ação foi permitir a acessibilidade pelas rodovias das áreas afetadas pelo *Matthew* para a realização da ajuda humanitária, sendo que foram fundamentais para tal objetivo a participação do Grupamento Operativo de Fuzileiros Navais e da Engenharia do Exército Brasileiro⁹.

Efetivamente, a MB, ao longo dos 13 anos da MINUSTAH, contribuiu com o apoio dos navios, na mobilização de tropas, meios e material, necessários ao

⁹ Comando Geral do Corpo de Fuzileiros Navais em <https://www.marinha.mil.br/cgcfm/?q=minustah>

cumprimento da missão. Nos vinte e seis contingentes encaminhados ao Haiti, 6.135 militares da MB foram enviados até a desmobilização da Base de Fuzileiros Navais Acadêmica Raquel de Queiroz, com o encerramento da missão em outubro de 2017¹⁰.

Do legado da MINUSTAH, a MB criou uma estrutura permanente para missões de operação de paz, representada pela Escola de Operações de Paz de Caráter Naval (EsOpPazNav), que tem a atribuição de preparar futuros contingentes e funcionar também como organização de intercâmbio e de referência de conhecimentos relacionados às operações de paz. Ainda como parte desse legado, a importância da visibilidade no cenário internacional, reconhecida pela designação de um Almirante da nossa Marinha para o Comando da Força Tarefa Marítima da Força Interina das Nações Unidas no Líbano (UNIFIL), que vinha sendo exercido exclusivamente por países integrantes da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN) (BRAGA, 2019).

Essa experiência adquirida pela MB poderá nos trazer informações valiosas quanto ao desempenho do nosso combatente, desde o momento do processo seletivo até o período posterior ao cumprimento da missão, no retorno a atividade laboral em sua OM de origem, no que diz respeito aos cuidados inerentes a sua saúde mental. O Desenvolvimento de transtornos relacionados ao estresse certamente acarreta um prejuízo pessoal, psicossocial (nos aspectos familiar e laboral) e para instituição no comprometimento do seu maior valor que é representado pelo militar. Essa vivência adquirida nos permitirá vislumbrar maneiras de otimizar a escolha do combatente mais adaptável para cenários futuros de missão de manutenção da paz ou outros cenários de conflito em que a MB seja empregada.

¹⁰ Comando Geral do Corpo de Fuzileiros Navais em <https://www.marinha.mil.br/cgcfm/?q=minustah>

3. O ESTRESSE

Neste capítulo será dada ênfase ao estresse em situação de combate, com um breve histórico da sua evolução na observação clínica, desde as primeiras descrições catalogadas até o momento atual com a utilização de ferramentas e tecnologia para o enquadramento diagnóstico e orientação de terapêutica especializada.

Torna-se importante para compreensão da necessidade de uma avaliação psiquiátrica bem conduzida, definir o que é o estresse, como ele se manifesta no desenvolvimento das alterações físicas e psíquicas de um indivíduo, bem como fazer seu enquadramento diagnóstico diante de critérios pré-estabelecidos e ordenados em guias elaborados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ou Associação Psiquiátrica Americana¹¹ (APA).

Por fim, será realizada a análise estatística dos casos registrados na MINUSTAH, correlacionando com possíveis impactos da atividade do combatente durante e após a missão.

3.1 CONCEITO DE ESTRESSE

O conceito de estresse surgiu na física, entre os séculos XVIII e XIX, com base nas leis de Newton, com proposta para sua mensuração por meio de uma equação, resultante de força externa (P) aplicada numa superfície ou área (A), causando como reação uma deformação nessa área. A expressão da equação representada por: $\sigma = P/A$ (onde a letra grega sigma representa a quantificação do estresse médio) (FARIAS, 1985).

Nas ciências biológicas o conceito de estresse foi proposto e desenvolvido, nos anos 30, por Hans Selye, doutor em química e medicina (especialista em endocrinologia), de etnia húngara e autor dos livros, *O estresse da vida*¹² (1956), e *Estresse sem angústia*¹³ (1974).

Nos estudos de Selye, **um estímulo estressor** seria aplicado num organismo, provocando neste uma reação, entretanto essa resposta não poderia ser mensurada de forma tão simples como uma equação, em função da complexidade de um organismo biológico (FARIAS, 1985).

Selye propôs um modelo conceitual denominado Síndrome Geral de Adaptação (SGA) ou Estresse, dividido em fases, no qual um organismo submetido a uma situação considerada ameaçadora ou de risco a sua integridade dispara uma Reação de Alerta,

¹¹ American Psychiatric Association

¹² The Stress of Life

¹³ Stress without Distress

deixando-o em condição de prontidão, sendo essa reconhecida como a 1ª fase. Se a condição ameaçadora persistir, sobrevém a 2ª fase, denominada Adaptação ou Resiliência, na qual o organismo percebe e entende o estressor de forma a se adaptar, numa condição temporal limitada. Caso o estímulo estressor ainda persista, o organismo que tem energia limitada para resistir a essa condição, começa a entrar em falência na capacidade de se adaptar a essa condição e entra na 3ª fase, denominada Exaustão ou Esgotamento (BALLONE, 2015).

O modelo apresentado por Selye na sua SGA tem o pioneirismo no estudo do estresse, entretanto alguns questionamentos foram formulados nos anos que se seguiram, na medida em que os estímulos podem ser diferentes e interpretados pelo ser humano de forma própria, de maneira a gerar respostas diversas.

Na década de 60, estudiosos do comportamento, como o Psicólogo Richard Lazarus, propuseram a introdução de novos elementos no modelo de Selye. No modelo de Lazarus (FIG. 1), a modalidade do estresse no ambiente sofre uma depuração, com a influência dos fatores de personalidade e cognitivos do indivíduo, gerando uma avaliação inicial, interpretada como positiva, perigosa (desafiadora, ameaçadora, prejudicial ou geradora de perda) ou irrelevante, de forma a provocar uma segunda avaliação (cognitiva) se o indivíduo dispõe (ou não) de recursos suficientes para uma resposta adaptativa (Enfrentamento)¹⁴ de forma a superar o estímulo estressor, provocando reavaliação (cognitiva), de retorno a calma e aprendizado. Caso o estímulo permaneça por período prolongado ou se a resposta for desadaptativa, resultará em adoecimento desse indivíduo (FARIAS, 1985).

Com o avanço da medicina, os modelos biológicos de Selye e comportamental de Lazarus ganham novos contornos, com a inclusão de novos fatores como a influência da predisposição genética, as características de personalidade e a susceptibilidade ao estresse que cada indivíduo possui.

Quanto aos aspectos relacionados à personalidade, traços relacionados a Afeto Positivo (AP) e Afeto Negativo (AN) influenciam no processo de enfrentamento e adaptação (no caso do AP) ou no desenvolvimento de sofrimento que propicia a evolução para o TEPT (no caso do AN). Por meio dessas características, parâmetros de avaliação podem ser elaborados no auxílio a detecção do TEPT (SOUZA, 2007).

¹⁴ Coping

Conclui-se então que, além do ambiente, a predisposição genética e os fatores biológicos, que incluem características comportamentais, são apenas outras variáveis que acabam acrescentando uma maior complexidade de respostas do indivíduo ao estímulo estressor, demonstrando haver conceitos e modelos diferentes relacionados ao estresse.

3.2 FISIOPATOLOGIA DO ESTRESSE

A fisiopatologia do estresse envolve um mecanismo complexo de regulação de neurotransmissores e um eixo neuroendócrino que desencadeará reações físicas e psíquicas no organismo.

Os neurotransmissores existentes no cérebro atuam em receptores específicos. A Noradrenalina (ou Norepinefrina) ocupa seus receptores, principalmente localizados no *locus ceruleus* (FIG. 2), facilitando a transmissão dos impulsos nervosos por meio das sinapses, para o córtex cerebral, sistema límbico, tronco cerebral e medula espinhal. Estimula o hipotálamo na produção do Hormônio Liberador de Corticotropina (CRH¹⁵). Por sua vez, o CRH gera o estímulo da hipófise anterior para a liberação do Hormônio Adenocorticotrópico (ACTH¹⁶). O ACTH, ganha a corrente sanguínea e passa a estimular as supra-renais, que produzem o cortisol (FIG. 3).

O cortisol estimula o Sistema Nervoso Autônomo (Simpático), provocando reações orgânicas, como o aumento da frequência cardíaca, elevação da pressão arterial (com o objetivo de redistribuir o fluxo sanguíneo, priorizando áreas como o cérebro, músculos, numa resposta de alarme ou fuga). Além do fluxo sanguíneo, o organismo necessita de energia para se movimentar e, nesse caso, o cortisol estimula o fígado a liberar o glicogênio armazenado para sua transformação final em glicose, usada para uso das células. No sistema respiratório, esse hormônio provoca dilatação brônquica para melhorar o fluxo da entrada de oxigênio e dilata a pupila para melhorar a capacidade visual (BALLONE, 2015).

Existe uma regulação fina na ação hormonal por feedback negativo, ou seja, a elevação dos níveis de cortisol inibe a liberação do ACTH e do CRF (KAPLAN et al, 2007). Dependendo do estímulo estressor, existem outras formas de produção do ACTH. Tal mecanismo se dá pela produção de secretagogos (ex: ocitocina, vasopressina e catecolaminas) (KAPLAN et al, 2007).

¹⁵ Corticotropin-releasing hormone

¹⁶ Adrenocorticotropic hormone

Além da Noradrenalina, há participação de outros neurotransmissores nesse mecanismo do estresse. São eles a Serotonina, Ácido Gama-aminobutírico (GABA¹⁷), com suas vias neuronais próprias, contribuindo na modulação de todo esse sistema de resposta ao estímulo estressor (KAPLAN et al, 2007). Essa participação foi observada por ocasião do desenvolvimento de medicações antidepressivas mais modernas (os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina), que têm boa atuação em casos relacionados a ansiedade, assim como os ansiolíticos benzodiazepínicos, que são agonistas dos receptores GABA, tendo ação direta no controle da ansiedade (KAPLAN, et al, 2007).

O estímulo estressor poderá cessar ou perdurar, provocando reações distintas no organismo. Caso ele cesse, o estímulo da Noradrenalina diminui, interferindo no sistema de regulação endócrino, que por meio do feedback negativo, diminui a produção de ACTH e CRH. O Sistema Nervoso Autônomo (Parassimpático) passa a desacelerar o organismo (diminuindo sua pressão e frequência cardíaca) e redistribui o fluxo sanguíneo para retorno à condição de “repouso”.

Se o estímulo estressor perdurar, a resposta será ampliada para manter o indivíduo em alerta constante, até gerar uma resposta de adaptação àquela condição ou esgotamento e fadiga, situação capaz de provocar respostas físicas e psíquicas drásticas.

Na MINUSTAH, a maioria das tarefas atribuídas aos militares era relativa à segurança (de uma forma ampla, envolvendo a população, pessoal da ONU, vias de acesso e fronteiras, instalações vitais e humanitárias) e ao apoio à polícia local, com ações de Garantia da Lei e da Ordem (GLO).

As tarefas citadas, pelas características inerentes a uma missão de manutenção da paz, funcionam como estímulo estressor, na medida em que exige do combatente, um estado de alerta constante durante a missão desempenhada. Deve ser considerado que apesar de existir um período de descanso durante a missão, caso o estímulo se repita, será exigida uma capacidade de adaptação mais rápida do organismo.

Nesse caso, observa-se que o modelo fisiopatológico do estresse se enquadra plenamente na situação de combate, por mais que haja o preparo para o enfrentamento das situações adversas.

Torna-se importante verificar se o nosso militar consegue obter uma resposta mais rápida à adaptação ao estressor e protegê-lo do estímulo contínuo, evitando assim o

¹⁷ Gamma Amino-Butyric Acid

esgotamento e, conseqüentemente, o adoecimento, seja físico ou psíquico. O sofrimento psíquico nesses casos é traduzido por transtornos relacionados às vivências traumáticas como ocorre comumente no TEPT, classificado na CID 10 como F 43.1.

3.3 ESTRESSE EM COMBATE

O estresse tem sido incorporado como um sintoma comum na vida moderna, entretanto, em situações de conflito, as respostas do organismo passam a ter uma reação exacerbada em função do cenário adverso, que envolve vivências traumáticas de sofrimento, violência ou morte.

O estudo do estresse em combate possui um registro histórico detalhado e similar aos conceitos atuais, desde a Guerra Civil Norte-Americana, em que o transtorno descrito era denominado “coração irritável”, predominando sintomas como fadiga, palpitações, sudorese, cefaléia, insônia, falta de ar e tontura (KAPLAN et al, 2007).

Freud (citado por JAQUES BRITO, 2012) na área da psicanálise, em sua obra *Fixação em traumas - o inconsciente*, faz uma comparação entre a neurose e a neurose de guerra, chegando ao consenso na existência de um ponto de fixação traumática¹⁸:

As neuroses traumáticas não são, em sua essência, a mesma coisa que as neuroses espontâneas que estamos acostumados a investigar e tratar pela análise; até agora, não conseguimos harmonizá-las com nossos pontos de vista, e espero, em alguma época, poder explicar-lhes a razão desta limitação [...]

As neuroses traumáticas dão uma indicação precisa de que em sua raiz se situa uma fixação no momento do acidente traumático. Esses pacientes repetem com regularidade a situação traumática, em seus sonhos; [...] É como se esses pacientes não tivessem findado com a situação traumática, como se estivessem enfrentando-a como tarefa imediata ainda não executada" (FREUD, 1917, p. 324 - 325).

Com a evolução da 1ª Guerra Mundial, o estudo psicanalítico da neurose de guerra foi sendo ampliado, principalmente no cenário europeu, com aumento do número de publicações de trabalhos a respeito do foco psicanalítico das "neuroses de guerra". (JAQUES BRITO, 2012). Nos Estados Unidos da América (EUA), na mesma ocasião, um estudo com foco mais clínico descreveu a “Síndrome do Esforço”, com os mesmos sintomas observados na época da Guerra Civil (KAPLAN et al, 2007).

Na 2ª Guerra Mundial, os Norte-Americanos descreveram a “Reação de Estresse de Combate”, cuja sintomatologia se assemelhava à descrita nos conflitos anteriores, associada a um prejuízo cognitivo representado pela dificuldade de concentração e

¹⁸ http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912012000100003

esquecimento (KAPLAN et al, 2007). Destaca-se que, somente na Guerra do Vietnã, chegou-se a denominação diagnóstica de “Transtorno de Estresse Pós-Traumático” (TEPT), sendo que alguns critérios da sintomatologia foram acrescidos, como as dores musculares e articulares (KAPLAN et al, 2007).

No início dos anos 90, com a eclosão da Guerra do Golfo, 700 mil soldados foram enviados para as áreas de combate, sendo que cerca de 100 mil, ao retornarem, apresentaram sintomas semelhantes aos descritos no TEPT, apesar de, existir uma suspeita de exposição dos militares a agentes químicos e biológicos (situação não confirmada pelo Governo Norte-Americano), que causam alterações psíquicas muito similares as ocorridas no TEPT. Foram sintomas como fadiga crônica, dores musculares e articulares persistentes, distúrbios digestivos, queda de cabelo, exantemas¹⁹, além de alterações cognitivas (distúrbios de memória, déficit de concentração). A esse conjunto de sinais e sintomas foi dada a denominação de “Síndrome da Guerra do Golfo” (KAPLAN et al, 2007).

Com a a experiência adquirida na Guerra do Golfo, os EUA passaram a ter uma visão diferenciada no cuidado da saúde mental dos combatentes e, no final dos anos 90, o Corpo de Fuzileiros Navais dos Estados Unidos da América²⁰ desenvolveu o Programa OSCAR²¹, para atuar na prevenção, identificação e tratamento do TEPT em área operacional (BATISTA, 2017).

A experiência brasileira na MINUSTAH também permitiu uma avaliação crítica, quanto às condições psicológicas de retorno dos militares da MB, quando se passou a monitorar, por meio de questionários, a condição psíquica para reinserção à família e à atividade laboral.

Trabalho similar é o realizado pelo Serviço de Assistência Integrada ao Pessoal da Marinha-Núcleo-Esquadra, que presta a Assistência Psicológica aos militares que realizam a Comissão da Força Interina das Nações Unidas no Líbano (UNIFIL). Essa assistência ocorre tanto na preparação, quanto no retorno da missão, além de apoio aos dependentes do militar durante todo o período de ausência. (BATISTA, 2017)

Nesse contexto, todo aprendizado obtido nas missões em que o Brasil participa é válido nas mais diversas áreas, inclusive na medicina, visando o bem estar físico e mental do militar. Também é válido acompanhar o desenvolvimento de técnicas e procedimentos realizados por países que tem mais experiência em conflitos. Apesar de

¹⁹ Erupções cutâneas (na pele)

²⁰ United States Marine Corps

²¹ Operational Stress Control and Readiness Program

nossos recursos serem limitados se comparados com as grandes potências, programas de acompanhamento de nossos militares podem ser replicados, porém devem ser adaptados a nossa realidade.

3.4 MORBIDADES RELACIONADAS AO ESTRESSE NA SITUAÇÃO DE COMBATE

Após o histórico do estudo do estresse em combate, do conceito e fisiopatologia, nesta seção, serão descritas morbidades relacionadas ao estresse que ocorrem dentro do contexto do cenário de conflito, de acordo com critérios diagnósticos pré-estabelecidos, contidos em manuais elaborados por uma comissão de autoridades médicas especializadas, que concluíram pela necessidade de distinção dos transtornos relacionados a estresse, na categoria dos transtornos de Ansiedade. O fato de o ambiente de combate ser um gerador de estresse indica que as condições nosológicas mais comuns de se desenvolverem são TEPT e o Transtorno de Estresse Agudo, conforme será relatado a seguir.

Tanto a Associação Psiquiátrica Americana²² (APA), quanto à Organização Mundial de Saúde (OMS), elaboram periodicamente (com revisões e atualizações), uma padronização por meio de codificação das doenças e problemas relacionados à saúde, com a descrição por meio de critérios diagnósticos estabelecidos por uma gama de colaboradores da área médica. A APA produziu em 2014, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais²³ (DSM), que está na sua 5ª revisão. A OMS produz a Classificação Internacional de Doenças, que está na sua 11ª revisão, conforme foi apresentada em maio de 2019, na Assembléia Mundial de Saúde, na cidade de Genebra²⁴.

A CID-11 entrará em vigor, a partir de 1º de janeiro de 2022, para que os países membros da OMS possam se adaptar e realizar as devidas traduções para os respectivos idiomas²⁵. Portanto para efeito de utilização de critérios diagnósticos, o presente trabalho utilizará como referência a DSM-V e a CID-10.

Na última revisão da DSM-V, houve uma atualização da entidade nosológica Transtornos de Ansiedade, que incluía o Transtorno do Estresse Agudo e o TEPT. Na

²² American Psychiatric Association

²³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

²⁴ Sociedade Brasileira de Pediatria em <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/oms-conclui-revisao-da-nova-cid-que-entrara-em-vigor-a-partir-de-janeiro-de-2022/>

²⁵ Sociedade Brasileira de Pediatria em <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/oms-conclui-revisao-da-nova-cid-que-entrara-em-vigor-a-partir-de-janeiro-de-2022/>

versão atual, foi criado um capítulo de transtornos relacionados a trauma e a estressores, que passou a contemplar as duas morbidades supracitadas, apesar de manter a afinidade com os transtornos de ansiedade. Na revisão da CID-11, houve uma tendência a seguir essa atualização para um alinhamento de critérios diagnósticos:

Os transtornos relacionados a trauma e a estressores incluem transtornos nos quais a exposição a um evento traumático ou estressante está listada explicitamente como um critério diagnóstico e reúnem o transtorno de apego reativo, o transtorno de interação social desinibida, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), o transtorno de estresse agudo e os transtornos de adaptação (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014).

O Transtorno de Estresse Agudo (308.3-DSM V) se caracteriza pela exposição de um indivíduo a uma situação traumática, com desenvolvimento de sintomatologia de:

- 1) intrusão;
- 2) humor negativo;
- 3) dissociação;
- 4) evitação; e
- 5) excitação.

Os sintomas citados podem iniciar ou agravar após a ocorrência da situação traumática, conforme o detalhamento dos critérios diagnósticos no QUADRO 1. Outro aspecto fundamental nessa morbidade é o tempo de duração dos sintomas, de 03 a 30 dias, decorridos do evento traumático (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014).²⁶

A definição dos sintomas relacionados é a seguinte:

Intrusão – se caracteriza pelo indivíduo reviver o evento traumático por meio de lembranças (fugazes ou não, invadindo o pensamento) e sonhos, gerando sofrimento psíquico intenso.

Humor negativo – é traduzido por um sentimento negativista, aliado a incapacidade de perceber emoções positivas.

Dissociação – tem relação com alteração da percepção da realidade, além da incapacidade de lembrar de aspectos da situação traumática.

Evitação – representa uma atitude do indivíduo de evitar lembranças ou situações que possam fazê-lo “reviver” o episódio traumático, por gerar intenso sofrimento psíquico.

Excitação tem relação com distúrbios relacionados à qualidade do sono, irritabilidade, alteração da concentração e da atenção (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014).

²⁶ American Psychiatric Association

Conforme descrição contida no DSM-V, o Transtorno de Estresse Aguda possui as seguintes características:

A característica essencial do transtorno de estresse agudo é o desenvolvimento de sintomas típicos que duram de três dias a um mês após a exposição a um ou mais eventos traumáticos.

Eventos traumáticos vivenciados diretamente incluem, mas não se limitam a, exposição a guerra como combatente ou civil, ameaça ou episódio real de agressão pessoal violenta (p. ex., violência sexual, ataque físico, combate ativo, assalto/roubo, violência física e/ou sexual infantil, sequestro, ser mantido refém, ataque terrorista, tortura), desastres naturais ou perpetrados por humanos (p. ex., terremoto, furacão, desastre aéreo) e acidente grave (p. ex., acidente automobilístico grave, acidente industrial) (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014).

De acordo com o DSM-V, a prevalência do Transtorno de Estresse Agudo possui variações de acordo com a característica do evento estressor, bem como do contexto no qual ele ocorre:

Tanto na população norte-americana como na não norte-americana, o transtorno de estresse agudo tende a ser identificado em menos de 20% dos casos após eventos traumáticos que não envolvem agressão interpessoal, em 13 a 21% dos acidentes automobilísticos, em 14% das lesões cerebrais traumáticas leves, em 19% dos furtos, em 10% das queimaduras graves e em 6 a 12% dos acidentes industriais. Taxas mais elevadas (i.e., 20 a 50%) são descritas após eventos traumáticos interpessoais, incluindo assalto, estupro e testemunho de tiroteio em lugar público (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014).

Sua sintomatologia é capaz de limitar a capacidade laboral de um indivíduo, ainda que temporariamente. Para um combatente, essa incapacidade tem como consequência um esforço logístico de substituição do militar nas tarefas atribuídas, além de demandar a assistência médica imediata para oferecer tratamento e remitir os sintomas.

O Transtorno de Estresse Agudo tem um curso limitado temporalmente, entretanto se houver persistência do estímulo estressor, ou reaparecimento em outro momento, sem remissão da sintomatologia, há evolução para o diagnóstico de TEPT, o qual teve reconhecimento como morbidade, com descrição de critérios diagnósticos bem definidos, a partir da década de 80, conforme registrado na 3ª revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais²⁷ (SOUZA, 2007).

O TEPT é caracterizado pelo desenvolvimento de sintomatologia específica, após exposição a um ou mais eventos traumáticos, vivenciado ou testemunhado pelo indivíduo, conforme QUADRO 2. O evento traumático geralmente está relacionado a ameaça a integridade física (risco de morte), lesão grave ou violência (acidente ou sexual). A exposição pode ocorrer de forma repetida ou ter conteúdo de significado

²⁷ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

aversivo (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014)²⁸. Deve se considerar que o estressor deverá sempre estar presente no desenvolvimento dos sintomas, mas o evento isolado, sem considerar o indivíduo (aspectos genéticos, biológicos e psicossociais), não é suficiente para a expressão da morbidade. (KAPLAN et al, 2007)

A sintomatologia do TEPT ainda se caracteriza por:

- 1) lembrança ou sonhos (de aspecto intrusivo, ou seja, que invade o consciente no pensamento ou o inconsciente no sonho), cujo conteúdo está associado ao evento traumático.
- 2) reações dissociativas, com lembranças fugazes do evento traumático, gerando intenso sofrimento psíquico.
- 3) reações físicas (ex: taquicardia)²⁹ e psíquicas (ex: angústia) intensas, relacionadas com o estressor.
- 4) comportamento de evitação (resiste a recordar de fatos relacionados ao trauma).
- 5) pensamento e humor negativistas (o que desencadeia um desinteresse em atividades e isolamento social).
- 6) alteração na psicomotricidade com excitação, irritabilidade, alterações na concentração, atenção e no sono.
- 7) comportamento instável, gerando como consequência, prejuízo social e profissional significativo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Os sintomas supracitados, devem ter duração superior a 30 dias, para o devido enquadramento diagnóstico. Ainda deve ser considerada a manifestação tardia do TEPT, que ocorre após seis meses do evento traumático (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Apesar do tempo estimado de duração ou sua manifestação tardia, o TEPT tem um bom prognóstico, condicionado a aspectos como início e duração dos sintomas, características pré-mórbidas do indivíduo, apoio social e instituição precoce do tratamento psiquiátrico e psicológico (KAPLAN et al, 2007).

Com a experiência norte-americana adquirida em combate no Iraque e Afeganistão, a saúde mental vem ganhando espaço também na inovação tecnológica, com a utilização de Simuladores (FIG. 4) e de Realidade Virtual para preparação dos combatentes no cenário de conflito.

²⁸ American Psychiatric Association

²⁹ Aumento da frequência cardíaca

A Realidade Virtual já tem sido pesquisada há cerca de dez anos e tem demonstrado uma aplicação prática não só na prevenção do estresse, mas também no tratamento do TEPT. Os estudos realizados consistem em “inocular o estresse” por meio da realidade virtual, de forma a mensurar as respostas fisiológicas do combatente, dentro de um ambiente controlado (FIG.5). As inoculações em sessões posteriores têm por objetivo a criação de resiliência no militar, permitindo uma adaptação mais rápida ao ambiente agressivo. No tratamento do TEPT, o uso da realidade virtual, se mostrou promissora, com redução da sintomatologia e possibilitou o retorno laboral mais rápido do combatente (SPIRA. *et al.*, 2010).

A FIG. 6 representa um algoritmo do sistema que busca identificar estímulos que geram respostas fisiológicas significativamente reativas no indivíduo. Ao expô-lo aos estímulos, respostas adaptativas são criadas e, de forma fisiológica, vão se tornando cada vez menos intensas, gerando uma capacidade de enfrentamento àquele estímulo estressor. O sistema aumenta o estímulo de forma controlada, possibilitando ao indivíduo gerar respostas adaptativas mais rápidas e suficientes para combater o estímulo, sendo esse procedimento adotado em várias sessões. Essa tecnologia pode ser implantada em todas as fases do processo, seja na preparação do combatente, com sessões de “inoculação de estresse” para testar a reatividade e criar resiliência, bem como na intervenção terapêutica do TEPT (SPIRA *et al.*, 2010).

Compete ao supervisor, após identificados os estímulos estressores, fazer a programação da interface, iniciando uma exposição controlada no indivíduo e quantificar o tempo de reação e a significância das respostas adaptativas (SPIRA. *et al.*, 2010).

O cenário de guerra invariavelmente contribui para a ciência no campo da inovação de tecnologias. Na área da medicina e, em particular na saúde mental, não poderia ser diferente, no que diz respeito a utilização de todos os recursos disponíveis para aumentar a performance do combatente, bem como, reduzir a possibilidade de adoecimento do mesmo. Isso gera como consequência, o afastamento da atividade laborativa, além do prejuízo psicossocial e consumo a médio/longo prazo de recursos para manter tratamento adequado e reinserção social.

3.5 REVISÃO ESTATÍSTICA DOS CASOS RELACIONADOS A ESTRESSE, DIAGNOSTICADOS DURANTE E APÓS A MINUSTAH

Nessa seção será estabelecida uma análise quantitativa de militares que participaram da MINUSTAH e que desenvolveram morbidades relacionadas ao estresse. A metodologia utilizada para realizar essa avaliação, foi de selecionar os seguintes contingentes: 3° e 4° (2005), 11° (2009), 12° (2010) e 24° (2016). A escolha dessa amostragem foi idealizada, considerando o período inicial da missão (2005), o período central (2009) e posterior ao terremoto no Haiti (em 2010) e seu período final (2016).

A relação dos militares que fizeram parte dos contingentes foi obtida na Seção de Operações de Paz do Comando da Força de Fuzileiros da Esquadra (ComFFE). Os registros médicos de relevância, realizados durante a missão, ficaram arquivados na Unidade Médica Expedicionária da Marinha (UMEM), entretanto a amostragem dos arquivos localizados e disponibilizados, foi somente quantitativa (relacionado ao número de atendimentos médicos realizados), sem detalhamento por classificação de patologia, impossibilitando a identificação de transtornos relacionados ao estresse.

Para efeito de maior amplitude na busca de informações, foi utilizada a pesquisa no âmbito pericial, por meio do Sistema Informatizado Naval de Inspeção de Saúde (SINAIS). Esse sistema permite a visualização das IS realizadas nas mais diversas finalidades, incluindo aquelas que geraram restrições a atividade laboral, assim como incapacidade temporária ou definitiva. Além desse sistema informatizado, foi utilizado também o FUSMAWEB, para confrontação de homônimos e sobrenomes abreviados na relação enviada pelo ComFFE.

Os resultados obtidos dessa pesquisa foram os seguintes: a relação enviada com os nomes dos militares dos 5 contingentes selecionados, totalizaram 1.161 pesquisas, sendo efetivamente localizadas dentro do SINAIS, 1.052 militares, perfazendo um percentual de confirmação de 91%. Do pessoal localizado dentro do sistema, foi identificado um percentual de 1,9% de acometimento de doenças psiquiátricas após a missão (sendo 1,6 % relacionado aos transtornos de ansiedade). Morbidades relacionadas a estresse (Reação Aguda ao Estresse e TEPT), incidiram num percentual de 0,38%.

Quanto ao quantitativo de Incapacidade Temporária e Restrições exaradas pelo Sistema Pericial, o índice foi de 1,6% (em relação ao total de doenças psiquiátrica) e o de Incapacidade Definitiva de 0,28%. Deve ser ressaltado que os casos de Incapacidade Definitiva não estão relacionados com as morbidades associadas ao estresse.

Estudos realizados nos EUA sobre TEPT em missões de paz possuem uma variação percentual muito larga (de 1,9 a 25%), considerando a aplicação de metodologias diferentes, o que possibilita gerar resultados considerados superestimados. Apesar do número de pesquisas sobre o assunto apresentar um crescimento, há necessidade de se adotar uma padronização para fazer a interpretação mais adequada dos resultados (SOUZA, 2007)

A análise dos percentuais encontrados revela que em comparação aos estudos realizados sobre TEPT em missões de paz, estaríamos abaixo do valor descrito (0,38%), entretanto deve ser considerado que a manifestação ocorreu após o cumprimento da missão. Não foi encontrado registro da sintomatologia de Transtorno de Estresse Agudo ou de TEPT de forma pontual, o que não significa afirmar, que efetivamente algum militar possa ter evoluído com algum sintoma e ter apresentado ao longo da missão um processo de adaptação e criado resiliência, fato esse que somente um estudo mais aprofundado seria capaz de estabelecer. Uma possível explicação para valores percentuais tão baixos, ocorre pelo fato que o combatente procura evitar sua exposição frente a seus companheiros ou a um profissional da área da saúde, acreditando ser um sinal de fraqueza que possa comprometer a missão e sua carreira. Por sua vez o preconceito existente em relação a saúde mental, inibe a iniciativa do combatente, levando como consequência a uma subnotificação de registros.

4. AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA NO PROCESSO SELETIVO DE MILITARES DA MB PARA A MISSÃO DE PAZ

Neste Capítulo será discutida a importância das etapas do processo seletivo, assim como a Inspeção de Saúde (IS), dentro do contexto básico, que é a higidez do militar.

Dentro da etapa da IS, virá o questionamento da validade da inclusão da avaliação psiquiátrica do militar, considerando as peculiaridades da missão de paz, assim como pelas repercussões psíquicas que a situação de combate poderá causar no militar.

Quando se refere a higidez, é comum fixar o raciocínio na questão física. Toda investigação clínica é realizada, mas e a avaliação do estado mental? Se não houver um cuidado específico nessa avaliação, tão criteriosa, como a realizada no exame clínico, existe o risco de não ser detectado precocemente algum tipo de alteração na capacidade de adaptação do combatente, tornando-o predisposto a desenvolver transtornos psiquiátricos.

Cabe na avaliação de saúde mental, buscar o histórico familiar, os antecedentes (sintomas prévios) em situações de estresse ou conflito e o uso de derivados etílicos, substâncias psicoativas (ex: anfetaminas) ou substâncias ilícitas (ex: cocaína, canabinóides). Na entrevista, procurar saber qual a motivação do militar no voluntariado da Missão de Paz (seria simplesmente a motivação financeira? Experiência profissional?)

Além da anamnese e exame psíquico, o uso de ferramentas como a aplicação de testes psicológicos específicos poderá fundamentar uma análise mais criteriosa da avaliação psiquiátrica, indicando se o militar examinado possui uma capacidade de adaptação apropriada às condições adversas, o que permite selecionar, com maior segurança e com risco menor de desenvolvimento de transtornos mentais futuros.

Ainda que a inclusão da avaliação psiquiátrica possa demandar mais tempo do militar na etapa da IS no processo seletivo, esse tempo deve ser dimensionado de forma suficiente para uma avaliação de saúde criteriosa, diminuindo os riscos de uma análise superficial e de “momento”.

4.1 ETAPAS DO PROCESSO SELETIVO

Nessa seção serão descritas as fases que fazem parte do processo seletivo, de acordo com a instrução normativa "Operações de Manutenção da Paz" - EMA- 402 e com a COMOPNAVINST nº10-01. As fases para relacionar um militar para participar da missão de paz são: seleção, preparação e final (indicação).

A responsabilidade da etapa de seleção é do Comando de Operações Navais (CON), que de acordo com a COMOPNAVINST nº10-01, publica em Boletim de Ordens e Notícias (BONO) instruções para o militar voluntário se inscrever desde que preenchidos os requisitos contidos na instrução normativa. O CON é assessorado na

questão de pessoal pela Diretoria Geral do Pessoal da Marinha (DGPM), no caso dos militares dos Corpos da Armada e Intendência, e pelo Comando Geral do Corpo de Fuzileiros Navais (CGCFN), para os militares do Corpo de Fuzileiros Navais. De acordo com o EMA-402, os requisitos para um militar da ativa voluntário para missão são os seguintes:

- não estar respondendo a inquérito ou a processo judicial de qualquer natureza;
- não estar sujeito à concentração para cursos de carreira nos dezoito (18) meses seguintes à convocação do voluntariado;
- possuir requisitos de carreira atendidos e válidos para o período previsto da comissão;
- ser portador de Carteira Nacional de Habilitação atualizada, válida para o período previsto da comissão; e
- ser aprovado em teste de aptidão física (TAF) (BRASIL, 2002).

De acordo com o cronograma de eventos contido em anexo a COMOPNAVINST nº10-01, é ainda nessa fase que os militares são submetidos a IS. Aqueles considerados aptos na IS e aprovados em todos os itens da etapa de seleção, avançam a fase seguinte.

A preparação é composta por um estágio de periodicidade anual, de responsabilidade do CGCFN que adentra os militares que passaram pela filtragem inicial. Nesse estágio são transmitidas informações e conhecimento necessários ao desempenho com efetividade durante missão de paz. Ao término da fase de preparação, o militar terá consignada a conclusão do estágio da seguinte forma: "sem" ou "com restrições". Essa etapa representa então outra ferramenta de depuração para relacionar o melhor candidato a fazer parte do banco de dados que servirá de assessoramento do CON ao Comandante da Marinha (CM) (BRASIL, 2002).

A fase final é a indicação que representa formalmente que o militar foi efetivamente escolhido pelo CM e colocado a disposição do Ministério da Defesa (MD) para participar de uma missão de paz.

Concluindo essa seção, com a descrição de todo o método do processo de escolha do militar, será destacado a seguir, um dos componentes desse processo, citados na fase de seleção que é a IS.

4.2 INSPEÇÃO DE SAÚDE

A Inspeção de Saúde (IS) é o meio legal e administrativo de atestar as condições de saúde física e mental, num determinado momento, do indivíduo que se submeterá a essa avaliação pericial, por profissional médico habilitado para essa tarefa (BRASIL, 2017).

De acordo com as Normas sobre Inspeções de Saúde na Marinha do Brasil (DGPM-406, 8ª Revisão), o conceito de IS para Missão no Exterior, Operações de Paz e Similares: " É a perícia médica eventual que visa verificar se os militares designados preenchem os requisitos exigidos para a missão". A Organização Militar (OM) deverá formalmente apresentar o militar ao Médico Perito Isolado (MPI) ou Junta Regular de Saúde (JRS), e na solicitação da IS deverá especificar, além da finalidade ("Missão no Exterior"), a natureza (Missão de Paz), se ocorrerá em altitude elevada e o tempo de duração da comissão (BRASIL, 2017).

A competência para realizar essa modalidade de IS dentro da estrutura do subsistema pericial, considerando a hierarquização de Agentes Médico Periciais (AMP), é o MPI. A JRS, composta por três (03) médicos (um Presidente e dois Membros), realiza IS relacionadas a declínio de competência ou quando o periciando possui algum tipo de restrição de saúde (BRASIL, 2017).

Ainda existem na hierarquia, instâncias superiores representadas pela Junta Superior Distrital (JSD), composta por cinco (05) médicos (um Presidente e quatro Membros) e Junta Superior de Saúde (JSS), também composta por cinco médicos (um Presidente que é o Diretor do Centro de Perícias Médica da Marinha – CPMM e quatro membros). Essas duas instâncias só receberão periciandos nessa finalidade de IS, quando houver recurso do laudo exarado por JRS. Nesse caso, o inspecionado deverá requerer sua IS, em grau de recurso, à autoridade competente, conforme orientação das Normas Reguladoras para Inspeções de Saúde na Marinha – DGPM-406 (8ª Revisão) (BRASIL, 2017).

Se o periciando possuir Atividade Especial (imersão, mergulho, aviação, paraquedismo) e for exercê-la em missão de paz, a competência de sua IS passa a ser da Junta Superior para Atividades Especiais (JSAE) (BRASIL, 2017).

Todos os AMP tem autoridade para realizar as IS por meio de designação por portaria, emitida por delegação de autoridade competente. Sendo essa uma das etapas do processo seletivo, o voluntário será submetido a realização de exames complementares, conforme o QUADRO 7, e os resultados serão apreciados pelo AMP. No caso de

alguma alteração relevante nos exames apresentados, o AMP poderá emitir um documento para avaliação de algum especialista (Pedido de Parecer), ou solicitar exame complementar mais complexo para aprofundar sua avaliação pericial (BRASIL, 2017).

O militar voluntário para Missão de Paz tem que cumprir algumas exigências, como a apresentação do seu Cartão de Vacinação regularizado, conforme estipulado no Programa Nacional de Imunização (BRASIL, 2017). Deverá apresentar também o Certificado comprobatório de negatividade para o exame de anti-HIV (exigência de alguns países onde ocorrerá a missão de paz) e a avaliação odontológica realizada, incluindo a conclusão dos procedimentos necessários de correção, antes do início da comissão, além do registro odonto-legal da arcada dentária, por meio de Raio X Panorâmico (BRASIL, 2017). O aval do Cirurgião-Dentista é incluído, portanto, no Termo de Inspeção de Saúde (TIS), juntamente com o resultado dos exames complementares, respostas de pareceres (quando solicitados pelo AMP).

Após a análise criteriosa das documentações solicitadas, o AMP, realizará a anamnese e o exame físico do inspecionado, concluindo sua IS, como descrito na DGPM-406, 8ª Revisão: "As formas de conclusão são as seguintes: "Apto para Missão no Exterior" e "Incapaz para Missão no Exterior, estando Apto para o SAM"

Nas Missões de Paz da Organização das Nações Unidas (ONU), ainda há um formulário intitulado, Ficha Médica Padronizada a ser preenchida, de acordo com o QUADRO 3 e conforme a instrução normativa, EMA-402 (BRASIL 2002).

Nas missões destinadas às Operações de Paz e Similares, o preenchimento do anexo E da publicação EMA-402 deve ser realizado pelo médico da própria OM onde sirva o militar ou da OM responsável pela prestação de apoio médico, não se constituindo numa IS. Serão apenas solicitados os exames complementares necessários para preencher os formulários exigidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) (BRASIL,2017).

Concluindo esta seção, fica patente a importância do significado de uma IS bem conduzida, para fornecer a segurança necessária em ratificar a hígidez do candidato, para continuidade do processo seletivo.

4.3 A AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA PERICIAL

A avaliação psiquiátrica diagnóstica possui peculiaridades que divergem da avaliação clínica, que possui critérios de confirmação externa, por meio de exames complementares. Neste tipo de análise predomina a fenomenologia descritiva, que permite que sejam traçados critérios diagnósticos bem sólidos, baseados na observação

clínica, tornando as informações mais confiáveis e menos intuitivas (KAPLAN et al, 2007).

O processo de observação permite detalhar e agrupar os diagnósticos em diretrizes, ou meios de classificação, estabelecidos por entidades internacionais renomadas como a Organização Mundial de Saúde (OMS), na elaboração da Classificação Internacional de Doenças (CID), que está na 11ª Revisão e da Associação Psiquiátrica Americana³⁰, (APA), na elaboração do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais³¹ (DSM) que está na 5ª Revisão.

O método de avaliação pode ser separado em duas etapas distintas, mas que se complementam. A primeira etapa, consiste na entrevista com o examinado, quando são realizadas as seguintes indagações:

- identificação;
- idade (ou a data de nascimento);
- naturalidade;
- filiação;
- constituição do núcleo familiar;
- grau de instrução;
- atividade profissional que desenvolve;
- local de residência;
- história clínica (história pessoal, condições de nascimento);
- doenças que foi acometido e se tem alguma vigente (em tratamento);
- histórico de tratamento psiquiátrico ou psicológico prévio; e
- uso de medicamentos, consumo de derivados etílicos, tabaco, substâncias psicoativas e drogas ilícitas. (KAPLAN et al, 2007).

Torna-se fundamental, antes da entrevista, gerar uma interação empática para garantir a boa relação médico-paciente e obter as informações necessárias para uma avaliação mais fidedigna. Cabe ressaltar que num processo seletivo não é incomum, que informações que possam prejudicar a ratificação da indicação para a comissão sejam omitidas. Existem formas de se chegar a informação pretendida, por intermédio de outros interlocutores (familiares, pessoas do ambiente laboral), por meio de testes psicológicos ou por exames complementares específicos (como o toxicológico, no caso de uso de drogas ilícitas).

³⁰ American Psychiatric Association

³¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

A segunda etapa consiste no exame do estado mental, na qual será feita uma observação mais específica de aspectos cognitivos e emocionais. Nessa etapa verificam-se os seguintes aspectos:

- aparência;
- fala (a forma como se expressa);
- humor;
- afeto;
- pensamento (no curso ou fluxo, forma e conteúdo);
- percepção;
- sensorio (atenção, orientação no tempo e espaço e concentração);
- memória (imediata, recente e de longa duração);
- habilidade para cálculos, conhecimentos e raciocínio abstrato;
- insight³² (capacidade de entendimento, juízo crítico); e
- discernimento - capacidade de auto-determinação (KAPLAN et al, 2007).

As duas etapas se interrelacionam, pois desde o momento em que a entrevista é iniciada, as respostas iniciais já sinalizam alguns aspectos do exame do estado mental. No caso da avaliação ser realizada no militar, algumas particularidades poderão ser acrescentadas na anamnese e exame psíquico, em função da peculiaridade da atividade que desenvolve. Aspectos como pensamento, humor, afeto, a capacidade de entendimento e auto-determinação devem ser mais explorados, afinal a preparação do militar para o combate exigirá muito não só do caráter físico, mas também do mental. A atividade pericial sempre tem relação intrínseca com a atividade laboral realizada, o que justifica a exploração com maior relevância dos aspectos supracitados.

Outra peculiaridade a ser explorada na entrevista é a motivação do voluntariado para Missão de Paz. Casos em que a motivação é puramente financeira, devem ser exaustivamente pesquisados, tendo em vista que o ambiente daquele militar já pode estar prejudicado pelas dívidas que eventualmente possam existir, gerando conflitos familiares. Nessa situação, o aspecto emocional já pode estar comprometido e expor o combatente, já fragilizado emocionalmente em área de conflito, poderá ser extremamente prejudicial e potencial desenvolvedor de transtorno psiquiátrico relacionado a estresse.

No que diz respeito à motivação, o conceito da Teoria da Autodeterminação (FIG. 7) demonstra a existência de um conjunto de comportamentos e habilidades que

³² Entendimento

permitem que o indivíduo desenvolva sua capacidade de ser o responsável pelas suas decisões em relação ao seu futuro (PERELLI, 2017).

A autodeterminação possui as seguintes características básicas:

- 1) ser autônoma;
- 2) autorregulada;
- 3) expressar um “empoderamento” psicológico; e
- 4) ser autorrealizada.

O comportamento autônomo diz respeito às características do indivíduo (suas necessidades, interesses e habilidades). A autorregulação se refere ao uso de meios (resolução de problemas, tomada de decisão e aprendizagem contínua) para o alcance dos resultados desejados.

O “empoderamento” diz respeito à ampliação da autonomia e autodeterminação para que o indivíduo aja de acordo com sua decisão tomada. A autorrealização é resultante de significado de vida, que permite ao indivíduo o sentimento de satisfação pessoal (PERELLI, 2017).

De acordo com Perelli (2017, p.94), em sua dissertação de tese intitulada *Motivação de Militares para participar do processo de expatriação em Missão de Paz no Haiti*, foram selecionados, entre junho de 2014 e junho de 2015, 1.200 militares do Exército Brasileiro (EB). Esse quantitativo de militares foi dividido em 3 grupos, um grupo de 425 militares com a pesquisa sendo realizada antes da missão de paz; 508 militares, durante a missão; e 593 no retorno ao Brasil. A partir dessa pesquisa, os psicólogos emitiram um parecer por escrito, contendo “indicado” para os considerados aprovados e “contraindicado” para os militares que na avaliação psicológica não apresentavam condições emocionais para participar da missão de paz.

Como resultado do trabalho realizado, foram identificados 4 tipos de motivação: motivação autônoma (motivação intrínseca e identificada) e motivação controlada (introjetada e extrínseca). A motivação intrínseca diz respeito à experiência pessoal (momentos no Haiti foram valorizados e a vivência considerada gratificante), a contribuição para o país e dar o devido valor a coisas simples. A motivação identificada está configurada aos aspectos inerentes à carreira militar (aplicar os conhecimentos adquiridos na missão). A motivação introjetada que significa evitar o sentimento de culpa, sensação de fracasso ou incapacidade (relacionada com frustrações vivenciadas no decorrer da missão). A motivação extrínseca refere-se à busca de uma recompensa externa (financeira) (PERELLI, 2017).

Na análise dos dados predominou a motivação intrínseca reforçando que os militares participaram da missão de paz por vontade, prazer e satisfação. A motivação extrínseca, relacionada a compensação pecuniária, não foi determinante, apesar ser mais observada nas graduações mais baixas (PERELLI, 2017).

Outro instrumento auxiliar na avaliação é a aplicação de testes como o Pos Traumatic Stress Disorder Checklist³³ (PCL), que foi aperfeiçoado em versão civil (C) e militar (M), ANEXO D, Positive Affect and Negative Affect Schedule³⁴ - PANAS ANEXO E e o Inventário de Estressores de Força Militar de Paz – IEFMP, ANEXO F. Os testes descritos têm maior validade quando aplicados durante e após o término da missão, após o militar vivenciar as situações estressoras no desempenho do combate. (SOUZA, 2007).

Quanto ao PTSD Checklist versão Militar (PCL-M), trata-se de uma ferramenta útil para auxiliar na detecção de sintomas que podem indicar uma evolução para os diagnósticos de TEPT e possui perguntas específicas de experiências vividas na atividade militar. Consiste em 17 itens de sintomas de estresse pós-traumático, cada um com uma escala de 5 pontos de intensidade. O escore final pode variar de 17 a 85 pontos(SOUZA, 2007). De acordo com Souza (2007, p35 e 38) em seu estudo para detecção de sintomas de estresse pós-traumático em militares em missão no Haiti, 138 combatentes do EB, foram testados com o PCL-M, utilizando um ponto de corte de 50. A prevalência de TEPT encontrada foi de 1,4%, considerada baixa se comparada a outros estudos também utilizando o PCL que em média ficam na faixa de 6,5% a 11%.

A PANAS é uma escala composta de 20 itens, sendo 10 relacionados a afetos positivos e 10 a afetos negativos. As escalas variam de 5 pontos, (1 = Muito Pouco; 5 = Demais), referentes à intensidade com que vivenciam aquele afeto. O objetivo é relacionar a afetividade com um traço de personalidade, indicador da magnitude do afeto (positivo ou negativo), como indivíduo resiliente e adaptável ou potencial desenvolvedor de TEPT (SOUZA, 2007).

O Inventário de Estressores de Força Militar de Paz (IEFMP) foi elaborado no Centro de Estudo de Pessoal do Exército (CEP) para ser utilizado especificamente em militares brasileiros componentes de forças de paz. Possui 46 itens que avaliam situações de estresse comuns em missões de paz. Para cada evento descrito, o militar confirma se vivenciou aquele evento estressante, quantas vezes e o qual o impacto

³³ Lista de verificação de transtorno de estresse pós-traumático

³⁴ Escala de afeto positivo e afeto negativo

causado em uma escala que varia de 1 (nada estressante) a 5 (extremamente estressante) (SOUZA, 2007).

Essa particularização do teste voltado para atividade militar é muito útil de forma preditiva e recomenda-se seu uso também no retorno do militar da missão. O uso das escalas combinadas também poderá ser outra forma de se chegar a um resultado mais efetivo (SOUZA, 2007).

Outras escalas aplicáveis para estudo são a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) que mede dimensões e facetas da personalidade (como mencionado anteriormente, a personalidade influencia na resposta ao estresse) e a CD RISC-25 que mede a resiliência. A BFP avalia:

- Realização, cujas facetas expressam competência, ponderação e empenho. Se relaciona com grau de organização, persistência, controle e motivação em alcançar objetivos. O perfil exibido é de indivíduo decidido, pontual, escrupuloso, ambicioso e perseverante. O paradigma é responsável x negligente.
- Abertura a experiência, cuja faceta revela abertura e busca a novidade, liberalismo. Se relaciona com a necessidade de comportamentos exploratórios, reconhecimento da importância em ter novas experiências. O perfil do indivíduo é curioso, imaginativo, criativo, divertem-se com novas idéias e com valores não convencionais. O paradigma é curioso, criativo, imaginativos x convencional, dogmático, rígido, conservador

A CD RISC-25, foi desenvolvida por Kathryn M. Connor e Jonathan RT Davidson, ambos Médicos norte-americanos, que desenvolveram uma escala com 25 itens associados as relações interpessoais. Itens como enfrentamento de adversidades; confiança e auto-estima em desafios, lidar com o estresse; tempo de recuperação após adoecimento, dificuldades de adaptação a sentimentos desagradáveis e dolorosos; capacidade de oferecer seu melhor em qualquer situação; ter ambição de alcançar objetivos, ser persistente, capacidade de lidar com a pressão e resolver problemas, não se desencorajar após fracasso, tomar decisões difíceis e sentir prazer nos êxitos. A escala tem pontuação para cada pergunta do questionário, com variação de zero (nem um pouco verdade) a quatro (totalmente verdade) (LEMES et al, 2019).

Qualquer outra observação que seja percebida na entrevista, no exame do estado mental, ou na interpretação de testes psicológicos, quando aplicados, deve ser considerado e registrado na emissão do parecer médico solicitado, possibilitando a decisão do AMP, por ocasião do lançamento do laudo.

Neste capítulo fica evidenciada a importância de uma avaliação psiquiátrica detalhada, com a utilização de todas as ferramentas disponíveis, para servir de melhor assessoramento ao processo seletivo e segregar aqueles militares que eventualmente necessitarão de um acompanhamento psiquiátrico ou psicológico, por já possuir uma fragilidade mental prévia.

5. INFLUÊNCIA DA AVALIAÇÃO DE PSIQUIÁTRICA PARA SELEÇÃO MAIS EFICAZ

Apesar da IS cuja finalidade é "Missão no Exterior" (onde está inserida a Missão de Paz da ONU) não possuir dentro dos requisitos a avaliação psiquiátrica (só haverá alguma solicitação se o AMP tiver algum indício dentro do exame inicial para fazê-lo), deve se levar em consideração, alguns fatores de risco, representados pelo ambiente hostil (como por exemplo, condições sanitárias comprometidas, baixa adesão da população local, contenção de ações de um poder paralelo que desestabilize politicamente o país) e as características da missão, no sentido de estar representando as Nações Unidas.

Ainda considerando o levantamento dos dados dos contingentes estudados nesse trabalho tenha apontado um percentual de 0,38 dos casos, índice abaixo da média geral de desenvolvimento do TEPT em condições semelhantes, não torna inválido a necessidade de estudarmos com maior profundidade a evolução do ponto de vista psíquico, do nosso combatente, submetido a condições inerentes a uma missão de paz. A experiência obtida pelo Exército Brasileiro (EB), não só em função do quantitativo de militares designados para a missão de paz, permitiu com o esforço multidisciplinar o desenvolvimento de escalas de avaliação específicas, que auxiliam não só no período pré-comissionamento mas também, pós comissionamento. Alguns dos estudos aqui citados foram realizados utilizando a amostragem dos militares do EB não só pelo quantitativo, mas também pela existência de registros que facilitam a tabulação dos dados pelo pesquisador.

Foi realizada uma pesquisa (QUADRO 8) com 06 dos 10 oficiais médicos responsáveis pela resposta de parecer médico psiquiátrico, na Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), que é considerada a OM hospitalar de alta complexidade para especialidade de psiquiatria. O objetivo da pesquisa foi de colher a impressão sobre a influência da avaliação psiquiátrica para subsidiar a conclusão da IS do AMP. Na coleta de informações algumas indagações foram feitas a respeito da avaliação do militar ainda concorrendo ao processo seletivo e após a conclusão da missão, bem como a identificação do diagnóstico de TEPT, e o assessoramento mais frequente ao AMP ou JS, quanto a atividade laborativa do militar.

Considerando então a amostragem de 60% dos respondentes, os resultados dessa pesquisa foram os seguintes: A finalidade de IS mais comum para recebimento de pedido de parecer psiquiátrico é a de "Término de Restrições".

Dos pedidos de parecer para "Missão no Exterior", relacionado a Missão de Paz das Nações Unidas, 83% dos respondentes afirmaram que não recebem pedidos de avaliação para militares candidatos e nem após concluída a comissão. Como consequência dessa resposta, os 17% que já receberam este tipo de resposta de parecer, estabeleceram que o diagnóstico mais frequente nessa condição, está na faixa de F 40 a F 49 (representado na CID 10, pelos Transtornos de Ansiedade). Quanto a ratificação de identificação do diagnóstico de TEPT, 100% dos respondentes foram capazes de reconhecer a morbidade por ocasião de uma avaliação pericial. Uma vez realizado o diagnóstico de TEPT, 67% dos respondentes assessorou o AMP ou JS, com restrições e 33% com recomendação de afastamento temporário.

Quanto às ferramentas necessárias para avaliação psiquiátrica, 83% dos respondentes considerou que conseguiria responder o parecer psiquiátrico utilizando somente a anamnese e o exame psíquico. Somente 17% afirmou que a utilização da simulação e a anamnese associada ao exame psíquico representa melhor instrumento que possibilite uma conclusão diagnóstica mais efetiva. Com isso 100% dos respondentes acredita ter condições de assessorar na resposta de parecer com uma indicação de "desfavorável" caso seja percebida alguma indicação de alteração no exame psiquiátrico.

Quanto a ferramenta disponível de exames psicológicos (PCL-M, PANAS e IEFMP), 100% dos profissionais não utiliza, e 83% identificam as diferenças entre o preparo do militar comissionado para área de conflito ou missão de paz.

Dos Psiquiatras indagados, 100% afirma que a avaliação psiquiátrica poderá auxiliar na seleção do candidato com melhor perfil de adaptação, resultando como consequência a menor chance de desenvolvimento de TEPT. Há uma concordância portanto quanto a iniciativa de inclusão do pedido de parecer psiquiátrico como pré-requisito de seleção em missão de paz, bem como uma avaliação no retorno da missão, o que possibilitará um aprofundamento do estudo dentro da MB, sobre o desenvolvimento de doenças relacionadas ao estresse em situação de combate, de forma similar com os programas já existentes como o caso do OSCAR, realizado pelos Fuzileiros Navais dos EUA. Os militares que desenvolverem TEPT durante ou após o cumprimento da missão deverão ter um acompanhamento psiquiátrico e psicológico

mais prolongado de forma a permitir sua plena reintegração a atividade laboral, assim como assegurar dados estatísticos mais confiáveis.

A MB realizou recentemente um estudo (em 2018) por meio de um esforço conjunto do Centro de Medicina Operativa da Marinha (CMOpM) e o Serviço de Seleção do Pessoal da Marinha (SSPM), intitulado "Levantamento de Variáveis Comportamentais Críticas no GptFuzNav - República Centro Africana (RCA)", pois em novembro de 2017, a ONU convidou o Brasil a participar da Missão de Paz na RCA, após os 13 anos exitosos no Haiti.

Nesse trabalho produzido foi elaborada uma análise no viés comportamental quanto a susceptibilidade do militar ao estresse, com uso de ferramentas quantitativas na aplicação de testes psicológicos e qualitativas baseadas em "inoculação de estresse", por meio de simulação monitorada.

A pesquisa foi realizada com 206 militares no total e algumas características relevantes do perfil dos militares avaliados, mostrou sua maioria de praças (89,6%), com uma média de 19 anos de serviço ativo, predominando a escolaridade no ensino médio (59%), estado civil casado (54,3%) e solteiro (30,5%), com filhos (57,1%), morando em residência própria (60,5%) e em imóvel alugado (31,9%), índice de satisfação com o trabalho desempenhado (93,3%) e endividamento (52%) da amostragem, situação essa que pode refletir na higidez mental do militar, principalmente se já existir algum comprometimento de ordem familiar. Nesse parâmetro destaca-se a importância que a MB oferece tanto a família quanto ao militar que encontra-se em Missão no Exterior. Quanto a possuírem problemas de saúde, 96,7% se consideraram hígidos, enquanto que 3,3% afirmaram que tinham alguma doença crônica.

Os resultados alcançados nesse trabalho revelaram que mais de 95% dos militares não relataram problemas psicológicos significativos, entretanto, 3,4% merecem atenção especializada, em função de suas respostas na dimensão neuroticismo³⁵, o que os predispõem aos efeitos do estresse. Além disso, em função das frequências observadas, os indicadores abaixo recomendam acompanhamento com um número elevado de militares com relatos de eventuais sintomas depressivos (2,4%), próximo a taxa de prevalência na população comum que é de 5,8%. Da amostragem estudada 5% de militares com tendência a instabilidade emocional e 3% a baixa pro sociabilidade.

³⁵ É uma tendência a experimentar facilmente emoções negativas ante eventos comuns da vida (depressões, sentimento de culpa, inveja, raiva, ansiedade, entre outros).

Ainda que o Brasil tenha desistido de participar da Missão de Paz da ONU na RCA no início de 2018, esse estudo pode ser replicado na sua metodologia, em outras avaliações que se fizerem necessárias de futuras participações da MB em missões da ONU.

Considerando a experiência adquirida pela MB em participação em missões de paz das Nações Unidas, utilizamos muito pouco a ferramenta de pesquisas no campo da saúde mental, e ainda sim, percebe-se que os esforços são realizados por iniciativas isoladas, quando surgem demandas. A literatura científica de estudos com o viés de saúde mental no combatente estão disponíveis, e tem despertado o interesse na produção de pesquisas, considerando as repercussões causadas a um militar, quando há o desenvolvimento de algum transtorno mental e de comportamento. Repercussões não só no ambiente laboral, mas também no núcleo familiar, gerando prejuízos de readaptação e ressocialização, onerando significativamente o sistema de saúde que apóia.

Para que haja maior eficácia no cuidado da higidez mental, precisamos efetuar nossos estudos nesse campo, seguindo uma metodologia que poderá ser adaptada as nossas características, e aprofundar a pesquisa a médio/longo prazo, de forma que possamos cuidar plenamente da saúde psíquica do militar da MB.

6 CONCLUSÃO

Nos 13 anos vivenciados na MINUSTAH, as Forças Armadas Brasileiras cumpriram com êxito a missão para a qual foram designadas, dando destaque ao país, na condução, organização e efetiva transição de governo que permitiu a pacificação do Haiti.

A MB por sua vez contribuiu de forma exemplar com o emprego de seu pessoal e de seus meios para apoio da missão. Dessa participação conquistou um legado importante para preparação de seu pessoal para futuras missões de paz das Nações Unidas possam convidar a participar, com o aval do governo brasileiro.

Ainda que as missões de paz possam apresentar suas diversidades, pelas características de sua finalidade e de seu ambiente (localização geográfica, história do Estado, contexto político e população local com idioma estrangeiro, aderindo a proposta da missão), o elemento humano sempre será o ponto de convergência para a interação e o entendimento entre o povo anfitrião e os militares que estarão sob a égide das Nações Unidas. Além das características inerentes a missão, ainda existem ocorrências inopinadas que podem contribuir e ter influência significativa no estado psíquico do militar. Na MINUSTAH, o terremoto ocorrido em 2010 com 230 mil mortes e mais de 300 mil feridos, além do furacão Matthew em 2016, são exemplos dessa situação.

Por esse motivo é que nesse aprendizado tem que ser capitalizado e transformado em conhecimento para ser transmitido. Da mesma forma o conhecimento não poderá ficar restrito somente ao âmbito militar, mas se estender no campo das ciências, da tecnologia e inovação. No campo da ciência, e em especial na medicina, temos a oportunidade de estimular mais a participação do Oficial Médico da MB a atuar no subsistema operativo, onde seu aprendizado será potencializado a condições bem diversas do que costuma praticar somente no subsistema assistencial.

Utilizando o mesmo raciocínio da gestão do conhecimento, as ocorrências dentro de uma missão de paz, devem ser todas efetivamente registradas, de forma que não seja somente um dado quantitativo, mas também qualitativo, independente do grau de sua complexidade. Na área da saúde mental, ainda existem barreiras e uma sensação incômoda na exposição de sentimentos por parte do militar que possam interferir nas relações com companheiros e superiores hierárquicos. Enquanto essa situação não for completamente desmistificada e ser tratada como qualquer outra condição mórbida, ainda existirá ocultamento de sintomas e negligenciamento de registros que impedem uma análise quantitativa e qualitativa que expressem a realidade. Independente da especialidade do oficial Médico que acompanha o contingente, a tecnologia atual nos

permite sanar qualquer dúvida com especialistas a distância por meio de videoconferência, o que facilita significativamente no oferecimento da melhor assistência ao nosso combatente.

No momento que precede a atuação do combatente na missão de paz, pudemos observar na evolução desse trabalho a importância da etapa da seleção, relacionada a IS. Uma avaliação pericial bem conduzida pelo AMP ou JS é capaz de assessorar com eficácia a indicação de um candidato a missão, entretanto a avaliação psiquiátrica só será realizada se houver algum indício na entrevista preliminar com o AMP, que evidencie a necessidade de complementar a IS. Apesar da liberdade do AMP de poder solicitar qualquer avaliação especializada, na Instrução Normativa que regulamenta as IS da MB, o parecer psiquiátrico é solicitado na Missão a Antártica e na Localidade Deficiente em Assistência Sanitária (como ocorre para o militar voluntário para fazer parte do Destacamento do Posto de Observação da Ilha da Trindade). Ambas as comissões possuem um diferencial pela característica da distância e isolamento, com recursos limitados na assistência médica.

Ainda sim, pudemos observar que dentro do processo seletivo da MINUSTAH no que tange à realização da IS houve uma condução eficaz, considerando a amostragem pesquisada, representado pelo baixo percentual de registros diagnósticos de transtornos psiquiátricos relacionados ao estresse traumático. Os relatórios de fim de comissão disponibilizados para este trabalho, mesmo sendo de contingentes diferentes dos selecionados na pesquisa das IS, não mostraram registros específicos (qualitativos) contendo aspecto de doença psiquiátrica. A análise dos atendimentos era mais quantitativa, com registros específicos de alguma doença, somente quando havia relevância para a missão (como ocorreu em casos de cólera no Haiti).

Na pesquisa efetuada por meio da amostragem dos 5 contingentes avaliados, o método de localização das IS em 91%, também possibilitou traduzir uma amostragem de evolução de transtornos mentais relacionados ao estresse (em 0,38%), em valores abaixo da média, no caso do TEPT, se comparado com estudos de militares dos EUA que participaram de conflitos (1,9 a 25%). Uma análise estatística abaixo da média geral parece gerar um significado de pouca relevância, entretanto não podemos descartar algumas possibilidades de negligenciamento de registros e omissão de sintomas do combatente com a preocupação de gerar prejuízo em seu desempenho na missão e em sua carreira. O fato das Forças Armadas dos EUA possuírem percentual de TEPT tão expressivo, se deve ao quantitativo de seus militares, cuja condição de prontidão

irrestrita, permite ter uma amostragem significativa para realizar estudos avançados na área médica e em especial na saúde mental. Como citado, pesquisas com simuladores e o uso de realidade virtual, são estimuladas pelo governo dos EUA, em parceria de empresas que inovam com a fabricação desses dispositivos, com renomados cientistas que desenvolvem os protocolos de aplicação dessas ferramentas criadas pela indústria, para prevenção e tratamento do TEPT.

Apesar de não dispormos do volume de recursos dos EUA, não existe melhor oportunidade com o aumento da participação da MB em missões de paz das Nações Unidas, de aprofundar o estudo no que diz respeito à manutenção da saúde mental do nosso militar, preferencialmente agregando esforços de OM de saúde envolvidas com os subsistemas operativo, pericial e assistencial, além da cooperação tática dos N-SAIPM e SSPM, com o trabalho exercido pelos psicólogos, de extrema relevância, no âmbito comportamental. Atualmente temos à nossa disposição espaços com simuladores e profissionais habilitados para estabelecer protocolos de avaliação que possibilitem a análise do perfil de um combatente e projetar uma tendência de desenvolvimento de algum adoecimento psíquico.

A avaliação psiquiátrica do militar ainda no período de seleção se mostrou relevante, fato esse corroborado por especialistas em pesquisa realizada na UISM, considerada OM de alta complexidade na especialidade de psiquiatria. Ainda segundo a pesquisa realizada, a avaliação psiquiátrica teria uma confiabilidade maior se houvesse a possibilidade de submeter o combatente a uma simulação, com "inoculação de estresse", com o objetivo de verificar sua resposta de adaptação a situação em que foi exposto. A avaliação nessa sequência acaba gerando um melhor assessoramento ao AMP ou JS.

Atendendo ao objetivo geral da pesquisa, no intuito de aumentar a relevância da avaliação psiquiátrica pericial a aprimorar processos na seleção de militares para missões de paz, sugere-se:

- 1) Proposição por ocasião da revisão da DGPM-406 (REV8) da inclusão da solicitação de avaliação psiquiátrica na IS para finalidade "Missão no Exterior" (quando a especificidade for Missão de Paz) e também quando retornar da comissão, antes da reintegração a sua OM de origem.
- 2) Realização da avaliação psiquiátrica logo após submeter o militar à condição de estresse monitorado, para melhor percepção das suas respostas frente à adversidade imposta. Nesse caso, o evento deverá ocorrer na OM com a disponibilidade do

simulador para realização do teste com a presença do profissional da área de saúde mental para avaliar o desempenho do combatente na simulação proposta.

3) Durante a missão de paz os registros médicos deverão ser realizados em formulário próprio, para permitir não só a informação quantitativa, que possibilite posteriormente a análise mas também qualitativa de forma discriminada e classificada de acordo com a CID vigente. Por se tratar de documentação médica, deverá ter seu grau de sigilo preservado e sua guarda ser mantida na UMEM, para arquivamento e consultas posteriores que incentivem novas pesquisas e estudos científicos.

As sugestões citadas não requerem grandes investimentos, mas sim uma revisão de processos, pois a grande força para executar esse aprimoramento é o recurso humano habilitado para o desempenho da função na área da saúde. A integração desses profissionais entre as OM que fazem parte dessa revisão do processo certamente permitirá a MB lograr êxito nessa empreitada.

Com esses elementos acima citados, associados, teremos condições de aprofundarmos mais a pesquisa referente ao desenvolvimento de doenças psiquiátricas relacionadas ao estresse, permitindo uma melhor higidez no que diz respeito a saúde mental do militar da MB.

Finalmente, responde-se de forma afirmativa ao problema proposto no presente trabalho, por concluir-se sobre a importância da avaliação psiquiátrica pericial como instrumento para selecionar o militar com o melhor perfil adaptativo, de forma a contribuir com a prevenção do desenvolvimento de transtornos associados a estresse de origem traumática em missão de manutenção da paz.

7. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5 / American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. Porto Alegre : Artmed.

BALLONE G.J., Estresse – Fisiologia – in. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2015, acessado em 06mai2020.

BAPTISTA, G. Estresse em combate reconhecer o transtorno de estresse pós-traumático: aplicação na Marinha do Brasil do protocolo de identificação utilizado no USMC. Monografia do Curso de Política e Estratégia Marítima. Escola de Guerra Naval, 2017.

BRAGA, C.C.V., Os Desafios Iniciais da Participação das Forças Armadas Brasileiras na Missão das Nações Unidas para a Estabilização do Haiti, 13 anos do Brasil na Minustah: lições aprendidas e novas perspectivas, cap. 8, p 88-100., Centro de Instrução Almirante Sylvio de Camargo, Rio de Janeiro, 2019.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Página 11.

BRASIL, Subchefia para Assuntos Jurídicos da Casa Civil da Presidência da República, Decreto n.19.841 de 22 de outubro de 1945, Rio de Janeiro, disponível em [BRASIL, Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha. DGPM-406: Normas sobre Inspeções de Saúde na Marinha do Brasil. 8ª. Rev, Rio de Janeiro, 2018.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/19301949/D19841.htm#:~:text=DECRET O%20N%C2%BA%2019.841%2C%20DE%2022%20DE%20OUTUBRO%20DE%201945.&text=Promulga%20a%20Carta%20das%20Na%C3%A7%C3%B5es,Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Internacional%20das%20Na%C3%A7%C3%B5es%20Unidas, acessado em 02mai2020.</p>
</div>
<div data-bbox=)

BRASIL, Estado-Maior da Armada. EMA-402. Operações de Manutenção da Paz. 1ª Edição, Brasília, 2002.

BRITO JAQUES, A. A., As neuroses de guerra e traumáticas: respostas do sujeito à barbárie, Trivium vol. 4 no.1 Rio de Janeiro, jan./jun. 2012 <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S2176-48912012000100003>, acessado em 10mai2020

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

DURANS, C.A., SANTOS, R.E., Haiti: significado histórico, realidade e perspectivas, Revista Política Pública, número especial, p.127-133, São Luis, 2016.

FAGANELLO, P. L. F., Operações de Manutenção da Paz da ONU De que forma os Direitos Humanos Revolucionaram a principal ferramenta internacional da paz, Fundação Alexandre Gusmão, p 51-54, 70-75, Brasília, 2013.

FARIAS, F, Sobre o Conceito de Estresse, *Arq.Bras.Psic*, Rio de Janeiro, v.38, n.4, p.97, out/dez. 1985

FASULO, L.M. An Insider's Guide to the UN., New Heaven, Yale University Press, p 3-8, 2004.

FILHO, J.V., Os desafios do início da missão, 13 anos do Brasil na Minustah: lições aprendidas e novas perspectivas, cap. 5, p 69-71, Centro de Instrução Almirante Sylvio de Camargo, Rio de Janeiro, 2019.

KAPLAN, H.I., et al., Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LEMES, M.R, et al, Nível de resiliência em idosos segundo a escala de Connor-Davidson: uma revisão sistemática, *Rev. bras. geriatr. gerontol.* vol.22 n°.3, Rio de Janeiro, Set 26, 2019, https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232019000300302&script=sci_arttext&tlng=pt, acessado em 16ago2020.

MENDES, D. M. C. Implicações do estresse em operações de paz: Minustah, 2011.. Monografia do Curso de Política e Estratégia Marítima. Escola de Guerra Naval, 2011.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL , ONU conta história das Missões de Manutenção de Paz, que completam 68 anos disponível em, <https://nacoesunidas.org/onu-conta-a-historia-missoes-de-manutencao-de-paz-que-completa-68-anos-de-existencia/>, 2016, acessado em 07jun2020.

NETO, F. P. V., Epopéia militar brasileira no Haiti. A participação do Brasil na MINUSTAH (2004-2017): percepções, lições e práticas relevantes para futuras missões, Edição especial, Instituto Igarapé, Rio de Janeiro, 2017.

OSORIO, L. F. B., A estrutura da Organização das Nações Unidas e seus desafios contemporâneos : reforma institucional e proteção de direitos humanos, disponível em <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-117/a-estrutura-da-organizacao-das-nacoes-unidas-e-seus-desafios-contemporaneos-reforma-institucional-e-protecao-de-direitos-humanos>, acessado em 07 jun 2020.

PEREIRA, A. H R., O primeiro ano da MINUSTAH, 13 anos do Brasil na Minustah: lições aprendidas e novas perspectivas, cap. 7, p 81-85, Centro de Instrução Almirante Sylvio de Camargo, Rio de Janeiro, 2019.

PERELLI, M.T, Motivação de Militares para participar do processo de expatriação em Missão de Paz no Haiti, 2017. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

SELYE, H. The Stress of Life. New York: McGraw-Hill, 1956.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, OMS conclui revisão da nova CID, que entrará em vigor a partir de janeiro de 2022, 17ago,2018, disponível <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/oms-conclui-revisao-da-nova-cid-que-entrara-em-vigor-a-partir-de-janeiro-de-2022/>, acesso em 24 mai 2020.

SOUZA, W. F. de, Sintomas de Estresse Pós-Traumático em militares brasileiros em Missão de Paz no Haiti, 2007, 53f, Dissertação (Mestrado em Ciências), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

SPIRA, J., et al. Future Directions of Technological Advances in Prevention, Assessment, and Treatment for Military Deployment Mental Health , *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, Volume 13, n 1, p 109-117, 2010.

8. ANEXOS

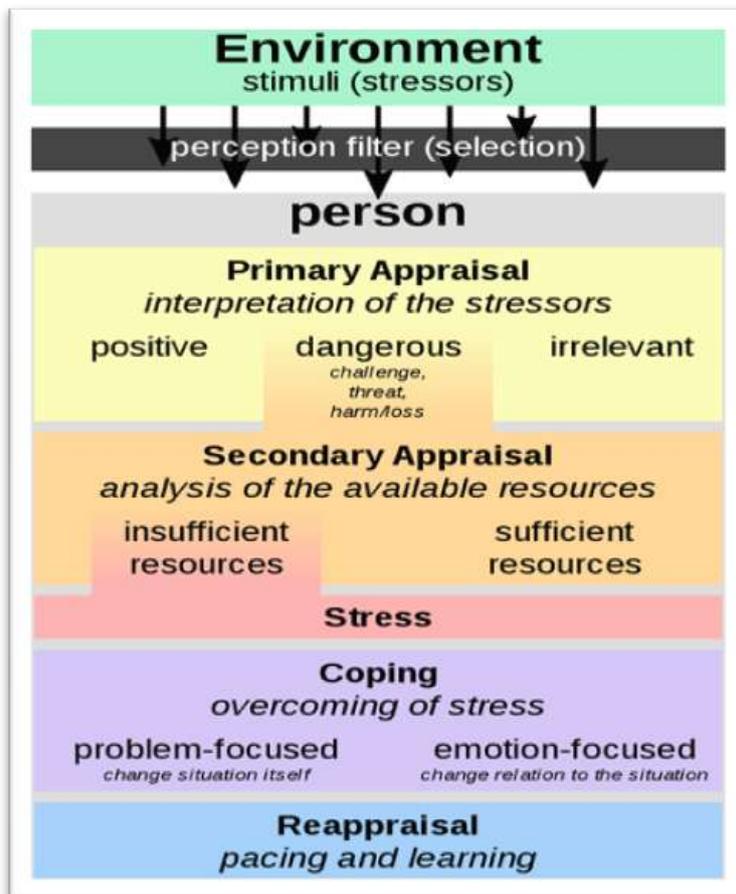


FIGURA 1 - Modelo Transacional de Lazarus

Fonte: GUTTMANN, 2016 <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=45616588>, Acessado em 20 jun 2020.

Nota: O Modelo Transacional de Lazarus mostra como o estímulo estressor é depurado pelo indivíduo, gerando avaliações escalonadas. Caso o estímulo seja perigoso, proporcionando desafio, ameaça, prejuízo ou perda, nova avaliação é realizada para identificar se existem recursos suficientes para confrontar o estímulo estressor. Caso os recursos sejam insuficientes a resposta de estresse é gerada, evoluindo com o enfrentamento. Após a compreensão do estímulo e estabilização emocional, o estressor é superado e o indivíduo retorna a condição inicial com o aprendizado de como enfrentar aquele estressor.

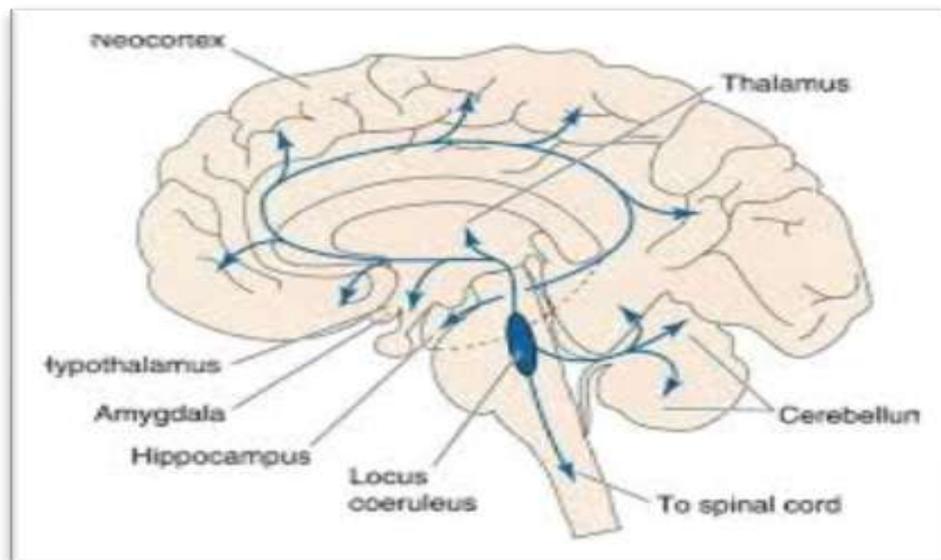


FIGURA 2 - Locus coeruleus e vias noradrenérgicas

Fonte: https://www.researchgate.net/figure/The-Locus-Coeruleus-Norepinephrine-LC-NE-System_fig1_325625804 [accessed 20 Jun, 2020]

Nota: Localização do locus coeruleus na porção caudal da ponte, estrutura produtora de noradrenalina, com o fluxo desse neurotransmissor no cérebro (hipocampo, corpo amigdalóide, hipotálamo, neocórtex e tálamo), além do cerebelo e medula espinhal.

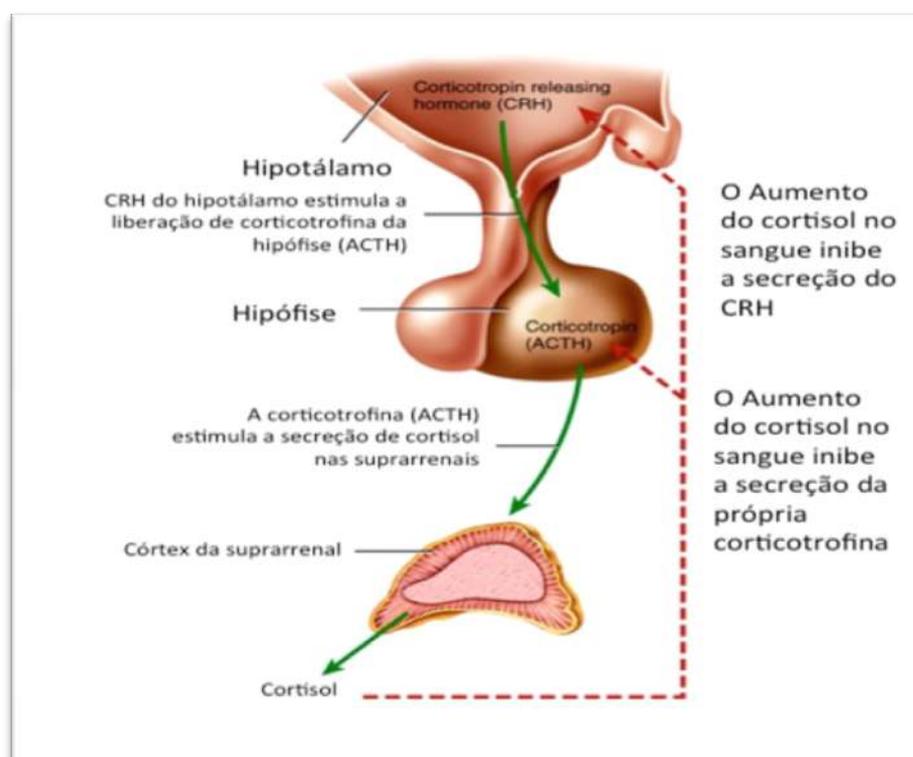


FIGURA 3 – Circuito endócrino Adeno-hipofisário-adrenal

Fonte: BALLONE, 2015 em <http://psiqweb.net/index.php/estresse-2/estresse-fisiopatologia/#:~:text=Quando%20o%20c%C3%A9rebro%2C%20independente%20da,Geral%20da%20Adapta%C3%A7%C3%A3o%20ou%20Estresse>, acessado em 10 mai 2020.



FIGURA 4 – Simulador de treinamento em vila Iraquiana

Fonte: SPIRA. *et al.*, 2010.

Nota: A reprodução do cenário que será encontrada em combate, permite ao militar desenvolver respostas de enfrentamento mais precoces, gerando resiliência e adaptação ao ambiente estressor.



FIGURA 5 – Uso da realidade virtual e monitoramento das respostas do combatente

Fonte: Fonte: SPIRA. *et al.*, 2010.

Nota: O sistema desenvolvido em realidade virtual permite monitorar as reações do combatente em relação a frequência, ritmo cardíaco, incursões respiratórias, temperatura corporal e reflexos aos estímulos. A interpretação dos resultados permite ao operador graduar a inoculação do estresse, para criar no combatente mecanismos de resiliência e adaptação mais precoces.

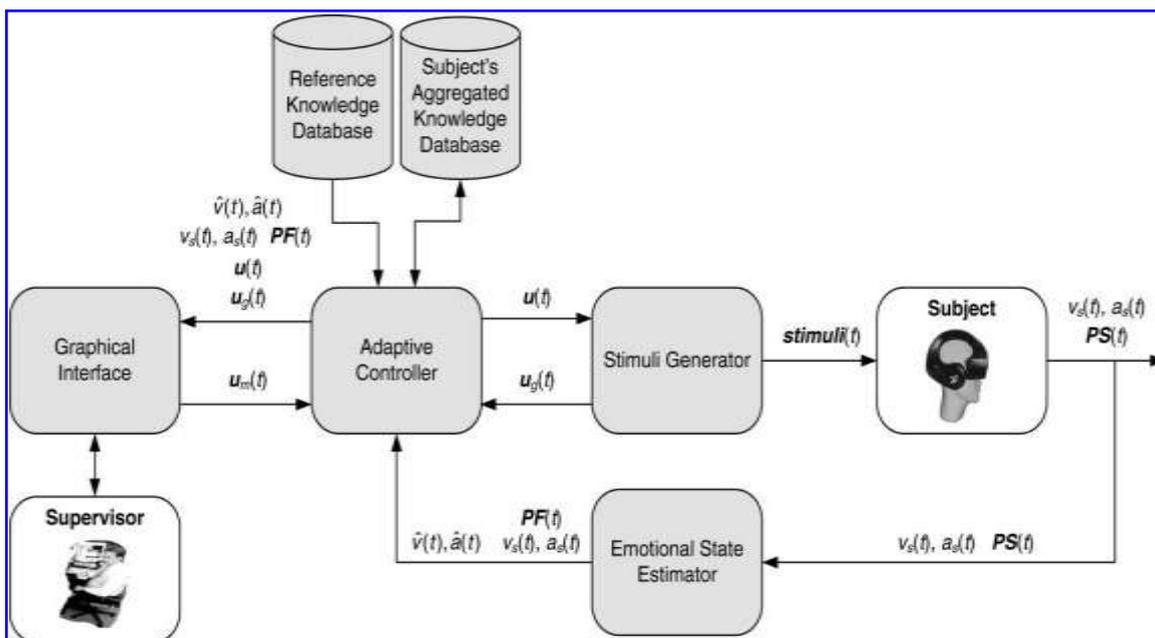


FIGURA 6 - Estimulação adaptativa da realidade virtual orientada à fisiologia

Fonte: SPIRA. *et al.*, 2010, p. 113

Nota: O supervisor da programação simula a interface gráfica com a inserção das informações do banco de dados de forma controlada, que permita gerar um estímulo no indivíduo e possa obter uma avaliação de suas respostas. Essas respostas vão sendo inseridas no banco de dados daquele indivíduo, de forma a permitir uma inoculação de estresse gradual.

TEORIA DA AUTODETERMINAÇÃO

Self-determination Theory (SDT)



FIGURA 7 - Teoria da Autodeterminação

Fonte: angelopublico.com.br

Nota : Existência de um conjunto de comportamentos e habilidades que permitem que o indivíduo desenvolva sua capacidade de ser o responsável pelas suas decisões em relação ao seu futuro.

QUADRO 1

Critérios diagnósticos do Transtorno de Estresse Agudo - 308.3

A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violação sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
2. Testemunhar pessoalmente o evento ocorrido a outras pessoas.
3. Saber que o evento ocorreu com familiar ou amigo próximo. **Nota:** Nos casos de morte ou ameaça de morte de um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos, policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).

Nota: Isso não se aplica à exposição por intermédio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.

B. Presença de nove (ou mais) dos seguintes sintomas de qualquer uma das cinco categorias de intrusão, humor negativo, dissociação, evitação e excitação, começando ou piorando depois da ocorrência do evento traumático:

Sintomas de intrusão

1. Lembranças angustiantes recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento traumático. **Nota:** Em crianças, pode ocorrer a brincadeira repetitiva na qual temas ou aspectos do evento traumático são expressos.
2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o afeto do sonho estão relacionados ao evento. **Nota:** Em crianças, pode haver pesadelos sem conteúdo identificável.
3. Reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse acontecendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um *continuum*, com a expressão mais extrema sendo uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.) **Nota:** Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer nas brincadeiras.
4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ou reações fisiológicas acentuadas em resposta a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

Humor negativo

1. Incapacidade persistente de vivenciar emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).

Sintomas dissociativos

2. Senso de realidade alterado acerca de si mesmo ou do ambiente ao redor (p. ex., ver-se a partir da perspectiva de outra pessoa, estar entorpecido, sentir-se como se estivesse em câmera lenta).
3. Incapacidade de recordar um aspecto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).

Sintomas de evitação

4. Esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca do, ou fortemente relacionados ao, evento traumático.
5. Esforços para evitar lembranças (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca do, ou fortemente relacionados ao, evento traumático.

Sintomas de excitação

6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade de iniciar ou manter o sono, sono agitado).
7. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos como agressão verbal ou física em relação a pessoas ou objetos.
8. Hipervigilância.
9. Problemas de concentração.
10. Resposta de sobressalto exagerada.

c. A duração da perturbação (sintomas do Critério B) é de três dias a um mês depois do trauma. **Nota:** Os sintomas começam geralmente logo após o trauma, mas é preciso que persistam no mínimo três dias e até um mês para satisfazerem os critérios do transtorno.

d. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento ou álcool) ou a outra condição médica (p. ex., lesão cerebral traumática leve) e não é mais bem explicada por um transtorno psicótico breve.

QUADRO 2

Critérios Diagnósticos do Transtorno de Estresse Pós-traumático - 309.81

A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas.
3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).

Nota: O Critério A4 não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.

B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência:

1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.

Nota: Em crianças acima de 6 anos de idade, pode ocorrer brincadeira repetitiva na qual temas ou aspectos do evento traumático são expressos.

2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático.

Nota: Em crianças, pode haver pesadelos sem conteúdo identificável.

3. Reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um *continuum*, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.)

Nota: Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira.

4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.
5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

C. Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos:

1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.

2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.

D. Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).

2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., “Sou mau”, “Não se deve confiar em ninguém”, “O mundo é perigoso”, “Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”).

3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).

5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.

6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.

7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).

E. Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente

expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.

2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.

3. Hipervigilância.

4. Resposta de sobressalto exagerada.

5. Problemas de concentração.

6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

F. A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.

G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

Fonte: DSM V, 2014.

QUADRO 3
FICHA MÉDICA PADRONIZADA

FAO	GATT	IAEA	ILO	ITC	ITU	UN	UNDP	UNESCO	UNICEF	UNIDO	WHO	WIPO	WMO	
CONFIDENTIAL		ENTRY MEDICAL EXAMINATION							<i>UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES</i>					
<p>I hereby authorize any of the doctors, hospitals or clinics mentioned in this form to provide the united nations Medical Service with copies of all my medical records so that the Organization can take action upon my application for employment.</p> <p>I certify that the statements made by me in answer to the questions below are, to the best of my knowledge, true, complete and correct. I realize that any incorrect statements or material omission in the medical information form or in any other document required by the Organization renders a staff member liable to termination or dismissal.</p> <p>Date:..... Signature:.....</p>														
Pages 1 and 2 are to be completed by the candidate														
FAMILY NAME (IN BLOCK CAPITALS)				GIVEN NAMES				MAIDEN NAME (FOR WOMEN ONLY)				SEX: M		
ADDRESS (STREET, TOWN, DISTRICT OR PROVINCE, COUNTRY):								DATE OF BIRTH:		NATIONALITY:				
DUTY STATION				TELEPHONE:		BIRTHPLACE:								
				PRESENT MARITAL STATUS										
				Married		DATE:		Divorced		DATE				
				Separated		DATE		Widowed		DATE				
<p>Have you ever undergone a medical examination for the United Nations or one of its agencies?</p> <p>Have you ever been employed by the United Nations or one of its agencies?</p> <p>If so, please state when, where and for which Organization:</p>														
FAMILY HISTORY														
Relative	Age (if still alive)	State oh Health (if still alive, present state; if deceased, cause of death)	Age at death	Have members of your family had following illnesses or disorders			Yes	No	Who?					
Father				High Blood Pressure										
Mother				Heart Disease										
Brothers				Diabetes										
Sisters				Tuberculosis										
Spouse				Asthma										
Children				Cancer										
				Epilepsy										
				Mental Disorders										
				Paralysis										
TO BE COMPLETED BY THE OFFICIAL REQUESTING THE MEDICAL EXAMINATION							TO BE COMPLETED BY THE DIRECTOR OF THE MEDICAL SERVICE							
Name of Official:							Medical Classification:		1a	1b	2a	2b		
Department or Unit:							Comments:							
Date:							Date:		Signature:					
VERY IMPORTANT: Please indicate the recruiting Agency or Organization:														

Each question requires a specific answer (yes, no, date, etc.); to leave a blank or draw a line is not sufficient, if the questionnaire is not fully completed and inquiries are therefor needed, time may be last.

1. Have you suffered from any of the following diseases or disorders? Check yes or no, if yes, state the year.

	YES Date	NO		YES Date	NO		YES Date	NO		YES Date	NO
Frequent sore throats			Heart and blood vessel disease			Urinary disorder			Fainting spells		
Hay fever			Pains in the heart region			Kidney trouble			Epilepsy		
Asthma			Varicose veins			Kidney stones			Diabetes		
Tuberculosis			Frequent indigestion			Back pain			Gonorrhoea		
Pneumonia			Ulcer of stomach or duodenum			Joint problems			Any other sexually transmitted disease		
Pleurisy			Jaundice			Skin disease			Tropical disease		
Repeated bronchitis			Gall stones			Sleeplessness			Amoebic dysentery		
Rheumatic fever			Hernia			Any nervous or mental disorder			Malaria		
High blood pressure			Hemorrhoids			Frequent headache					

2. Are you being treated for any condition now? _____ Describe: _____

3. Have you ever coughed up blood? _____

4. Have you ever noticed blood in your stools? _____ In your urine? _____ Give details: _____

5. Have you ever been hospitalized (hospital, clinic, etc.)? _____
Why, where and when? _____

6. Have you ever been absent from work for longer than one month through illness? _____ If so, when? _____
What illness? _____

7. Have you had any accidents as a result of which you are partially disabled? _____ If so, what and when? _____
Do you have any other disability? _____

8. Have you ever consulted a neurologist, a psychiatrist or a psychoanalyst? _____
If so, please give his/her name and address: _____

For what reason? _____ Date of the consultation: _____

9. Are you taking any medicine regularly? _____ If so, which? _____

10. Have you gained or lost weight during the last three years? _____ If so, how much? _____

11. Have you ever been refused life insurance? _____ If so, state reason: _____

12. Have you ever been refused employment on health grounds? _____ If so, state reason: _____

13. Have you ever received or applied for a pension or compensation for any permanent disability? _____ Degree? _____
Please give details: _____

14. Have you ever stayed in a tropical country? _____ If so, for how long? _____

15. Have you in the past suffered from any condition which prevented travel by air? _____

16. Do you consider yourself to be in good health? _____ Do you have full work capacity? _____

17. Do you smoke regularly? _____ Yes _____ No _____ If so, what do you smoke? _____ Cigarettes _____ Pipes _____ Cigars
For how many years have you smoked? _____ How much per day? _____

18. Daily consumption of alcoholic beverage: _____

19. Has any doctor or dentist advised you to undergo medical or surgical treatment in the foreseeable future? _____
Give details: _____

20. Give any other significant information concerning your health: _____

21. What is your occupation? _____ Indicate the last three posts you have occupied: _____

22. List any occupational or other hazards to which you have been exposed: _____

23. Have you been rejected for military services for medical reasons? _____

24. FOR WOMEN Are your periods regular? _Yes _No Are they painful _Yes _No Do you have to stay in bed when they come? _Yes _No If so, for how long? _____ Date of your last period: _____	Do you take contraceptive pills? ___ Yes ___ No If so, for how many years have you been doing so? _Have you ever been treated for a gynecological complains? _Yes _No If so, which? _____
---	--

TO BE COMPLETED BY THE EXAMINING PHYSICIAN	
<u>GENERAL APPEARANCE</u> Height: cm. _____ Weight: kg _____	
Skin: _____ Scalp: _____	
<u>SIGHT, MEASURED VISUAL ACUITY</u>	
Gross vision: Right: _____ Left: _____ Pupils: Equal? _____ Regular: _____	
Vision with spectacles: Right: _____ Left: _____ Fundi (if necessary): _____	
Near vision: Right: _____ Left: _____ Colour vision: _____	
With correction: Right: _____ Left: _____	
<u>HEARING</u> (test by whispering)	Right: Normal: _____ Sufficient: _____ Insufficient: _____ Left: Normal: _____ Sufficient: _____ Insufficient: _____ Ear drum: Right: _____ Left: _____
<u>NOSE – MOUTH - NECK</u>	Nose: _____ Pharynx: _____ Teeth: _____ Tongue: _____ Tonsils: _____ Thyroid: _____
<u>CARDIOVASCULAR SYSTEM</u> <u>Peripheral arteries</u>	
Pulse rate: _____ Auscultation: _____ Carotid: _____	
Rhythm: _____ Blood pressure: _____ Posterior tibial: _____	
Apex beat: _____ Varicose veins: _____ Dorsalis pedis: _____	
<u>RESPIRATORY SYSTEM</u> Breasts	
Thorax: _____	
<u>DIGESTIVE SYSTEM</u> Spleen: _____	
Abdomen: _____ Hernia: _____	
Liver: _____ Rectal examination: _____	
<u>NERVOUS SYSTEM</u> Plantar reflexes: _____	
Papillary reflexes: { - To light: _____ Motor functions: _____	
Patellar reflexes: _____ - On accommodation: _____ Sensory functions: _____	
Achilles reflexes: _____ Muscular tonus: _____	
Romberg's sign: _____	
<u>MENTAL STATE</u>	
Appearance: _____ Behaviour: _____	
<u>GENITO-URINARY SYSTEM</u>	
Kidneys: _____ Genitals: _____	
<u>SKELETAL SYSTEM</u>	
Skull: _____ Upper extremities: _____	
Spine: _____ Lower extremities: _____	
<u>LYMPHATIC SYSTEM</u>	
<u>CHEST X-RAY</u> (Full size film – Please send film itself, the radiologist's report is not sufficient. Lateral film not necessary unless indicated medically.)	

LABORATORY

The results of all the following investigations must be included except where marked "if indicated".
 Except by prior agreement, only the investigations mentioned are done at the Organization's expenses.

Urine: Albumin: _____ Sugar _____ Microscopic _____

Blood: Haemoglobin: _____ % _____ grams/l Leucocytes: _____

Haematocrit: _____ % _____ Differential count (if indicate: _____

Erythrocytes: _____ Blood sedimentation rate: _____

Blood chemistry (if these tests can be carried out on the spot):

Sugar: _____ Urea or creatinine: _____

Cholesterol: _____ Uric acid: _____

Serological test for syphilis: Please attach laboratory report

Stool examination (if indicated):

COMMENTS (Please comment on all the positive answers given by the candidate and summarize the abnormal findings)

CONCLUSIONS (Please state your opinion on the physical and mental health of the candidate and fitness for the proposed post)

The examining doctor is requested before sending this report to verify that the questionnaire, pages 1 and 2 of this form, has been fully completed by the candidate and that all the results of the investigations required are given on the report.
 Incomplete reports are a major source of delay in recruitment.

Name of the examining physician (in block capitals):

Address: _____

Signature: _____

Date: _____

Observação: Esta ficha deve ser preenchida por ocasião da Inspeção de Saúde do candidato, durante a Fase de Seleção. Uma cópia deve ser anexada ao Prontuário Médico Individual (PMI) do Candidato. Outra cópia deve ser apresentada pelo militar, ao setor responsável do Organismo a que o mesmo vier a ficar subordinado, por ocasião de sua chegada à área de operações.

QUADRO 4
PTSD Checklist – Military Version (PCL-M)

Instruções:

- Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que veteranos às vezes apresentam como uma reação a experiências militares estressantes.
- Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês.
- Por favor, marque 1 para “nada”, 2 para “um pouco”, 3 para “médio”, 4 para “bastante” e 5 para “muito”.

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

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

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

QUADRO 5
ESCALA DE AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS (PANAS)

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

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

Em geral, em média você se sente:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ___ Interessado. ___ Aflito. ___ Empolgado. ___ Chateado. ___ Forte. ___ Culpado. ___ Com medo. ___ Hostil. ___ Entusiasmado. ___ Orgulhoso. | <ul style="list-style-type: none"> ___ Irritável. ___ Alerta. ___ Envergonhado. ___ Inspirado. ___ Nervoso. ___ Determinado. ___ Atento. ___ Agitado. ___ Ativo. ___ Apavorado |
|---|--|

QUADRO 6
Inventário de Estressores de Força Militar de Paz (IEFMP)

INSTRUÇÕES:

COM BASE NAS SUAS **EXPERIÊNCIAS DOS ÚLTIMOS 6 MESES NO HAITI**, RESPONDA O QUESTIONÁRIO ABAIXO MARCANDO A SUA RESPOSTA CONFORME PEDIDO:

NA COLUNA “C” INDIQUE SE ACONTECEU O PROBLEMA MENCIONADO NA COLUNA “B”

NA COLUNA “D” DÊ UMA NOTA DE 1 A 5 PARA ESSE PROBLEMA, CASO TENHA OCORRIDO, PARA MOSTRAR O NÍVEL DE ESTRESSE QUE SENTIU.

NA COLUNA “E” ESCREVA O NÚMERO DE VEZES QUE O PROBLEMA OCORREU COM VOCÊ. NA COLUNA “F” DESCREVA O QUE FEZ PARA LIDAR COM O PROBLEMA OCORRIDO.

NA COLUNA “G” INDIQUE O QUANTO FOI EFICAZ A MANEIRA, ESTRATÉGIA OU RECURSO QUE VOCÊ USOU PARA ENFRENTAR O PROBLEMA

A	B	C		D	E	F	G		
ITEM	PROBLEMA EXPERIMENTADO	OCORREU		INTENSIDADE	FREQUÊNCIA	O QUE FEZ PARA ENFRENTAR O PROBLEMA “A ESTRATÉGIA OU RECURSO QUE USOU” Favor descrever resumidamente como lidou com problema.	RESULTADO COMO A ESTRATÉGIA OU RECURSO FUNCIONOU?		
		SIM	NÃO	1= nada estressante 5 = extremamente estressante	Número de vezes que o problema ocorreu nos últimos 6 meses		Nada	Mais ou menos	Muito
1	Presenciar atrocidades ou agressões cometidas contra civis			1-2-3-4-5					
2	Contato com cadáver ou restos mortais			1-2-3-4-5					

3	Saber de pessoas que foram mortas ou seriamente feridas			1-2-3-4-5				
4	Estar vulnerável ou sujeito a incidentes e não poder reagir com poder de fogo			1-2-3-4-5				
5	Ter sofrido agressão física pela população local			1-2-3-4-5				
ITEM	PROBLEMA	SIM	NÃO	INTENSIDADE	Nr DE VEZES	O QUE FEZ PARA ENFRENTAR O PROBLEMA	RESULTADO	
6	Ter sido agredido verbalmente pela população local			1-2-3-4-5				
7	Dificuldade de comunicação com a população local			1-2-3-4-5				
8	Agressividade e oposição por parte da população local			1-2-3-4-5				
9	Risco pessoal de ferimento e morte durante missão			1-2-3-4-5				
10	Diferentes valores, regras e costumes da população local			1-2-3-4-5				
11	Condições miseráveis de vida da população local			1-2-3-4-5				

12	Ficar confinado/isolado na base			1-2-3-4-5					
13	Ter ficado doente			1-2-3-4-5					
14	Devido à convivência forçada nas dependências da base, conflito(s) com pessoa(s) bem diferente(s) de você			1-2-3-4-5					
15	Má qualidade de alimentação e água			1-2-3-4-5					
16	Escassez ou falta de alimentação ou água			1-2-3-4-5					
17	Dificuldades com condições climáticas (muito calor, vento, tempestades e etc.)			1-2-3-4-5					
18	Falta de privacidade na base			1-2-3-4-5					
19	Problema(s) com “fofoca(s)” na base			1-2-3-4-5					
ITEM	PROBLEMA	SIM	NÃO	INTENSIDADE	Nr DE VEZES	O QUE FEZ PARA ENFRENTAR O PROBLEMA			RESULTADO
20	Dificuldades enfrentadas pela família que está longe			1-2-3-4-5					

21	Falta de apoio para resolução de problemas que ocorreram no Brasil			1-2-3-4-5					
22	Pouca oportunidade de lazer na base			1-2-3-4-5					
23	Poucos recursos (computares e telefones) para se comunicar com a família e amigos			1-2-3-4-5					
24	Risco de contrair doenças infecciosas			1-2-3-4-5					
25	Ficar entediado			1-2-3-4-5					
26	Estar longe da família e amigos			1-2-3-4-5					
27	Dificuldade do(s) superior(es) para tomar a decisão cabível e adequada			1-2-3-4-5					
28	Falta de informações precisas sobre o que lhe cabia fazer			1-2-3-4-5					
29	Falta de informações sobre o que estava realmente acontecendo fora da base			1-2-3-4-5					

30	Falta de clareza do(s) superior (es) na comunicação do que devia ser feito			1-2-3-4-5					
31	Dificuldade para aliviar a tensão sexual			1-2-3-4-5					
32	Quebra de regra(s) por superior(es)			1-2-3-4-5					
33	Problemas com equipamento de trabalho			1-2-3-4-5					
ITEM	PROBLEMA	SIM	NÃO	INTENSIDADE	Nr DE VEZES	O QUE FEZ PARA ENFRENTAR O PROBLEMA			RESULTADO
34	Presenciar conflitos entre pessoas na base			1-2-3-4-5					
35	Risco de morte ou ferimento por explosão de mina			1-2-3-4-5					
36	Risco de acidente com veículo motor ou aéreo			1-2-3-4-5					
37	Falta de poder para mudar as circunstâncias de vida da população local			1-2-3-4-5					
38	Isolamento			1-2-3-4-5					

39	Desobediência(s) de subordinado(s)			1-2-3-4-5					
40	Risco de acidentes ligados ao trabalho			1-2-3-4-5					
41	Condições de higiene e sanitárias na base			1-2-3-4-5					
42	Problemas com disciplina na base			1-2-3-4-5					
43	Permanecer neutro apesar de provocação da população local			1-2-3-4-5					
44	Atuar em equipes com diversas nacionalidades			1-2-3-4-5					
45	Condições de atendimento médico			1-2-3-4-5					
46	Falta de poder para mudar as coisas na base			1-2-3-4-5					
Houve outro(s) acontecimento(s) ou evento(s) estressante(s), durante a missão? Em caso afirmativo, especifique									

QUADRO 7

Exames complementares mínimos para IS Missão no Exterior com duração acima de três meses

Finalidade da Inspeção de Saúde (IS)	Exames mínimos (verificar observações e legenda no final da tabela)
Missão no exterior (duração superior a três meses, de qualquer natureza)	Hemograma completo com plaquetas, glicemia de jejum, dosagem de creatinina, TGO ou AST, TGP ou ALT, dosagem do PSA total (1), dosagens de colesterol total e frações (2), dosagem dos triglicerídeos (2), EAS, VDRL ou sorologia para sífilis, anti-HIV, audiometria, oftalmologia geral (Acuidade Visual verificada pela tabela de SNELLEN realizada pelo médico perito ou especialista em oftalmologia), raios-X de tórax, ECG, biometria (peso, altura, IMC, PA e FC) e exame odontológico geral e panorâmico das arcadas dentárias; TIG (3); colpocitologia oncótica (3) e laudo detalhado do exame físico ginecológico e de mamas emitido por especialista (3); mamografia (4).

LEGENDA:

- (1) – inspecionados do **SEXO MASCULINO** de 40 anos ou mais de idade;
- (2) - inspecionados de **QUALQUER SEXO** de 30 anos ou mais de idade;
- (3) – inspecionadas do sexo **FEMININO**; e
- (4) – inspecionadas do **SEXO FEMININO** de 40 anos ou mais de idade.

Fonte: Normas Reguladoras para Inspeções de Saúde na Marinha - DGPM-406 (8ª Revisão), 2017.

QUADRO 8
Questionário de avaliação de Oficiais Médicos Psiquiatras

QUESTIONÁRIO

Posto/ Grad:

Idade:

1) Recebe demanda de encaminhamento para avaliação psiquiátrica pericial com que frequência quanto a finalidade de IS ? (considerar 1 a IS de finalidade mais frequente e 5 a menos frequente) :

() VDF

() Término de Restrição

() Término de Incapacidade

() Missão no Exterior

() Localidade deficiente em Assistência Sanitária

2) Já recebeu algum militar para avaliação psiquiátrica antes de realizar missão de paz?

() Sim () Não

3) Já recebeu algum militar para avaliação psiquiátrica após realizar missão de paz?

() Sim () Não

4) Caso a resposta anterior seja afirmativa, houve alguma morbidade diagnosticada?

() Sim () Não

5) Caso a resposta anterior seja afirmativa, qual a morbidade mais frequente diagnosticada de acordo com a faixa de classificação abaixo? (sendo 1 a mais frequente)

() F 00 - F 09 () F 10 - F 19 () F 20 - F 29 () F30 - F 39

() F 40 - F 49 () F 50 - F 59 () F 60 - F 69

6) Já identificou casos de militares com diagnóstico de TEPT ?

() Sim () Não

7) Caso a resposta anterior seja afirmativa, sua avaliação assessorou a JS de que forma, quanto a atividade laboral (Sendo 1 a mais frequente. Se uma das recomendações abaixo não ocorreu deixar em branco):

Manter a aptidão Restrições a atividade Afastamento temporário

Afastamento definitivo

8) Caso receba militar para avaliação psiquiátrica pericial fim missão de paz, que critérios adotaria para fundamentar seu parecer (Sendo 1 a que considera mais relevante):

Anamnese + Ex. Psíquico Exames complementares Testes psicológicos

Simulação com posterior avaliação (Anamnese + Ex. Psíquico)

9) Acredita ter condições de fundamentar um parecer desfavorável de militar para missão de paz, baseado nas ferramentas utilizadas na pergunta anterior?

Sim Não

10) Já utilizou algum teste psicológico para auxiliar na sua avaliação pericial fim missão de paz (Pos-Traumatic Stress Disorder Checklist military version - PCL-M , Escala de Afetos Positivos e Negativos - PANAS, Inventário de Estressores de Força Militar de Paz - IEFMP) ?

Sim Não

11) Para realizar sua avaliação psiquiátrica leva em consideração as diferenças entre o preparo de um militar para atividade em área de conflito e uma missão de paz?

Sim Não

12) Considerando que uma missão de paz possa ocorrer em localidade com recursos escassos, em ambiente hostil, gerando riscos a integridade, a avaliação psiquiátrica pericial poderá auxiliar na indicação do militar com melhor perfil de adaptação aos estressores previamente citados ?

Sim Não

13) Caso a resposta anterior seja afirmativa, acredita que essa ação possa reduzir o desenvolvimento de TEPT ?

Sim Não

14) A inclusão do pedido de parecer em missões de paz dentro da rotina da IS surtiria algum impacto para o estudo do desenvolvimento de doenças psiquiátricas relacionadas ao estresse?

Sim Não

15) Caso queira fazer mais alguma observação:

R -