

ESCOLA DE GUERRA NAVAL

CMG (Md) CARLOS ANDRÉ DE ROURE E NEDER

**TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ESTRESSE EM COMBATE NA MB:
SITUAÇÃO ATUAL E AVANÇOS FACTÍVEIS**

Rio de Janeiro
2021

CMG (Md) CARLOS ANDRÉ DE ROURE E NEDER

**TRANSTORNOS RELACIONADOS AO ESTRESSE EM COMBATE NA MB:
SITUAÇÃO ATUAL E AVANÇOS FACTÍVEIS**

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

Orientador: CMG (FN) Antonio Carlos Rodrigues Martins

Rio de Janeiro
Escola de Guerra Naval

2021

*Ao CMG (Md-Ref) José Heraldo da Soledade e Neder (In
memoriam), pai, exemplo e inspiração.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente à minha esposa Alexsandra pela presença e desprendimento, dedicação e apoio que nunca me faltaram; amor do qual, um dia, serei digno.

Ao meu Orientador, o CMG (RM1-FN) Antônio Carlos Rodrigues Martins, pela paciência e suporte fornecido por ocasião da elaboração do projeto e da tese.

Aos amigos da área da saúde: CMG (Md) Luiz Fernando Alves de Souza Freire (HNMD) e CMG (Md) Almir Marcelo Camelo Figueira dos Santos (CPMM), por terem desbravado o tema antes de mim.

Agradeço à minha mãe Aniete, pelo incansável esforço de prover seu filho do todo necessário no Rio de Janeiro: teto, pratos quentes, roupas de cama macias, tudo impregnado daquela maternidade que não nos vê crescer.

Agradeço ao Senhor da Vida!

RESUMO

Os transtornos relacionados ao estresse são decorrentes da exposição do indivíduo a um evento traumático. Os militares apresentam maior risco de desenvolver esses transtornos pela própria característica do desempenho de suas funções, principalmente daqueles que são engajados em missões que envolvam conflito armado. No Brasil, as missões de paz da ONU e as ações de Garantia da Lei e da Ordem são os dois principais tipos de eventos que geram alta carga de estresse para o militar. O presente trabalho propõe a utilização do Programa OSCAR na Marinha do Brasil (MB), desenvolvido nos Estados Unidos e devidamente adaptado à realidade brasileira para a prevenção e combate ao estresse na tropa, desde a fase de pré-implantação até a fase pós-missão, de forma a detectar o problema o mais brevemente possível, tratá-lo e recuperar o indivíduo para que retorne ao seu estado de higidez psíquica.

Palavras-chave: Estresse; Transtornos relacionados ao estresse; Transtorno do estresse pós-traumático; Estresse em combate

ABSTRACT

Stress-related disorders result from an individual's exposure to a traumatic event. Military personnel are at greater risk of developing these disorders due to the very characteristic of performing their functions, especially those engaged in missions involving armed conflict. In Brazil, UN peacekeeping missions and Law and Order Guarantee actions are the two main types of events that generate a high load of stress for the military. The present work proposes the use of the OSCAR Program in the Brazilian Navy (MB), developed in the United States and properly adapted to the Brazilian reality for the prevention and combating of stress in the troops, from the pre-implantation phase to the post-mission phase, in order to detect the problem as soon as possible, treat it and recover the individual so that he can return to his state of mental health.

Key words: Stress; Stress-related disorders; Posttraumatic stress disorder; Combat stress

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APOP	_	Agentes Perturbadores da Ordem Pública
CopPazNav	_	Centro de Operações de Paz de Caráter Naval
CORS	_	<i>Combat and Operational Stress Reaction</i>
COSFA	_	<i>Combat and Operational Stress First Aid</i>
COSC	_	<i>Combat and Operational Stress Continuum</i>
DGPM	_	Diretoria-Geral do Pessoal da Marinha
DSM	_	Diretoria de Saúde da Marinha
DSM-5	_	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EMA	_	Estado-Maior da Armada
F BSP	_	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
GLO	_	Garantia da Lei e da Ordem
INTERFET	_	Força Internacional para o Timor Leste
IPEA	_	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IS	_	Inspeção de Saúde
JRS	_	Junta Regular de Saúde
MB	_	Marinha do Brasil
MINUSTAH	_	Missão das Nações Unidas para Estabilização do Haiti
MPI	_	Médico Perito Isolado
NV VRS	_	<i>National Vietnam Veterans Readjustment Study</i>
OM	_	Organização Militar
ONU	_	Organização das Nações Unidas
ONUC	_	Operação das Nações Unidas no Congo
ONUMoz	_	Operação das Nações Unidas em Moçambique
OSCAR	_	<i>Operational Stress Control and Readiness</i>
OTAN	_	Organização do Tratado do Atlântico Norte
SBP	_	Sociedade Brasileira de Pediatria
S MedOp	_	Subsistema de Medicina Operativa
SSM	_	Sistema de Saúde da Marinha
SSPM	_	Serviço de Seleção de Pessoal da Marinha
TEA	_	Transtorno do Estresse Agudo
TEPT	_	Transtorno do estresse Pós-traumático
TRE	_	Transtornos Relacionados ao Estresse

UISM	_	Unidade Integrada de Saúde Mental
UM CPTM	_	<i>United Nations Core Pre-Deployment Training Material</i>
UNAVEM	_	Missão de Verificação das Nações Unidas em Angola
UNEF	_	Força de Emergência das Nações Unidas
UNIFIL	_	Força Interina das Nações Unidas no Líbano
UNMISSET	_	Missão das Nações Unidas de Apoio ao Timor Leste
UNODC	_	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
UNPROFOR	_	Força de Proteção das Nações Unidas
UNTAET	_	Administração Transitória das Nações Unidas em Timor Leste

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sintomas do Transtorno do Estresse Agudo	21
Quadro 2 - Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático	24
Quadro 3 - Ações de GLO da MB – 1992 a 2020	40
Quadro 4 - Exames mínimos indispensáveis à conclusão de IS para missões no exterior	43
Quadro 5 - Visão geral dos níveis e principais ações do COSFA	56
Quadro 6 - Classificação das ações para manutenção da saúde mental dos combatentes.	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo lógico do Programa OSCAR	46
Figura 2 - Modelo de estresse <i>continuum</i>	52
Figura 3 – Área de atuação do COSFA	55
Figura 4 - Principais tarefas e propósitos de controle do estresse em combate.....	58

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	CONCEITO E DEFINIÇÕES	14
2.1	Estresse.....	14
2.2	Transtornos relacionados ao estresse	17
2.2.1	Transtorno do estresse agudo	20
2.2.2	Transtorno do estresse pós-traumático.....	23
3	AMBIÊNCIA DO MILITAR	28
3.1	De onde ele vem – a sociedade brasileira marcada pela violência	28
3.2	O que ele encontra – o ingresso na Marinha do Brasil	30
3.3	Quais atividades operativas ele desenvolve?	33
3.3.1	Missões de Manutenção da Paz das Organizações das Nações Unidas (ONU).....	34
3.3.2	Militares brasileiros nas Missões de manutenção da Paz da ONU	36
3.3.3	Garantia da Lei e da Ordem (GLO)	38
3.3.4	Militares nas ações de GLO	40
4	AVALIAÇÃO DO MILITAR DA MB EM MISSÕES DE PAZ	42
5	PROPOSTA PARA CRIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CONTROLE E COMBATE DO ESTRESSE NA MB	45
5.1	Fase de pré-implantação/treinamento	47
5.1.1	Práticas de combate e controle de estresse operativo.....	52
5.2	Fase de desenvolvimento	57
5.3	Fase pós-missão – resultados distais	58
6	CONCLUSÃO	61
	REFERÊNCIAS	63
	ANEXO A	69

1. INTRODUÇÃO

Há muito que o conceito de estresse transbordou da noção estritamente biológica de “fuga ou luta” e de suas respostas fisiológicas observáveis, ganhando importância em função dos danos que essa pressão estressora traz para a saúde mental individual e coletiva, num modo de funcionamento das sociedades em que prevalecem competitividade, individualismo excludente, desigualdades sociais auto evidentes, conflitos de toda ordem, fugacidade e superficialidade das relações interpessoais, alterações climáticas em curso e tantos outros desafios.

Esses fatores somam-se a muitos outros que estão na origem dos transtornos relacionados ao estresse (TRE) na população geral, em particular da brasileira, considerando a posição de nosso país no ranking de mortes por armas de fogo, acidentes de trânsito com vítimas, violência contra crianças e mulheres. É nessa população geral que nossos militares são recrutados.

Esses homens e mulheres estarão ainda mais expostos, especificamente na ambiência do combate, visto que é difícil conceber um conjunto de circunstâncias mais adverso do que a guerra, na qual a incerteza e a fragilidade intrínsecas da experiência humana são agudizadas.

Esse impacto pode ser amortecido, elaborado e transformado em maturidade e superação. É assim para os mais resilientes. Porém, parcela significativa dos expostos ao estresse em combate não são capazes de tal superação.

Países com rico histórico de engajamento em conflitos armados, bem como órgãos multilaterais, já se debruçam sobre o tema há muito. As guerras não terminam quando se assina tratados de paz ou armistícios. Elas continuam na realidade psíquica daqueles que a experimentaram e impactarão a vida daqueles que conviverão com o combatente, de volta no seio da família e no trabalho.

A intensidade, a frequência e a duração da exposição, somada às vulnerabilidades individuais pré-existentes desencadeiam TRE e causam afastamentos das atividades laborativas e baixas.

Dado que a Marinha do Brasil (MB) tem participado de Missões de Paz patrocinadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), bem como de ações de Garantia da Lei e da Ordem (GLO) em território nacional, além da pretensão brasileira de maior proximidade com a Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN), na condição de aliado

preferencial, torna-se necessário que o Sistema de Saúde da Marinha (SSM), mais especificamente o Subsistema de Medicina Operativa (SMedOp), permaneça na constante busca de excelência para abordar os TRE. (WELLE, 2019)

O propósito deste trabalho é estabelecer condutas e protocolos para o enfrentamento dos TRE nos militares em combate, no âmbito da MB, mais especificamente no SMedOp.

Para atingir o objetivo supracitado, o presente trabalho foi dividido em seis capítulos, além desta introdução. O segundo capítulo conceitua os termos estresse e os transtornos a ele relacionados. O capítulo seguinte trata da ambiência do militar da MB, discorrendo sobre a sua vivência anterior ao engajamento, como um indivíduo inserido na sociedade brasileira, seu engajamento e treinamento militar e as atividades operativas que desempenha no cumprimento da sua carreira. O quarto capítulo discorre sobre como, atualmente, ocorre a avaliação do militar nas fases de voluntariado para uma missão de paz, desenvolvimento da missão e posterior ao retorno do mesmo a sua Organização Militar (OM) de origem. O quinto capítulo apresenta uma proposta de ações a serem empreendidas de forma estruturada e coordenada para rastrear vulnerabilidades no pré-emprego (prevenção); identificar precocemente os casos (detecção); tratar desde o evento estressor no terreno, até o acesso ao especialista, se necessário (tratamento); assistir a rede de apoio social (família, entorno laborativo) e o militar no pós-emprego (reabilitação). O último capítulo apresenta a conclusão, ratificando a necessidade de inclusão de um sistema de combate e controle do estresse a ser utilizado nas missões da MB que envolvam conflito armado.

2. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Para melhor compreensão do presente trabalho, se faz necessário conceituar o estresse e os transtornos relacionados a ele, bem como a evolução de seu diagnóstico e tratamento ao longo da prática médica.

Além disso, discorrerá sobre a ambiência militar em que estes transtornos serão inseridos atualmente, cujo foco principal são o conflito armado e as Operações de Paz desenvolvidas pela MB.

2.1 Estresse

Para melhor compreensão do termo estresse, é necessário definir o que vem a ser um evento estressor.

Por evento estressor denomina-se *“todo estímulo que ameaça o organismo, gerando, como consequência, um padrão de respostas físicas que o corpo utiliza para evitar ou escapar de uma condição avaliada como adversa”* (SBARDELLOTO *et al*, 2011) e pode ser classificado em 3 (três) grandes grupos:

- **intencionais produzidos pelo homem** – guerras, estupros, torturas, assaltos, terrorismo etc., sofridos pela própria pessoa ou por pessoas próximas afetivamente;
- **não-intencionais produzidos pelo homem** – incêndios, acidentes automobilísticos e aéreos, explosões, quedas de viadutos ou prédios etc.; e
- **provocados pela natureza** – desastres naturais, como terremotos, tornados, furacões, erupções vulcânicas etc.

Os estímulos causadores do estresse, também chamados de fatores ou agentes estressores, podem ser de origem interna e são, basicamente, oriundos dos conflitos pessoais e da capacidade efetiva de cada indivíduo para lidar com eles. (BALLONE, 2015)

Nota-se, portanto, que existe uma gama de situações consideradas como eventos estressores que podem vir a produzir algum tipo de trauma.

O risco de exposição a eventos estressores é, portanto, parte da evolução humana ao longo da história, desde ataques de animais famintos na pré-história, desastres naturais, guerras e até o terrorismo cibernético na atualidade têm produzido respostas e até sequelas psicológicas ao longo desse processo evolutivo.

Segundo o Ministério da Saúde, o estresse “*é uma reação natural dos organismos vivos quando se deparam com ameaça ou situações de perigo, instaurando um mecanismo de alerta ou alarme que provoca alterações físicas e emocionais*”. A reação ao estresse é, pois, “*uma atitude biológica necessária para a adaptação às situações novas*”. (BVMS, 2015)

Pode-se, então, inferir que quando o indivíduo “está estressado” significa que está em contato com um evento estressor físico e/ou emocional, capaz de desencadear alterações orgânicas e psicológicas que fazem com que o indivíduo se torne apto para lutar ou fugir. (BALLONE, 2015)

Didaticamente, é possível dividir o estresse em três fases:

- **Alerta** – ocorre quando o indivíduo é defrontado com o agente estressor, podendo se apresentar fisicamente como boca seca, suor, tensão muscular, distúrbio gastrintestinais, taquicardia, hiperventilação etc. Nesta fase, o indivíduo produz mais força e energia para o enfrentamento ao estímulo estressor, exigindo dela um esforço maior. O mecanismo de defesa ou ataque ativa a produção de hormônios que contribuem para o aumento da motivação e entusiasmo, gerando maior produtividade para o enfraquecimento da situação desafiadora; (BALLONE, 2015)
- **Resistência** – ocorre quando o organismo busca retornar ao estado de equilíbrio anterior, seja pela adaptação ao agente estressor, seja pela sua eliminação. Por demandar uma grande utilização de energia, podem ser observados sintomas como mal estar, sensação de desgaste físico e cansaço, sensibilidade emotiva, dificuldades de memória etc. Quanto maior o esforço para adaptação e restabelecimento do equilíbrio, maior será a degradação do organismo. Quando este alcança uma adaptação completa, resistindo ou se adaptando ao estressor de forma adequada, o processo metabólico de resposta ao estresse se interrompe sem maiores consequências; e (SILVA *et al*, 2018)
- **Exaustão** – quando o agente estressor se mantém presente na vida do indivíduo, os mecanismos de defesa ou adaptação falham, levando a uma redução das reservas de energia e os sintomas da fase anterior se intensificam. O indivíduo pode até conseguir resistir por um determinado período, voltando a se sentir bem, porém não é duradouro, ocorrendo, então oscilação entre períodos de tranquilidade e de desconforto e ansiedade. Estes episódios em que o indivíduo oscila podem ser denominados de fase pré-exaustão. Até que haja uma quebra total da resistência, o indivíduo pode apresentar distúrbios do sono, distanciamento ou isolamento social, angústia, alopecia, problemas sexuais, dificuldade laboral e

irritabilidade. Embora esta fase seja considerada grave, não é, necessariamente, irreversível. Quando esta fase se prolonga, podem surgir distúrbios mais graves, como doenças cardíacas e úlceras gástricas. (BRASIL, 2015; SILVA *et al*, 2018)

Convém enfatizar que o fato de um evento ou estímulo, seja ele interno ou externo, ser considerado estressante depende não só da natureza do próprio evento, mas, principalmente, do significado atribuído ao evento pelo indivíduo e seus recursos emocionais, como capacidade de autodefesa e de enfrentamento, ou seja, depende de como a sua personalidade é capaz de se relacionar com o evento propriamente dito. (SILVA *et al*, 2018)

Os principais mecanismos de defesa utilizados pelo indivíduo e que são intimamente relacionados aos seus recursos de personalidade são a recuperação e a resiliência.

A recuperação é compreendida como um retorno paulatino à normalidade funcional, ou seja, ao nível de funcionamento anterior ao evento estressor. Já a resiliência pode ser descrita como a capacidade do indivíduo tem ou adquire de manter uma estabilidade relativa durante todo o processo estressante, se adaptando a ele e, até mesmo, superando o nível em que se encontrava anteriormente ao fator desencadeante. (GADANHO, 2014)

Conceitualmente, resiliência pode ser denominada como a “*boa adaptação em face de adversidades, traumas, tragédias, ameaças ou motivos significativos de estresse*”. (GADANHO, 2014)

Essa capacidade de lidar relativamente bem com situações de estresse é estabelecida pela associação entre complexos mecanismos genéticos e fatores intrínsecos, como, sexo, idade, maturidade e índole, assim como pelo nível de interferência do ambiente sociocultural em que o indivíduo está inserido. (COELHO *et al*, 2015)

Indivíduos são considerados resilientes quando são capazes de, diante de agentes estressores, responder de forma adequada, assim, raramente desenvolvem doenças associadas ao estresse crônico.

O conjunto de estratégias utilizadas pelo indivíduo ao se defrontar com adversidades, são componentes de um processo denominado de “*coping*” ou enfrentamento, que corresponde ao “*conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com necessidades específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais*”. (COELHO *et al*, 2015 *apud* Lazarus; Folkman, 1984)¹

¹ Lazarus, R.S.; Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

A autora supracitada ainda afirma que, apesar de, algumas décadas atrás, as estratégias de *coping* terem sido consideradas como inconscientes e, portanto, não intencionais, atualmente são consideradas ações ponderadas que podem ser aprendidas, utilizadas ou desprezadas na tentativa de gerir o evento estressor, tenham elas ou não sucesso no resultado. (GADANHO, 2014)

Algumas dessas estratégias estão vinculadas à emoção e objetivam a redução da aflição emocional (apoio emocional dos amigos, família, conforto na religião ou espiritualidade) e ao evitamento (prevenção, minimização, distanciamento, atenção seletiva, comparações positivas e extração de valores positivos perante acontecimentos negativos, participação em grupos de ajuda etc.). Outras estão ligadas ao problema em si e ocorrem, principalmente, quando a situação é avaliada pelo indivíduo como provável à mudança (definir o problema, procurar uma solução, considerar diferentes opções em termos de custo e benefício, escolha de uma alternativa e execução). (GADANHO, 2014)

Estratégias bem sucedidas de *coping* participam, portanto, do processo de elaboração da resiliência. Segundo Gadanho (2014), indivíduos resilientes tendem a passar por um evento traumático utilizando emoções positivas como estratégia, tais como pensamento otimista, criatividade e humor, reforçando, assim, seus recursos pessoais. Tendem, também a utilizar mais frequentemente estratégias relacionadas ao problema e menos aquelas voltadas para o evitamento. (GADANHO, 2014)

Apesar de se constituir uma resposta adaptativa à situação existencial em que a maioria dos indivíduos consegue vivenciar, se adaptar e até mesmo superar, quando o estresse se torna persistente por um tempo prolongado, requer do indivíduo grandes esforços adaptativos, é considerado excessivo ou patológico, podendo gerar diversos transtornos psicológicos e físicos. (BALLONE, 2015)

As tarefas desempenhadas pelo militar, seja em combate, missões de paz ou GLO, portanto, podem ser consideradas como um estímulo estressor constante, já que se faz necessário manter um nível constante de alerta, exigindo do combatente uma capacidade de adaptação mais rápida do organismo. (FREIRE, 2020)

2.2 Transtornos Relacionados ao Estresse

Para melhor compreensão destes transtornos, entretanto, se faz necessário definir dois conceitos importantes: evento estressor e trauma.

Anteriormente usado para situações em que havia comprometimento físico, como desastres naturais e tecnológicos, o conceito de trauma foi ampliado por Sigmund Freud em seus estudos sobre neurose, como um termo que também se relacionava ao aspecto psíquico do indivíduo frente à situação desfavorável. (SANTANA *et al*, 2017)

Segundo Santana *et al* (2017), o termo trauma pode ser utilizado, também, para definir ocorrências na vida de um indivíduo caracterizadas por sua intensidade e pela incapacidade de responder a elas de forma adequada, bem como pela durabilidade dos efeitos psicopatológicos que produzem em termos de organização psicológica do indivíduo.

Dentro do contexto de trauma, os instrumentos de defesa individuais são acionados a fim de moderar os níveis emocionais e proporcionar tempo para o indivíduo lidar a situação traumática, buscando um equilíbrio entre suas necessidades e impulsos, por um lado e as demandas da realidade, por outro.

Os mecanismos de defesa e sua utilização adequada fazem com que o indivíduo recobre seu equilíbrio e retorne ao nível de homeostase. Quando a resposta é inadequada esses mesmos mecanismos podem levar o indivíduo a permanecer em desequilíbrio, gerando algum tipo de distúrbio. Santana *et al* (2017) alega que a qualidade do mecanismo de defesa utilizado pelo indivíduo está intimamente “*relacionada à sua capacidade de adaptação à realidade externa*”.

Ainda segundo o mesmo autor, a seriedade do dano psíquico produzido por traumas reais depende mais de fatores subjetivos do que propriamente no tipo do evento traumático, ou seja, a resposta subjetiva para o evento depende muito mais do quanto ele foi considerado ameaçador ou assustador em vez de o quanto ele foi “anormal” para ele.

As reações a um evento traumático ou peritraumáticas diferem de indivíduo para indivíduo, pois o impacto causado em sua estrutura psíquica está intimamente relacionado com a representação simbólica do fato, atributos da personalidade, existência de trauma prévio, constelação familiar entre outros e são decisivos na vulnerabilidade ou proteção ao sofrimento causado pelo trauma. (SANTANA *et al*, 2017)

Além das reações fisiológicas desenvolvidas diante da exposição a uma situação de risco (sudorese, taquicardia, etc.), destacam-se duas reações peritraumáticas relevantes, que são encontradas comumente e têm sido, atualmente, tidas como de maior relevância para os eventos relacionados aos transtornos de estresse: a imobilidade tônica e a dissociação peritraumática.

A imobilidade tônica, mais conhecida como “fingir-se de morto” é amplamente utilizada como um mecanismo de defesa no meio animal e consiste numa resposta de paralisia total, visando aumentar as chances de sobrevivência da presa frente ao predador.

Nos seres humanos, estudos demonstram que há uma forte relação entre a imobilidade tônica como resposta a um evento traumático e uma maior gravidade nos sintomas de transtornos relacionados ao estresse, com índices menores de redução de sintomas do que aqueles indivíduos sem histórico deste tipo de resposta, sendo, portanto, um indicativo de mal prognóstico. (WANDERSON, 2011)

Essa reação é muito comum em vítimas de abuso sexual, onde *“muitas vezes as vítimas se sentem culpadas e consideram que tenham contribuído de alguma forma para o ocorrido ao terem ficado “congeladas” durante o evento”*. (WANDERSON, 2011)

A dissociação peritraumática é a reação mais comumente relacionada a um trauma e consiste na perda momentânea do controle da consciência, comumente caracterizada como sensação de “sair do ar” ou agir no “piloto automático. Envolve alteração da percepção de tempo, sensação de irrealidade, de flutuação, de desconexão do corpo, dificuldade para compreender o que está acontecendo e desorientação, sendo considerada como um fator de alto risco para o desenvolvimento de TRE. (WANDERSON, 2011)

Os transtornos relacionados ao estresse são classificados, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria, em seu *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, como *“transtornos relacionados ao trauma e ao estresse nos quais a exposição a um evento traumático ou estressantes é listada explicitamente como um critério diagnóstico”*. (AAP, 2014)

Ainda de acordo com o DSM-5, os transtornos relacionados ao estresse são classificados como: transtorno do apego, transtorno de engajamento social desinibido, transtornos de ajustamento, transtorno de estresse agudo e transtorno de estresse pós-traumático.

Conforme a ambientação proposta no presente trabalho, o ambiente militar em conflitos armados e operações de paz, do conjunto de transtornos relacionados ao estresse supracitados, serão abordados os transtornos de estresse agudo e do estresse pós-traumático, condições específicas causadas pela violência em si, com graves repercussões biológicas, psicológicas e sociais.

2.2.1 Transtorno do Estresse Agudo (TEA)

O Transtorno de Estresse Agudo compreende um conjunto de sintomas característicos das primeiras reações que o indivíduo apresenta quanto se depara com um evento traumático. Segundo o DSM-5, sua principal característica “*é o desenvolvimento de sintomas típicos que duram de três dias a um mês após a exposição a um ou mais eventos traumáticos*” que podem ocorrer 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 próximo²; e
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). (AAP, 2014)

Os principais fatores de risco para o TEA podem ser classificados, segundo o DSM-5, como:

- **Temperamentais** – incluem histórico de transtorno mental prévio, altos níveis de afetividade negativa, percepção exacerbada sobre a gravidade do evento traumático e estilo de enfrentamento evitativo. Há, também, uma tendência a avaliações ampliadas quanto a danos futuros, sentimento de culpa ou desalento diante da experiência traumática;
- **Ambientais** – exposição propriamente dita ao evento traumático e história de trauma anterior; e
- **Genéticos e fisiológicos** – maior prevalência em pessoas do sexo feminino, reatividade elevada, caracterizada por uma resposta de sobressaltos, prévia a qualquer exposição ao trauma.

Além da exposição ao evento traumático, para o diagnóstico de TEA devem estar presentes 9 (nove) ou mais sintomas, com início a partir da ocorrência do referido evento, conforme pode ser observado no Quadro 1.

Ressalta-se que a exacerbção dos sintomas durante os 30 (trinta) dias iniciais, citada no parágrafo anterior, pode ocorrer, em virtude de estressores já presentes na vida do indivíduo ou outros eventos traumáticos subsequentes.

² Nos casos de morte ou ameaça de morte de um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental (AAP, 2014)

Quadro 1 – Sintomas do Transtorno do Estresse Agudo

Intrusão	<p>Lembranças angustiantes recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento traumático.</p> <p>Sonhos angustiantes recorrentes relacionados ao evento.</p> <p>Reações dissociativas (p. ex., <i>flashbacks</i>) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse acontecendo novamente.</p> <p>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.</p>
Humor negativo	Incapacidade persistente de vivenciar emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).
Dissociativos	<p>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).</p> <p>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)</p>
Evitação	<p>Esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca do, ou fortemente relacionados ao, evento traumático.</p> <p>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.</p>
Excitação	<p>Perturbação do sono (p. ex., dificuldade de iniciar ou manter o sono, sono agitado).</p> <p>Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos como agressão verbal ou física em relação a pessoas ou objetos.</p> <p>Hipervigilância.</p> <p>Problemas de concentração.</p> <p>Resposta de sobressalto exagerada.</p>

Fonte: AAP, 2014

Como seu curso é limitado (até um mês após o evento traumático), se houver persistência dos sintomas ou reaparecimento dos mesmos, bem como a manutenção do agente estressor, uma nova abordagem terapêutica deverá ser fornecida, já que a patologia apresentada pode ser enquadrada como Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT). Aproximadamente metade dos indivíduos que desenvolvem TEPT apresentam inicialmente um quadro de TEA. (AAP, 2014)

Entretanto, convém enfatizar que, apesar do quadro de TEA ser de curso limitado, ele pode vir a servir como gatilho para outros quadros psicopatológicos, mesmo que tardios. Santana *et al* (2017) encontrou em seu estudo uma maior prevalência de comorbidades psiquiátricas, como depressão, melancolia, risco de suicídio, síndrome do pânico, agorafobia, fobia social e humor psicótico em pacientes com histórico de TEA em comparação com aqueles que não apresentavam este diagnóstico.

Daí a importância da intervenção precoce nos casos de TEA, prevenindo não só sua evolução negativa para o TEPT, mas as comorbidades tardias que possam dele decorrer.

Santana *et al* (2017) aponta que a prevalência de TEA pode variar de 7 a 28% nas pessoas que passaram por um algum evento traumático, sendo que, nas vítimas de acidentes de trânsito, a média é de 16% e 14% em pacientes com lesões traumáticas cerebrais.

Num ambiente mais propício ao estresse, como as situações de combate, o TEA é considerado um dos maiores obstáculos a melhor eficácia para o cumprimento de uma missão.

O Exército americano utiliza oficialmente um termo específico para tratar o TEA no ambiente da unidade militar em combate – *Combat and operational stress reaction* (CORS), sendo aplicado para qualquer reação transitória de estresse traumático e estresses cumulativos decorrentes das operações militares. (USA, 2006)

O Manual de Combate e Controle do Estresse em Combate do Exército americano, considera 3 (três) categorias para o TEA. Nas duas primeiras – reações adaptativas ao estresse e reações ao estresse no combate operacional – os sintomas se assemelham ao já apresentados no Quadro 1. A terceira – comportamentos de má conduta e atos criminais decorrentes do estresse, cita os seguintes comportamentos: (USA, 2006)

- Mutilação do inimigo morto;
- Morte de prisioneiros inimigos;
- Não fazer prisioneiros;
- Matar não combatentes;
- Torturar e brutalizar;
- Matar animais;
- Lutar com aliados;
- Confrontar colegas ou superiores;
- Pilhar;
- Indisciplina ou imprudência;
- Abuso de álcool ou drogas;
- Uso excessivo de chamadas médicas; fingimento;
- Recusar o combate ou fuga; e
- Feridas auto-infligentes.

Conforme pode ser observado, a sintomatologia do TEA pode limitar, mesmo que temporariamente, a capacidade laboral e social do indivíduo e, até mesmo, prejudicar seu discernimento a ponto de, num ambiente de alto estresse, como aqueles que envolvem o conflito armado, cometer atos considerados criminosos.

Este fato pode ser agravado não só pela logística de substituição temporária, que pode vir a ser prolongada, mas também pela necessidade de assistência médica para tratamento imediato.

2.2.2 Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), assim como o TEA, se caracteriza por um conjunto de sintomas decorrentes das reações que o indivíduo apresenta ao ficar exposto a um evento traumático, porém com duração maior que 30 dias, agravamento dos sintomas e maior intensidade das respostas fisiológicas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a um ou mais aspectos relacionados ao evento traumático prévio. (AAP, 2014)

Sua recorrência e a intensificação dos seus sintomas podem ocorrer como resposta a recordações do trauma original, estressores atuais ou experiências relacionadas a novos eventos traumáticos. (AAP, 2014)

Os critérios para seu diagnóstico são semelhantes ao do TEA, porém, além dos sintomas de intrusão, humor negativo, dissociativos, evitação e excitação, já apresentados no Quadro 1, acrescentam-se as seguintes manifestações de humor negativo e excitação, em maior grau de complexidade, conforme pode ser observado no Quadro 2.

Estes sintomas podem variar de predominância e intensidade conforme as características individuais de resposta do paciente ao evento estressor. Em alguns indivíduos, predominam sintomas emocionais e comportamentais, como, por exemplo, revivência do medo. Em outros, variações do humor e cognições negativas ou excitação e sintomas reativos externalizantes e, por fim, alguns pacientes apresentam combinações desses padrões de sintomas em variados níveis. (AAP, 2014)

Quadro 2 – Sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Humor negativo	<p>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”).</p> <p>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.</p> <p>Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).</p> <p>Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.</p> <p>Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.</p> <p>Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).</p>
Excitação	<p>Comportamento imprudente ou autodestrutivo.</p> <p>Hipervigilância.</p>

Fonte: AAP, 2014

Pacientes portadores de TEPT podem, ainda, serem incluídos em dois subtipos: Em alguns pode prevalecer, além dos sintomas já citados, sintomas dissociativos, como despersonalização, onde apresenta “*experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo*” (AAP,2014) ou sintomas de desrealização, onde “*o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, distante ou distorcido*”. (AAP,2014)

O TEPT é classificado como agudo quando os sintomas têm duração superior a um mês e inferior a três meses; como crônico, se durar mais de três meses e considerado como tardio, quando o início dos sintomas surge mais de seis meses do evento estressor. (AAP, 2014)

Seus sintomas e a predominância relativa destes podem variar, também, com tempo decorrido entre o agente estressor e o aparecimento dos sintomas, podendo se apresentar como uma expressão tardia, ou seja, se os critérios diagnósticos se apresentarem após um mínimo de 6 (seis) meses após o evento traumático, mesmo que alguma sintomatologia possa ter sido imediata. (AAP, 2014)

De acordo com o DSM-5 sua duração também varia, sendo mais comum uma recuperação completa em 3 (três) meses, em cerca de 50% dos adultos. Porém, alguns indivíduos podem permanecer sintomáticos por mais de um ano ou, em casos mais raros, por mais de 50 (cinquenta) anos. (AAP, 2014)

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do TEPT podem ser classificados em 3 (três) etapas, segundo o DSM-5:

- **Pré-traumáticos:**

- ⇒ Temperamentais – relacionados a problemas emocionais na primeira infância e a presença de transtornos mentais prévios;
- ⇒ Ambientais – relacionados a baixas condições socioeconômicas; grau de instrução inferior; exposição anterior a traumas; problemas na infância; aspectos culturais; inteligência inferior; e histórico psiquiátrico familiar; e
- ⇒ Genéticos e fisiológicos – o sexo feminino apresenta maior prevalência para o TEPT e maior duração do quadro, assim como adultos mais jovens no momento da exposição ao trauma. Alguns genes podem atuar como inibidores ou estimulantes no processo de formação de memória e na produção hormonal ligada ao estresse, atuando para aumentar ou reduzir o risco de desenvolver TEPT após a exposição a eventos traumáticos.

- **Peritraumáticos:** quanto maior a relevância do trauma, maior probabilidade de desenvolver TEPT, percepção de risco de morte ou de perda da integridade física, violência e, especificamente, para pessoal militar, ser um perpetrador da violência, testemunhar barbaridades ou matar o inimigo.

- **Pós-traumáticos:**

- ⇒ Emocionais – relacionados, basicamente, a avaliações pessimistas, estratégias inadequadas de resposta e ao prévio desenvolvimento de TEA; e
- ⇒ Ambientais – memórias repetitivas desagradáveis, eventos estressores subsequentes e perdas financeiras ou outras relacionadas ao trauma.

O diagnóstico diferencial deve considerar doenças associadas, tais como lesão craniana, epilepsia, uso abusivo de álcool ou outras substâncias, síndrome de abstinência etc., assim como outros transtornos psíquicos que podem coexistir ou estar relacionado com o TEPT. Deve-se considerar, ainda, os casos de simulação.

Altos níveis de disfunções sociais e familiares, funcionais e físicas, bem como a perdas econômicas consideráveis e maior utilização de serviços médicos estão intimamente relacionadas a ocorrência do TEPT. (MONTEIRO, 2018)

De acordo com o DSM-5, em uma população exposta a um estresse traumático a prevalência do TEPT é, em média, de 7% a 28% e está diretamente relacionada com a gravidade, persistência e grau de exposição ao trauma. (AAP, 2014)

No que tange ao ambiente militar, casos de TEA e TEPT em uma tropa são mais comuns e considerados, até mesmo, inerentes ao combate propriamente dito, principalmente, devido ao uso de armas de fogo e a proximidade do inimigo ou até decorrentes do ambiente operacional, como frio e fadiga. Acrescenta-se a esses fatores, o confinamento, problemas de relacionamento interpessoais ou particulares dos militares, originados anteriormente e exacerbados pelo afastamento da família. (BRASIL, 2017)

Considerada como uma parcela reduzida da população em geral, a maioria dos dados sobre TEA e TEPT em militares são encontrados em estudos norte-americanos e demonstram uma prevalência média de 19% a 35% de portadores de transtornos mentais decorrentes do estresse. (FELKER, 2008)

Naifeh *et al* (2016) reitera sobre esse percentual aumentado na parcela de militares, afirmando que cerca de 20% a 30% dos militares americanos que serviram durante as guerras no Iraque e no Afeganistão apresentaram transtornos mentais. (NAIFEH *et al*, 2016)

Bliese *et al* (2004) acrescenta a esses dados que os transtornos mentais são a principal causa de hospitalização entre os servidores militares do sexo masculino nos EUA e a segunda causa para militares femininos (perdendo apenas para gravidez) e 6 a 10% ao ano recebem atendimento ambulatorial pela mesma causa. Destes, mais de 25% deixam o serviço ativo num prazo de seis meses. (BLIESE *et al*, 2004)

O autor afirma ainda que cerca de 10% das evacuações no teatro de operações foram realizadas devido a transtornos mentais primários. (BLIESE *et al*, 2004)

Considerado a maior pesquisa realizada com veteranos, a *National Vietnam Veterans Readjustment Study* (NVVRS), encomendado pelo Congresso americano, em 1983, avaliou a ocorrência de TEPT após a Guerra do Vietnã e indicou que:

31% de homens e 27% de mulheres veteranos tiveram um diagnóstico integral de TEPT em algum momento de suas vidas. Além disso, 15% dos homens e 9% das mulheres tinham TEPT na época do estudo, mais de uma década depois do fim da guerra. Essas taxas se traduziam em 479 mil veteranos do Vietnã com TEPT na época. (MONTEIRO, 2018 *apud* BARLOW, 2016)³

Portanto, o fator psicológico deve ser considerado, atualmente, como um dos mais importantes em um conflito armado, podendo afetar fortemente as condições de higiene da tropa e sua capacidade em combate e, até mesmo, ser decisivo para o alcance ou não do objetivo final da missão. (BRASIL, 2017) e do próprio indivíduo, em sua vida pós-missão.

3 BARLOW, D. H. **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016

Esses dados corroboram a impressão empírica do autor desta tese, que indicou a repatriação para 17 (dezessete) servidores civis e militares da ONU na Missão das Nações Unidas para Estabilização do Haiti (MINUSTAH), por ocasião da operação do Quarto Contingente (2005/2006), sendo a doença mental a maior causa isolada de baixas.

3. AMBIÊNCIA DO MILITAR

Necessário se faz compreender o militar como um indivíduo que, ao ingressar num contexto diferenciado da vida social que ele transitava, deve passar por um processo de readaptação total de seu cotidiano e aprendizagem de novos conceitos e valores.

3.1 De onde ele vem – a sociedade brasileira marcada pela violência

A violência não pode ser considerada um problema específico da área de saúde, porém como afeta de forma contundente a higidez física e psíquica do indivíduo, “*pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz*”, causa uma sobrecarga nos serviços de saúde, se tornando um problema de saúde públicas para muitos países. (UNODOC, 2014)

Considerada, atualmente, como um fenômeno biopsicossocial complexo e dinâmico, a violência tem sua origem e desenvolvimento na própria vida em sociedade, onde se entrelaçam desde problemas políticos, econômicos, jurídicos, das relações humanas e institucionais até aqueles relacionados à individualidade (moral, ética, religiosidade etc.). (RODRIGUES; ARMSTRONG, 2019; MINAYO, 2004)

Sua visibilidade na sociedade contemporânea se destaca a partir de dois campos de construção de significados: a violência social, incluindo a violência urbana, e a violência privada, na esfera familiar. (DELGADO, 2012).

Esse conjunto – social e privado – pode ser denominado, segundo Minayo (2004), violência estrutural, ou seja:

aquela que oferece um marco à violência do comportamento e se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte. (MINAYO, 2004)

A violência no Brasil vem, ao longo dos anos, se tornando um problema estrutural. Apesar de ser tema recorrente de debate nacional, as ações voltadas para a redução da violência não têm sido ou tido tempo suficientes para garantir a segurança da população como um todo. (RODRIGUES; ARMSTRONG, 2019)

Embora seja demonstrado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2020, que as taxas de violência, principalmente homicídios, venham apresentando redução a

partir de 2018, estas ainda são significativamente altas em comparação com outros países da América Latina, principalmente, nos grandes centros urbanos brasileiros. (IPEA, 2020)

Segundo a ONU, em seu segmento sobre drogas e crimes (UNODC), o Brasil, em 2019, apresentava uma taxa de 30,5 homicídios a cada 100 mil pessoas, a segunda maior da América do Sul, sendo os indivíduos do sexo masculino entre 15 e 29 anos os mais vulneráveis a esse risco (UNODC, 2019)

Homicídio, o dado mais grave relacionado à violência, foi responsável, em 2018, por 55,6% das mortes de jovens entre 15 e 19 anos; de 52,3% daqueles entre 20 e 24 anos; e de 43,7% dos que estão entre 25 e 29 anos, ou seja, atinge mais da metade dos indivíduos em período de formação educacional, na perspectiva de iniciar uma trajetória profissional, de construir uma família, com plena capacidade produtiva. (IPEA, 2020)

As taxas de violência doméstica não ficam atrás. Embora os registros oficiais demonstrem uma redução dos casos de violência contra a mulher nos últimos anos, uma em cada quatro mulheres acima de 16 anos afirma ser vítima de algum tipo de violência ou agressão no país, sendo a residência o lugar mais perigoso para ela, onde ocorreram mais da metade dos casos, sendo que, cerca de 70% dos agressores eram íntimos das vítimas. (FBSP, 2019)

Em 2018, 4.519 mulheres foram assassinadas no Brasil, ou seja, uma taxa de 4,3 homicídios para cada 100 mil habitantes do sexo feminino (IPEA, 2020). Deste total, 1.229 foram considerados como feminicídio. Entretanto, com a pandemia pela SARS COV 2 (COVID 19), houve um aumento significativo de casos de feminicídio e violência doméstica. De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, em 2020, foram 1.350 casos. (FBSP, 2021)

De acordo com o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, foram registradas, de janeiro a junho do presente ano, 149.724 denúncias de violência contra a mulher nas plataformas do Ligue 180 e do Disque 100, sendo 114.200 em ambiente doméstico (casa onde reside a vítima e o agressor e casa somente da vítima). (BRASIL, 2021)

Segundo dados apresentados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), as medidas mais rígidas de isolamento social decretadas em 2020, possivelmente, apresentaram consequências perversas para as mulheres em situação de violência doméstica, na medida em que elas permanecem em casa com seus agressores, muitas perderam suas fontes de renda e encontram dificuldades no acesso às redes de proteção às mulheres e aos canais de denúncia, reduzindo, assim, os índices de registro oficial. (FBSP, 2020)

A violência contra a criança também é uma realidade no Brasil. O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, registrou no período de janeiro a junho de 2021, 25.239 denúncias sobre violência contra crianças (faixa etária de 0 a 12 anos), sendo destas 93.450 violações, tais como maus tratos, violência sexual, negligência etc. (BRASIL, 2021). Estes dados são corroborados pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Segundo a entidade, 71% dos registros são decorrentes de violência física, 27% de violência psicológica e 3% são episódios de tortura, que constata, ainda, que estes percentuais são apenas referentes aos casos que chegam aos serviços de saúde e ao conhecimento de autoridades, considerando, portanto, que há uma “*subnotificação da realidade*”.

Diariamente, portanto, a população se defronta com notícias nas grandes mídias sobre assaltos, assassinatos, tráfico de drogas, brigas de facção, violência doméstica etc. Porém, parte da sociedade não apenas lê ou vê estas notícias e, sim, convive em meio à violência, diariamente, sendo possível prever que a ocorrência de agentes estressores persistentes já esteja inserida no cotidiano do indivíduo antes deste ingressar nas Forças Armadas.

Somam-se a isso os fatores internos individuais, como excesso de cobrança, insegurança pessoal, falta de sentimento de apoio, expectativas na carreira e nos relacionamentos, imprevisibilidade de futuro, dificuldades econômicas, medo do desemprego, pouco lazer e demais forças estressoras que atingem, principalmente, as camadas mais jovens da população.

A violência pode se impor, portanto, no contexto de saúde mental do indivíduo, surgindo associada à produção de sofrimento psíquico (DELGADO, 2012), antes mesmo do indivíduo se alistar nas Forças Armadas, pressupondo traumas pregressos.

3.2 O que ele encontra – o ingresso na Marinha do Brasil

De acordo com a Lei Complementar nº 97/1999 “*as Forças Armadas, constituídas pela Marinha, pelo Exército e pela Aeronáutica, são instituições organizadas com base na hierarquia e na disciplina [...] e destinam-se à defesa da Pátria, à garantia dos poderes constitucionais e, por iniciativa de qualquer destes, da lei e da ordem.*” (BRASIL, 1999)

Para o cumprimento da destinação precípua das Forças Armadas, é necessário que a profissão militar tenha aspectos peculiares que as distinguem das demais profissões civis, principalmente no que tange a exigências relacionadas aos campos cognitivo, físico e, até mesmo, afetivo, que podem induzir a manifestações de estresse. (SOUZA, 2015)

Algumas dessas peculiaridades podem ser observadas na página da Marinha que discorre sobre as características da profissão militar, tais como a nacionalidade brasileira, dedicação exclusiva 24 horas por dia, exames médicos e avaliação física periódicos, proibição de participar de atividade político-partidárias, greves ou qualquer movimento reivindicatório. (BRASIL, 2017)

Além disso, o militar não possui alguns direitos sociais que são assegurados aos demais cidadãos, como remuneração do trabalho noturno superior à do trabalho diurno, carga horária de trabalho diária máxima de oito horas, repouso semanal remunerado, insalubridade e remuneração de serviço extra. (BRASIL, 2017)

A profissão prevê, ainda, a mobilidade geográfica, ou seja, a movimentação entre as diferentes organizações militares espalhadas pelo país, dificultando o enraizamento social dele próprio e sua família e o constante risco de lesões e até mesmo morte. (MELLAGI, 2016)

De acordo com a Lei supracitada, em consonância ao Artigo 142, da Constituição Federal, a MB estabeleceu como sua missão: *“Preparar e empregar o Poder Naval, a fim de contribuir para a Defesa da Pátria; para a garantia dos poderes constitucionais e, por iniciativa de qualquer destes, da lei e da ordem; para o cumprimento das atribuições subsidiárias previstas em Lei; e para o apoio à Política Externa”*. (BRASIL, 1988)

Ao ingressar na Marinha, o indivíduo se depara com novas regras de convivência, suas particularidades, seus determinantes e ideais que baseiam as relações interpessoais e de trabalho e passa a incorporar em seu conjunto de valores os atributos característicos da vida militar, determinados pelos regulamentos da instituição.

A obediência a normas disciplinares e a princípios hierárquicos que envolvem toda sua vida profissional, afetam, também, a sua vida pessoal, com a necessidade inerente de longos períodos de confinamento em alto mar ou em operações de paz e garantia da lei e da ordem. (BRASIL, 2017)

Para desenvolver suas atividades, o indivíduo necessita cumprir um período de formação, seja para oficiais, no Colégio, Escola Naval ou Curso de Formação de Oficiais, seja para praças, nas Escolas de Aprendizes ou Curso de Formação de Praças, regido pelo sistema de internato durante a semana, o que exige o afastamento do convívio familiar e social e das atividades de lazer. (RAMOS; PENA, 2017)

Sua formação exige, também, conhecimento, uso e manutenção de armamentos e treinamentos que simulem situações de guerra e confronto, de forma a desenvolver e aprimorar

no indivíduo a capacidade de tomar decisões adequadas sob forte pressão física e psicológica e que serão, periodicamente, executados ao longo de toda a sua carreira. (MELLAGI, 2016)

Nos treinamentos e adestramentos que ocorrem durante toda a carreira militar, desde sua formação, há, portanto, uma cultura, dentro das unidades de ensino e adestramento, de estimulação do estresse físico e psicológico como parte do treinamento militar, com a finalidade de reproduzir situações similares ao combate real e verificar se a resposta do militar, sob forte pressão psicológica e cansaço físico, é adequada quanto ao aspecto de superação das dificuldades no caminho para a vitória, desafio e um teste de coragem pessoal, especialmente nas forças operativas (SOUZA, 2015). Segundo Nash (2006), *“a guerra sempre foi considerada um dos maiores testes de caráter e capacidade de liderar [...] o estresse está sempre entre as armas utilizadas para ampliar a vontade e a eficácia do combatente”*.

Alguns estudos apontam que a exposição constante a situações de risco, seja em treinamento ou na vida real, pode modificar a resposta aos estímulos estressores, por meio da criação de novas estratégias (*coping*) para combatê-los, tornando-os resilientes diante de uma situação de estresse. (COELHO, *et al*, 2015)

Sales *et al* (2016) aponta resultados de diversos estudos que demonstram que que expor um indivíduo ao estresse e à adversidade, aumenta a sua resistência diante de futuros eventos estressores, ao contrário de aumentar a sua fragilidade. É esta a premissa do treinamento militar, com exposição intencional de fontes de estresse.

Outro aspecto muito importante a ser considerado na vida militar é a coesão. Na profissão militar o conceito de coletivo não é uma opção. A maioria de suas ações se realizam na coletividade, baseadas num processo de confiança mútua, para o atingimento de objetivos comuns, ou seja, o cumprimento da missão.

A coesão é estimulada durante toda a vida do militar em duas dimensões: a coesão horizontal e a vertical. A coesão horizontal ocorre entre os pares de uma organização, batalhão ou tropa. Esta pode, ainda, ser subdividida em coesão de tarefa, ou seja, o compromisso dos membros para alcançar um objetivo que requeira esforço coletivo; e a coesão social, que remete a proximidade emocional entre os membros do grupo, como a valorização da companhia de uns com os outros. A outra dimensão refere-se a coesão vertical, ou seja, aquela presente entre os líderes e seus subordinados. (SALES *et al*, 2017)

A esse conceito de coesão, estão vinculadas características específicas da vida militar, tais como a hierarquia, a moral do grupo e o “espírito de corpo”.

Sem dúvida, estimular e manter a coesão no grupo militar garantirá resultados melhores na execução das tarefas, servindo como um sistema de apoio mútuo, inclusive no aspecto emocional, facilitando que o indivíduo suporte situações e vislumbre soluções que, sozinho, talvez não fosse possível. (SALES *et al*, 2017)

Após a formação militar, o trabalho passa a exercer uma posição central na vida do indivíduo, requerendo, por vezes, longos períodos de confinamento e afastamento do convívio familiar e social, como viagens de navio e operações em terra.

Se, por um lado, essa centralização da vida propicia a denominada coesão e o tão aclamado “espírito de corpo”, fundamental na vida militar, principalmente, em combate, por outro, faz do militar um indivíduo à parte socialmente, podendo dificultar seu relacionamento interpessoal e sua vivência no âmbito civil.

3.3 Quais atividades operativas ele desenvolve?

As tripulações das unidades operativas, seja em terra ou no mar, realizam diversas operações de treinamento e exercícios, além de operações reais, como socorro e salvamento, patrulha naval, operações de paz da ONU, ações humanitárias, garantia da lei e da ordem (GLO), dentre outras que são demandadas esporadicamente, como, atualmente, a imunização para a COVID-19.

Tais atividades, na maioria das vezes, requerem uma situação de confinamento coletivo, com grandes períodos de afastamento da vida social e das atividades de lazer e cultura.

Ramos e Pena (2017) destaca por confinamento, não o espaço físico, mas sim “*o ambiente organizacional onde os trabalhadores levam uma vida fechada, sem acesso a outros ambientes sociais por um determinado período*”, onde todos os aspectos da vida do militar – sono, alimentação, atividade laboral e descanso – são desenvolvidos num mesmo local, com um mesmo grupo de pessoas, obedecendo a horários pré-determinados, regras definidas e a uma mesma autoridade. (RAMOS; PENA, 2017)

Imersos num ambiente de trabalho, os militares vivenciam, em missão ou treinamento, portanto, um estado de vigilância constante, mesmo em seu período de descanso junto aos seus pares.

No presente trabalho, serão elencadas as atividades realizadas pelos militares da Marinha em situações vivenciadas de conflito que, até então, têm sido, especificamente, as missões de paz e as atividades de GLO.

3.3.1 Missões de Manutenção da Paz das Organizações das Nações Unidas (ONU)

Nos últimos sessenta anos, as missões de paz da ONU se tornaram uma das principais ferramentas utilizadas pelas comunidades internacionais para gerenciar crises que possam vir a ameaçar a paz e a segurança internacionais. (ONU, 2008)

Para que essas missões sejam desenvolvidas, a ONU se baseia em três princípios fundamentais que se interrelacionam e se reforçam mutuamente:

- consentimento das partes;
- imparcialidade e não uso da força, exceto em legítima defesa; e
- defesa do mandato”. (ONU, 2008)

A aceitação das partes em conflito é fundamental para o pleno desenvolvimento da missão de paz, pois garante sua autonomia e imparcialidade, tanto política quanto fisicamente. Na ausência desta, a missão em si, corre o risco de se tornar parte do conflito, podendo tender para um ou outro lado. (ONU, 2008)

Cabe ressaltar que esta aceitação não garante, necessariamente, um consentimento no nível local, quando as partes estiverem internamente divididas ou ainda em ambientes voláteis, como a presença de grupos armados que não estejam sob o comando de ambas as partes envolvidas, podendo, portanto, a presença da missão causar grande tensão no ambiente do conflito. (ONU, 2021)

No que tange ao segundo princípio básico, importa destacar que, embora as forças de manutenção da paz devam ser imparciais nas negociações entre as partes em conflito, não podem ser neutras na execução de seu mandato, ou seja, não devem tolerar quaisquer ações que violem os compromissos assumidos pelas partes no processo de paz ou as normas e princípios defendidos pela própria missão. (ONU, 2021)

A não observância da aplicação rigorosa do princípio da imparcialidade, pode prejudicar a credibilidade e a legitimidade da operação de paz e, até mesmo, retirar, por uma das partes, o consentimento para sua atuação.

Quanto ao terceiro princípio – defesa do mandato – a ONU destaca que as missões de manutenção da paz não são uma ferramenta de imposição, porém podem vir a utilizar, mediante autorização do Conselho de Segurança, todos os meios necessários para impedir quaisquer tentativas de interromper o processo político, proteger civis sob ameaça iminente de ataque físico e/ou auxiliar autoridades nacionais na manutenção da lei e da ordem. (ONU, 2008)

Cabe ressaltar que o uso da força por uma operação de manutenção da paz sempre terá implicações políticas e, muitas vezes, pode dar origem a tensões e circunstâncias imprevistas.

Portanto, a decisão de empregar o contingente desta forma deve considerar uma combinação de fatores, tais como, capacidade da missão, percepções públicas, impacto humanitário, proteção da força, segurança e proteção do pessoal e o efeito que tal ação terá no consentimento nacional e local. (ONU, 2008)

A primeira missão de paz da ONU ocorreu em 1948, quando foram enviados os primeiros observadores militares para o Oriente Médio. Durante os anos marcados pela Guerra Fria, seus objetivos eram limitados a manter o cessar fogo entre as partes e estabilizar as situações no local do conflito para que, no nível político, houvesse a resolução do conflito, por meios pacíficos. (ONU, 2008)

Com o fim da Guerra Fria, os conflitos armados internos, guerras civis ou guerras assimétricas (onde muitas vezes, o inimigo se confunde com a população – guerrilha, terrorismo etc.) passaram a dominar o cenário mundial, gerando uma mudança no conceito estratégico para a manutenção da paz das Nações Unidas, de forma a promover, ativamente, sua contenção e resolução pacífica, num contexto cada vez mais complexo, de insegurança e instabilidade. (CORREIA, 2014)

Atualmente, há doze operações de paz em curso no mundo (ONU, 2021), que não mais se restringem ao monitoramento de cessar fogo entre as partes conflitantes, como a sessenta anos atrás. Cada vez mais abrangentes e complexas, estas operações têm sido convocadas com os seguintes objetivos:

- facilitar o processo político por meio da promoção do diálogo internacional e da reconciliação;
- proteger civis;
- auxiliar o desarmamento, desmobilização e reintegração de combatentes;
- apoiar o processo de eleições
- promover os direitos humanos; e
- auxiliar na restauração do Estado de Direito. (ONU, 2008)

Observa-se, portanto, que, diferentemente de uma operação de guerra, as operações de paz exigem que os militares exerçam atividades distintas daquelas para as quais foram usualmente treinados, embora estejam incluídos numa tropa armada.

Outro aspecto importante a ser considerado é a ausência de inimigo direto e visível, principal característica diferencial entre o conflito armado e a missão de paz. Não que numa missão de paz, não haja necessidade do uso da força, mas esta é enfaticamente disponibilizada apenas como último recurso disponível, quando não há mais possibilidade de solução por outras vias, frustrando assim, a possibilidade do militar em revidar agressões e injúrias quando provocados. (MELLAGI, 2016)

Importa esclarecer que, apesar de se tratar de uma missão de manutenção de paz, forçosamente, o ambiente em que a força militar enviada pela ONU se instala é de fragilidade e tensão sociais, políticas e religiosas, muitas vezes acrescidas de conflito armado, presença de grupos paramilitares alheios aos comandos das partes conflitantes, população civil frustrada ou insurgente com a intervenção externa, violência e situações atroz, além de infraestrutura básica em ruínas, sendo, por si só, um ambiente de estresse constante para os militares daquela tropa. (MELLAGI, 2016)

Acrescenta-se a esses diversos fatores estressantes externos os desafios internos vividos pelo militar pertencente à tropa enviada, como o distanciamento de seu país de origem, o convívio com tropas estrangeiras, a imersão em culturas, costumes e linguagens diversas da sua, além do desempenho em atividades inerentes à operação, principalmente, no que se refere à questão da imparcialidade, que diferem substancialmente daquelas para as quais foi treinado (binômio amigo/inimigo), fazendo com que este se mantenha em estado de alerta permanente. (MELLAGI, 2016)

O ambiente externo e os desafios internos supracitados elevam as chances de desenvolvimento de TEPT. Porém, há necessidade, também, de se avaliar a motivação intrínseca do militar ao ingressar numa missão de paz.

Diferentemente da situação de guerra, o engajamento numa missão de paz é voluntário, podendo estar vinculado a ganhos profissionais ou financeiros e a chance de fazer um trabalho significativo, ou seja, ao conjunto de expectativas e valores que permeiam este engajamento e que o militar leva consigo para a operação em si. A realização ou não destas aspirações podem levar à satisfação com a missão em si ou frustração quando os resultados ou finalidades da operação não são percebidos de forma clara e, até mesmo, objetivas, contribuindo, assim, para um afeto positivo ou negativo em relação àquela etapa de sua vida. (MELLAGI, 2016)

3.3.2 Militares brasileiros nas Missões de manutenção da Paz da ONU

As forças armadas brasileiras possuem uma longa história de contribuição nas missões de manutenção da paz da ONU. O primeiro envio de tropas brasileiras a um país estrangeiro se deu em 1956, com a participação na Força de Emergência das Nações Unidas (UNEF), criada para atuar como mediadora, evitando o conflito entre Egito e Israel. Com duração de uma década, esta operação contou com aproximadamente seis mil militares do Exército

Brasileiro. (BRASIL, 2020). Com duração até 1967, esta operação teve dois comandos brasileiros e importância histórica para as demais operações desenvolvidas pela ONU. (ANDRADE *et al*, 2019)

Na década de 1960, militares brasileiros da Aeronáutica foram designados para compor a Operação das Nações Unidas no Congo (ONUC), sendo responsáveis pelos transportes de material logístico e mantimentos para os refugiados, evacuação da população civil e missões de reconhecimento aéreo. (ANDRADE *et al*, 2019)

Nos últimos 30 (trinta) anos, marcados como o período das novas operações de paz complexas e multidimensionais, a participação brasileira se tornou bastante expressiva, principalmente, nas Missão de Verificação das Nações Unidas em Angola (UNAVEM I, II e III), Operação das Nações Unidas em Moçambique (ONUMOZ), Força Internacional para o Timor Leste (INTERFET), Administração Transitória das Nações Unidas em Timor Leste (UNTAET), Missão das Nações Unidas de Apoio ao Timor Leste (UNMISSET), Força de Proteção das Nações Unidas (UNPROFOR), Missão das Nações Unidas para Estabilização do Haiti (MINUSTAH) e Força Interina das Nações Unidas no Líbano (UNIFIL). (ANDRADE *et al*, 2019)

Na UNAVEM III, ocorrida no período entre 1995-97, o Brasil foi o maior fornecedor de efetivo, com um “*batalhão de infantaria de oitocentos militares, uma companhia de engenharia de duzentos militares, dois postos de saúde avançados com quarenta oficiais de saúde, quarenta oficiais do Estado-Maior, quatorze observadores militares e onze observadores policiais*”, se tornando o quarto maior contribuinte de tropas para operações de paz da ONU. (ANDRADE *et al*, 2019)

Na MINUSTAH, o Brasil contribuiu com cerca de 37 mil militares e policiais, e comandou as operações nos seus 13 (treze) anos de duração (2004-2017). Segundo Andrade *et al* (2019) *apud* Vieira Neto (2017)⁴ esta operação contou com as seguintes fases: “i) 2004-2005: ambientação, engajamento inicial e reordenamento da estrutura operacional e treinamento; ii) 2005-2007: pacificação; iii) 2007-2009: consolidação da pacificação; 2010: terremoto; e iv) 2010-2017: recuperação pós-terremoto e retorno do país à normalidade”.

A UNIFIL, criada em 2006 e ainda em andamento, é a primeira missão de paz da ONU em ambiente marítimo. Atualmente comandada pela Marinha do Brasil, a operação já conta

4 VIEIRA NETO, F. P. **Epopeia militar brasileira no Haiti**. In: HAMANN, E. P.; TEIXEIRA, C. A. R. (Org). A participação do Brasil na MINUSTAH (2004-2017): percepções, lições e práticas relevantes para futuras missões. Rio de Janeiro: CCOPAB; Instituto Igarapé, 2017.

com cerca de 2.000 (dois mil) militares enviados para evitar a entrada, pelo mar, de armamento não autorizado pelo governo libanês, por meio de Operações de Interdição Marítima; e auxiliar a Marinha Libanesa no treinamento de seu pessoal, para que ela seja capaz de controlar suas águas territoriais no futuro. (BRASIL, 2020)

3.3.3 Garantia da Lei e da Ordem (GLO)

A Lei complementar nº 97/99, já citada no item 3.1 do presente trabalho, em seu Art. 15, define o “*emprego das Forças Armadas na defesa da Pátria e na garantia dos poderes constitucionais, da lei e da ordem*”, quando os órgãos destinados à preservação da ordem e segurança públicas forem reconhecidos formalmente pelo “*Chefe do Poder Executivo Federal ou Estadual como indisponíveis, inexistentes ou insuficientes ao desempenho regular de sua missão constitucional*”. (BRASIL, 1999)

No caso de emprego da GLO, a referida Lei também delimita que atuação das Forças Armadas ocorrerá “*de forma episódica, em área previamente estabelecida e por tempo limitado*” [...] e com “*caráter preventivo e repressivo necessárias para assegurar o resultado das operações na garantia da lei e da ordem*”. (BRASIL, 1999)

O Decreto nº 3.897/2001, prevê, ainda, a utilização das Forças Armadas em outras situações em que haja possibilidade de perturbação da ordem, como aquelas “*relativas a eventos oficiais ou públicos, particularmente os que contem com a participação de Chefe de Estado, ou de Governo, estrangeiro, e à realização de pleitos eleitorais, nesse caso quando solicitado*”. (BRASIL, 2001)

Embora as operações de GLO sejam caracterizadas por operações de “não guerra”, pois não envolvem um combate explícito, empregam o poder militar e podem envolver o uso da força, quando necessário, de forma progressiva e limitada. Esta diretiva se encontra claramente especificada no Manual de Garantia da Lei e da Ordem, do Ministério da Defesa (BRASIL, 2014):

As Operações de Garantia da Lei e da Ordem caracterizam-se como operações de “não guerra”, pois, embora empregando o Poder Militar, no âmbito interno, não envolvem o combate propriamente dito, mas podem, em circunstâncias especiais, envolver o uso de força de forma limitada. (Brasil, 2014)

Ainda segundo o referido manual, “*a diversidade de missões a serem executadas e a variedade de situações que poderão ocorrer exigirão, em cada caso, um cuidadoso estudo das*

condicionantes para o emprego das FA e para a adoção das medidas e ações adequadas às situações apresentadas”. (BRASIL,2014)

Por conta dessa diversidade de ações, 3 (três) princípios básicos devem compor uma operação de GLO: razoabilidade, proporcionalidade e legalidade. (BRASIL, 2014)

Por razoabilidade entende-se o uso da força essencialmente necessário para aplacar o quadro de crise ou conflito. A proporcionalidade trata da correspondência entre as ações dos militares engajados na missão e aquelas apresentadas ou previstas dos Agentes Perturbadores da Ordem Pública (APOP) e outros atores e legalidade, por si só, já explicita que as ações devem ser baseadas nos princípios legais vigentes no Brasil. (CRESCENCIO JR, 2019)

Trata-se, pois, de uma operação onde os meios utilizados devem ser compatíveis com a finalidade da missão e as ações desenvolvidas, devem ser comedidas e moderadas, de modo a garantir a proteção aos cidadãos e bens públicos, sem interferir, demasiadamente, na rotina diária da população nem transgredir a legislação vigente. (BRASIL, 2014)

Normas de conduta e Regras de Engajamento são os principais limitadores a serem adotados em uma operação de GLO.

A MB atua nas missões de GLO com suas unidades operativas, navais, aeronavais e de fuzileiros navais, de acordo com as características e objetivos próprios da missão que lhe for atribuída. Para a MB, o supracitado manual define as ações de GLO como:

- a) controlar áreas marítimas litorâneas e ribeirinhas de dimensões limitadas adjacentes a instalações navais, marítimas ou industriais de valor estratégico;
- b) transportar e efetuar desembarques administrativos de contingentes e suprimentos militares;
- c) proteger portos, seus acessos e fundeadouros, estaleiros ou áreas marítimas restritas;
- d) proteger plataformas de exploração e de aproveitamento de petróleo e gás na plataforma continental brasileira ou em águas interiores;
- e) controlar partes terrestres e áreas litorâneas ou ribeirinhas de dimensões limitadas;
- f) prover a segurança de autoridades em eventos específicos;
- g) realizar operações especiais de retomada e de resgate nas Águas Jurisdicionais Brasileiras (AJB) e em organizações militares (OM) subordinadas;
- h) realizar operações em terra, observadas suas aptidões; e
- i) realizar apoio logístico. (BRASIL, 2014)

Embora as operações GLO sejam, teoricamente, designadas como um último recurso a ser realizado em um quadro de tempo e espaço predeterminado e limitado, a duração e o escopo das operações da GLO aumentou notavelmente nos últimos anos. (HARIG, 2019)

De acordo com ao Chefia de Operações Conjuntas do Ministério da Defesa, as Forças Armadas atuaram em missões de GLO, no período de 1992 a 2020, 143 (cento e quarenta e três) oportunidades. Destas, a Marinha atuou em 27 (vinte e sete) delas, conforme pode ser observado no Quadro 3.

Quadro 3 – Ações de GLO da MB – 1992 a 2020

GLO/TIPO	MB
Violência urbana	5
Greve da Polícia Militar	4
Garantia da Votação e Apuração	11
Eventos	7
Outras*	0
TOTAL	27

* Operações como ações referentes a questões indígenas, segurança de instalações de interesse nacional etc.

Fonte: BRASIL, 2020.

Disponível em: <https://www.gov.br/defesa/pt-br/arquivos/exercicios_e_operacoes/glo/1-metodologia-de-estudo.pdf>.

3.3.4 Militares nas ações de GLO

Diferentemente das operações de manutenção da paz, onde os militares são engajados por meio de voluntariado, nas operações de GLO, as convocações são determinadas, seja por batalhões ou companhias.

Treinados para lidar com o inimigo externo, a atuação das tropas em ações de segurança pública, apesar do ambiente assimétrico e de incertezas, muito parecido com as ações em missões de paz já relatadas, envolve o contato com a sociedade, composta por brasileiros sujeitos à legislação vigente, tal como o militar componente do contingente da missão de GLO. (SANTANA e SILVA, 2009)

Uma questão a ser abordada é o sentimento de animosidade entre os militares e a população residente na área sob GLO. Haigh (2019) cita, em seu estudo “*Soldiers in police roles*”, que as pessoas residentes numa comunidade do Rio de Janeiro sob missão de GLO, se sentiram reprimidas por leis que, normalmente, se aplicam a todos os cidadãos brasileiros e ilustra tal afirmação com um incidente ocorrido na época:

Depois de parar e advertir um menor em uma motocicleta, que dirigia sem carteira e sem capacete, os transeuntes reclamaram o comportamento das tropas. No entendimento dos moradores, o menino não estava fazendo nada de errado [...] e, mais uma vez, a presença dos militares na área foi questionada. (HAIGH, 2019)

Outro problema enfrentado pelos militares, quando deparados com operações de GLO é a compreensão negativa da presença de tropas nas ruas por parte da população, sentida como cerceamento de suas atividades e direitos. Haigh (2019) explicita:

As tropas impuseram regras que os residentes não costumavam seguir. O custo envolvido na formalização de mercados até então não regulamentados, como TV a cabo ou eletricidade, não era necessariamente vantajosa aos olhos dos residentes.

Os militares, também, impuseram limites às festas baile funk - geralmente organizadas por gangues de drogas locais, mas amplamente reconhecidas como parte essencial da cultura da favela. (HAIGH, 2019)

Por outro lado, os militares se sentem restritos às rígidas regras de engajamento, limitando sua margem de manobra nas operações da GLO e, portanto, exigindo respostas mais contidas a possíveis intimidações.

Gravações de vídeo amplamente divulgadas mostram como grupos de jovens na Maré insultaram e zombaram militares fazendo sinal de mão do grupo armado local Terceiro Comando Puro (TCP). Visivelmente irritado, o grupo de soldados patrulheiros finalmente recuou sem usar a força, mas, também, sem prender ninguém. (HAIGH, 2019)

Os militares envolvidos nas ações de GLO estão cientes dos limites das suas ações quanto às regras de combate com altos níveis de restrição, porém há percepção da necessidade de agir com mais firmeza quanto se trata de violações da lei e da ordem, causando, por um lado, um nível de estresse compatível a uma missão de paz e, por outro, certa frustração do desempenho de suas missões. (HAIGH, 2019)

Deve-se considerar, também, que, além do estresse e da sensação de frustração, pode ser verificado um efeito perverso sobre os militares designados para GLO, em função de que muitos são moradores da região ou localidade ou possuem laços familiares, sociais ou culturais com ela, como relata Rodrigues e Armstrong (2019):

Um relato emocionado da mãe de um militar sinaliza para novos tempos: “*Meu filho que nasceu e cresceu aqui, fez a prova e conseguiu entrar no Exército e agora ele vai ter que sair daqui porque ele corre risco. Agora parte da favela entende quem é do Exército como inimigo*”. (RODRIGUES; ARMSTRONG, 2019)

4. AVALIAÇÃO DO MILITAR DA MB EM MISSÕES DE PAZ

Após a aprovação governamental para o envio de um contingente para uma missão de paz e a definição do quantitativo a ser enviado, bem como seu nível de complexidade, inicia-se o processo de seleção de pessoal, realizada por cada uma das Forças designadas para compor a tropa.

Segundo o Manual de Operações de Paz, do Ministério da Defesa, para a seleção de pessoal alguns fatores devem ser considerados:

- especialização coerente com a missão a cumprir;
- equilíbrio emocional;
- boa saúde;
- bom condicionamento físico;
- elevado espírito de iniciativa;
- fácil adaptabilidade a situações adversas;
- desejável fluência no idioma inglês ou no idioma da missão;
- voluntariado, preferencialmente;
- adequação ao quadro de cargos previstos da unidade; e
- outras qualificações definidas pela ONU para cada missão. (BRASIL, 2013)

Na MB, o Serviço de Seleção de Pessoal na Marinha (SSPM) é responsável pela avaliação psicológica dos militares indicados para diversos tipos de missão, tais como cursos especiais, missões no exterior, missões de paz, sendo participantes de um contingente ou observadores militares da ONU.

A DGPM-406 é o documento normativo de inspeções de saúde (IS) da Marinha, em seu capítulo 4 (quatro), encontra-se a orientação para a realização de vários tipos de inspeções de saúde pós admissionais, entre estas a que se refere, em seu item 4.4.2, à missão no exterior, operações de paz e similares, como “*perícia médica eventual que visa verificar se os militares designados preenchem os requisitos exigidos para a missão*”. (BRASIL, 2017)

A OM do militar voluntário deverá apresentá-lo formalmente, seja ao Médico Perito Isolado (MPI) ou à Junta Regular de Saúde (JRS) para a realização da IS, onde deverão constar:

- informações quanto ao tipo, natureza e duração da missão, se esta ocorrerá em localidade de altitude elevada, assim como se o militar será acompanhado de dependentes, detalhando aqueles que o acompanharão;
- informação acerca da exigência ou não de Certificado Comprobatório de Negatividade em exame para detecção do vírus HIV por parte do país onde se dará a missão (BRASIL, 2017)

Os exames a serem realizados para aptidão do militar em caso de missões de paz constam no Anexo O da supracitada norma, conforme pode ser observado no Quadro a seguir:

Quadro 4 – Exames mínimos indispensáveis à conclusão de IS para missões no exterior

MISSÃO	EXAMES
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, 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).
Missão no exterior (duração inferior a três meses desde que o controle trienal esteja vigente durante toda a missão)	Anti-HIV; exame odontológico geral e panorâmico das arcadas dentárias; caso haja necessidade, outros exames poderão ser solicitados pelo AMP em virtude das peculiaridades de cada missão.

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; inspecionadas do sexo FEMININO; e (4) – inspecionadas do SEXO FEMININO de 40 anos ou mais de idade.

Fonte: BRASIL, 2017

Além desses exames, deverá ser realizada uma inspeção odontológica no militar, com a respectiva atualização do registro odontolegal, incluindo a realização de radiografia panorâmica das arcadas dentárias, bem como o tratamento dentário prévio à sua viagem ou engajamento. (BRASIL, 2017)

Deverão ser, também, frente à suspeição de alguma situação clínica ou presença de doenças crônicas, utilizados todos os recursos de investigação complementar antes da missão, bem como o seu nível de compensação. (BRASIL, 2017)

Especificamente quanto às missões de paz, a DGPM-406 determina, além dos exames supracitados, o preenchimento do Anexo E do EMA-402 – Operações de Manutenção da Paz, que pode ser observado no Anexo A do presente trabalho. Seu preenchimento deve ser realizado pelo médico da própria OM onde o candidato à missão serve ou naquela responsável pela prestação de apoio médico. Também, será exigida a realização de exames complementares necessários para atender as exigências específicas por parte da ONU para determinada missão. (BRASIL, 2017)

Infere-se, portanto, que a higidez, no que tange ao aspecto físico, é minuciosamente investigada, porém, não ocorre o mesmo com relação a investigação da saúde mental do indivíduo.

Apenas no supracitado Anexo E constante no EMA-402 (Ficha Médica Padronizada) há alguma citação à problemas ligados à saúde mental, porém, de forma genérica e superficial,

no item “*Mental State*”, onde somente deverão ser descritos seus “sinais aparentes” (*Appearance*) e “comportamentais” (*Behaviour*). (BRASIL, 2002)

Considerado apto pelos exames periciais prévios, o SSPM, executa as avaliações psicológicas dos candidatos, tais como entrevistas e dinâmicas de grupo, a fim de comparar o perfil do militar com o perfil da atividade requerida, previamente levantado. Os resultados desta avaliação são expressos em termos de probabilidade de êxito dos candidatos avaliados para uma determinada função/atividade, indicando ou não o candidato à vaga requerida. (BRASIL, 2021)

Importante ressaltar que, apesar da indicação ou contraíndicação dada pela avaliação do SSPM, tem competência de assessoria, sendo o comandante da tropa o decisor pelo engajamento ou não do militar.

A partir daí, os militares são preparados para missão no Centro de Operações de Paz de Caráter Naval (CopPazNav). Este treinamento é baseado no *United Nations Core Pre-Deployment Training Material* (UM CPTM), além de receberem instruções básicas sobre fundamentos das Operações Militares e palestras com profissionais de notório conhecimento sobre o tema, incluindo saúde mental.

Após a missão o SSPM, realiza, também, a comparação entre o prognóstico emitido durante o processo de seleção e a avaliação do desempenho do militar na missão, verificando, assim, o índice de validação da seleção. (BRASIL, 2021)

No decorrer da missão, a avaliação psíquica do militar fica na dependência da presença ou não de profissional com conhecimento em saúde mental no contingente. Não há, também, nenhum protocolo sobre avaliação ou acompanhamento dos militares posteriormente ao período de engajamento.

5. PROPOSTAS PARA CRIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CONTROLE E COMBATE AO ESTRESSE NA MB

Dada a possibilidade do desenvolvimento e/ou recrudescimento de transtornos mentais entre os militares frente aos estressores que poderão advir de um ambiente de conflito armado, é desejável obter maneiras simples e econômicas de identificar os riscos de problemas mentais e comportamentais.

A partir do conflito das tropas americanas no Iraque e a grande quantidade de feridos, vítimas fatais e as situações de estresse vivenciadas pelas tropas, surgiu a preocupação em efetivamente estudar como essa vivência afetou os militares não só fisicamente, mas, também, psicologicamente, durante e após seu período em missão e criar métodos pra tratar os militares com diagnóstico de TEPT, considerado, então, tão incapacitado quanto aqueles com ferimentos físicos. (MONTEIRO, 2018)

Para atender à necessidade crescente de serviços de apoio à saúde psicológica, o departamento de Defesa norte-americano desenvolveu e implementou uma ampla variedade de programas nas últimas décadas.

Ainda em 1996, os EUA já conduziam uma triagem psicológica prévia e posterior ao envio de militares em missões, a fim de facilitar a identificação de problemas de saúde mental na tropa. (BLIESE, 2004)

Em resposta da Diretiva nº6.490.5/1999, do Departamento de Defesa dos Estados Unidos sobre programas de controle de estresse de combate, o Corpo de Fuzileiros Navais projetou um programa de mitigação de estresse, denominado *Operational Stress Control and Readiness* – OSCAR. (VAUGHAN *et al*, 2015)

Projetado para aprimorar a prevenção, identificação e tratamento de combate e problemas operacionais de estresse, integra a experiência psiquiátrica e suas ferramentas na cultura militar, e tem como um dos objetivos reduzir, assim, o estigma associado ao tratamento imediato às reações de estresse e aos cuidados de saúde mental. (VAUGHAN *et al*, 2015)

Originalmente, o Programa OSCAR foi concebido como uma parceria entre profissionais da área de Psiquiatria e militares. Nos primeiros anos, profissionais de saúde mental eram incorporados ao regimento designado para as missões. Com o avançar de sua utilização, o OSCAR evoluiu para estender os recursos de saúde mental aos níveis de batalhões e companhias por meio do treinamento e destacamento de equipes OSCAR, compostas por profissionais de saúde mental integrados (provedores OSCAR), pessoal do ministério religioso

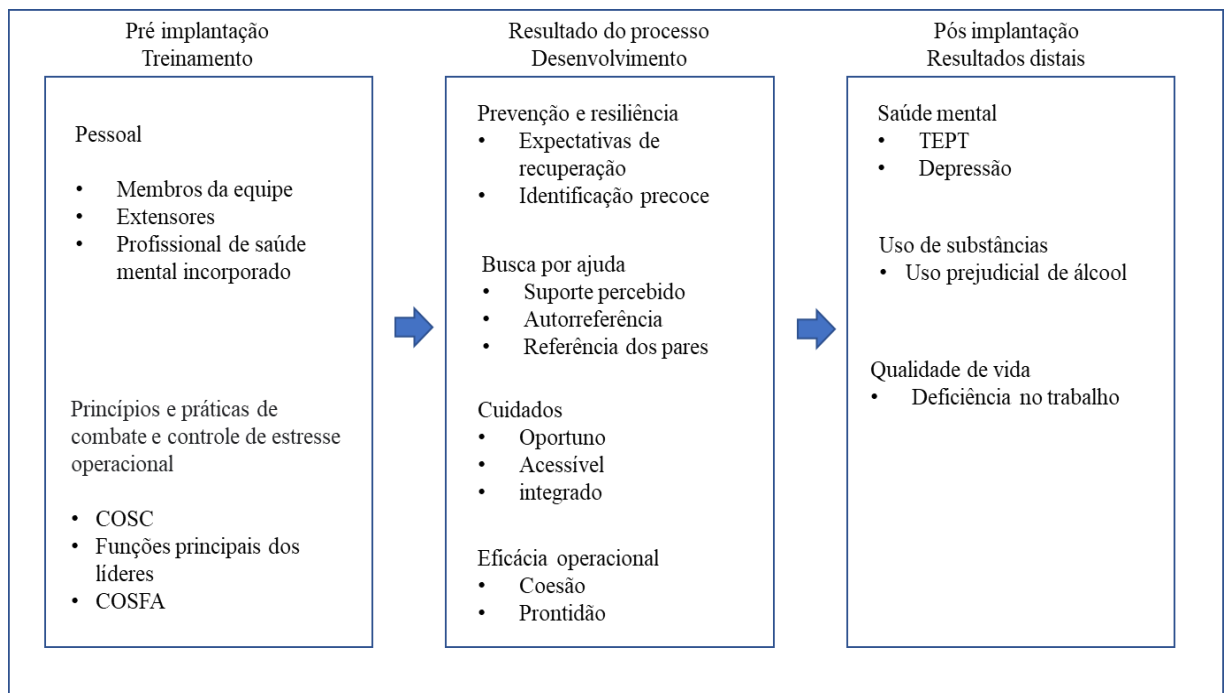
e médico selecionado (extensores OSCAR) e oficiais selecionados e suboficiais (membros da equipe OSCAR). (VAUGHAN *et al*, 2015)

A equipe OSCAR recebe treinamento em combate e princípios operacionais de controle de estresse e práticas de gerenciamento prévias ao combate, a fim de identificar e auxiliar os militares afetados pelo estresse relacionado ao conflito armado.

O treinamento em si é baseado em dois pilares: o primeiro, denominado *Combat and Operational Stress Continuum (COSC)*, para identificar, precocemente, problemas de estresse de combate de gravidade variada; e o segundo pilar – *Combat and Operational Stress First Aid (COSFA)* – que consiste em uma intervenção de primeiros socorros psicológicos para combate e operacional estresse, de forma a fornecer atendimento eficaz dentro da própria unidade militar, ampliar o acesso ao atendimento e reduzir os problemas de estresse relacionado ao desdobramento de longo prazo. (VAUGHAN *et al*, 2015; PRICE *et al*, 2012)

A Figura 1 representa o modelo lógico do Programa Oscar, desde o treinamento do pessoal até as metas de longo prazo.

Figura 1 – Modelo lógico do Programa OSCAR



Fonte: (Vaughan et al, 2015)⁵

Para melhor compreensão, serão apresentadas as ações propostas para a criação de um Programa de Controle e combate ao estresse na MB, de acordo com as 3 (três) fases do modelo lógico apresentado na Figura 1.

É importante ressaltar que, nas missões de GLO, apesar de ser necessária a presença da equipe OSCAR para o diagnóstico precoce de TRE, a substituição do militar, bem como seu tratamento imediato, não causam tanto transtorno, devido ao fato da tropa se encontrar em território brasileiro e, em geral, suas ações se desenvolverem em grandes centros ou próximos a eles, com uma infraestrutura de saúde estabelecida. Desta forma, a equipe de saúde pode ser reduzida, bem como não há necessidade de dotação de medicamentos voltados para a saúde mental.

5.1 Fase de pré-implantação/treinamento

Ainda na fase de voluntariado para a missão, é importante que seja exigida uma avaliação psiquiátrica diagnóstica juntamente com a avaliação física, de forma a identificar a presença de estressores internos ou vulnerabilidades individuais que possam vir a interferir no bom desempenho do militar integrante da missão, bem como preparar mais adequadamente os programas de atenção à tropa.

Pesquisa realizada por Souza (2011) em militares que fizeram parte do contingente da MINUSTAH ressalta a importância desse tipo de avaliação prévia do militar. No levantamento do histórico de trauma dos participantes do estudo foi demonstrado que cerca de 90% deles já haviam sido expostos a alguma situação traumática ao longo da vida, sendo o maior grupo aqueles que sofreram assalto, sendo que, em cerca de 40% destes incluíram o uso de arma de fogo. Com base nestas informações, é imprescindível que a avaliação psicológica prévia inclua a busca por traumas pregressos que possam vir a influenciar a vivência dos militares numa missão que envolva conflito armado. (SOUZA, 2011)

A higidez mental deve, portanto, ser considerada tão importante quanto a física, podendo ser inserida na normativa pericial no que tange às missões de paz realizadas pela MB.

Cabe ressaltar que a MB já possui profissionais que podem proceder a esta avaliação psíquica prévia, não apresentando, portanto, aumento dos custos para o engajamento do militar à missão de paz. Ao contrário, poderá reduzir em muito os custos com o repatriamento e o tratamento posterior ao diagnóstico.

Na condução das suas atividades, o Programa OSCAR classifica 4 tipos de integrantes para sua equipe: (FARMER *et al*, 2014)

- ⇒ Provedor – incorporado à tropa, são destacados com os regimentos e estão disponíveis no teatro de operações para apoiar as necessidades de saúde mental;
- ⇒ Extensores – profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros, paramédicos, socorristas), capelães e psicólogos;
- ⇒ Membros do time – oficiais e praças mais antigos. Estes são os mais próximos da tropa, tendo a oportunidade de identificar mais precocemente qualquer sintoma de estresse nos militares no seu nível de atuação. O suporte a ser oferecido pelos membros do time consiste na mitigação de estressores controláveis, primeiro atendimento psicológico para aqueles militares que apresentam reações leves ao estresse, encaminhamento aos extensores ou provedores OSCAR em casos mais severos e facilitação na reintegração do militar após tratamento; e
- ⇒ Treinadores – militares que obtiveram sucesso no treinamento para a equipe OSCAR podem desempenhar esta função.

No que tange a fase de pré-implantação, o treinamento do pessoal que irá compor a equipe OSCAR deverá ser conduzido pelo Centro de Medicina Operativa da Marinha (CMOpM), de acordo com as premissas estabelecidas pela Unidade Integrada de Saúde Mental (UISM), que devem objetivar:

- **Orientação e conscientização dos líderes (comandantes e líderes de fração)**

As ferramentas fundamentais para a prevenção do estresse – seleção, treinamento, liderança, camaradagem e espírito de corpo – são de pleno conhecimento de líderes militares em todos os níveis. A identificação precoce de reações adversas de estresse e sua gestão eficaz, uma vez identificadas, são melhor administradas pelos líderes militares no nível mais baixo possível. (NASH, 2006)

Vaughan *et al* (2015) enfatiza que o treinamento de combate e controle de estresse operacional seja fornecido a uma gama de pessoas em todos os níveis de liderança, de forma que as consultas individuais não sejam percebidas pela tropa como um estigma, comprometendo, assim, a eficácia das ações de resposta ao estresse.

Para maximizar a prevenção dos TRE, a equipe OSCAR deve manter um elevado grau de envolvimento com os militares e líderes das unidades apoiadas, incluindo visitas regulares nos batalhões e unidades, a fim de manter a acessibilidade adequada. (WESTPHAL, 2018)

- **Preparo do pessoal de saúde que integrará a tropa**

Consiste em capacitar os profissionais de saúde para fornecer tratamento direto para os membros da missão cujas reações adversas ao estresse não podem ser administradas por seus líderes militares sozinhos. Estes profissionais serão a primeira frente de combate em caso de incidência de quaisquer sinal ou sintoma de TRE e deverão agir de forma a minimizar seus efeitos e manter a capacidade operativa do militar. (LASER, 2016)

Essa equipe, composta por profissionais de saúde, deve acompanhar a tropa durante todas as fases da missão, ou seja, a partir do processo seletivo, onde deverá ser devidamente capacitada para identificar/tratar precocemente os sinais de TRE, até a desmobilização total e deve conter, na medida do possível, médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e psicólogo.

A presença de um capelão na tropa pode ser importante no sentido de oferecer conforto religioso, como realização de cultos ecumênicos e atendimento pessoal. Em sua pesquisa, Laser (2016), demonstra que como uma figura religiosa “*o militar fala abertamente de suas ansiedades e problemas, sem o receio de não serem contraindicados para a missão ou terem problemas na carreira*”.

Outro aspecto a ser considerado é a possibilidade de que estes profissionais participantes da equipe de saúde não sejam diretamente envolvidos em missões de patrulha, defesa de instalações, etc., a fim de estarem disponíveis para o envolvimento diário com a tropa, conhecendo os militares, auxiliando na sua integração, vivenciando suas rotinas, de forma a detectar o mais precocemente possível os problemas relacionados ao estresse que possam vir a desenvolver.

Essa capacitação, coordenada pela DSM, poderá ser realizada em módulos, durante a formação destes profissionais ou no decorrer da carreira, sendo atualizada durante o processo de seleção para a missão, de forma que estes profissionais de saúde já a possuam quando da indicação para uma missão e, desta forma, possam participar ativamente como provedores na preparação de líderes, extensores e membros do time, na fase de pré-implantação da missão.

Cabe ressaltar que a presente proposta se apresenta flexível quanto aos aspectos quantitativo e qualitativo do pessoal de saúde, na dependência da estrutura da tropa e da disponibilidade destes profissionais no efetivo da MB.

A fim de melhorar a prevenção, identificação precoce e gerenciamento ideal de reações adversas ao estresse, necessário se faz, também, uma parceira mais estreita entre os líderes de todos os níveis e o pessoal da área de saúde, não só na fase de treinamento, mas durante a implantação e desenvolvimento da missão.

- **Desconstrução da falsa identidade “estresse=fraqueza”**

A carreira militar, desde os seus primórdios, é associada a traços inerentes ao ideal de masculinidade, como virilidade, resistência, força e até heroísmo. O adoecimento psíquico, seja uma situação de descontrole, raiva, ansiedade, estresse ou depressão, não é, ainda, atualmente, bem visto na caserna.

Comumente, o combatente evita expor sinais ou sintomas de estresse, seja aos companheiros ou líderes e até mesmo aos profissionais de saúde, por uma crença arraigada de que sua sintomatologia pode ser considerada como um sinônimo de fraqueza ou covardia, interferindo negativamente em sua carreira, conceito ou até mesmo no seu comprometimento em relação à missão.

Para não ter que lidar com o sofrimento e constrangimento frente a possibilidade de ser julgado pelos seus pares como alguém “fraco” ou incompetente, o militar pode ignorar os sinais e sintomas relacionados ao desenvolvimento de doenças psíquicas, agravando as possibilidades de adoecimento ao desenvolver uma estratégia negacionista ou patológica de se proteger. (SOUZA; ANTLOGA, 2017)

Ao ser encaminhado para um profissional de saúde e diagnosticado com alguma doença psíquica, o militar pode entender que falhou ou fracassou, comprometendo sua autoimagem de virilidade e força, dificultando seu relacionamento interno e sua interação com dos demais membros do grupo. (SOUZA; ANTLOGA, 2017)

Por isso muitos não buscam ajuda, criando uma espécie de subnotificação de casos e, em algumas situações, abandono do tratamento.

Necessário se faz, portanto, que essa relação estresse=fraqueza seja desconstruída de forma a evitar a subnotificação e dificultar o diagnóstico e tratamento precoces por meio de orientações e palestras e acompanhamento efetivo dos indivíduos por pessoal capacitado na equipe OSCAR.

- **Adequação da dotação de medicamentos, em particular dos psicofármacos**

Para o estabelecimento de dotação de psicofármacos é preciso considerar que o quantitativo de medicamentos a ser disponibilizado para uma missão deve ser o suficiente para atender a uma abordagem terapêutica inicial, pois o tratamento deverá evoluir para repatriação em casos mais graves.

Como pode ser observado no Capítulo 2, diversos autores apontam um percentual aproximado de 20% de casos de TRE num contingente que envolva um conflito armado.

Considerando uma tropa composta por 200 (duzentos) militares, por exemplo, e utilizando medicamentos já disponíveis no arsenal terapêutico da MB, bem como a posologia necessária ao tratamento, é sugerida a seguinte composição para o tratamento do TRE na dotação de psicofármacos:

- ⇒ Cloridrato de Sertralina 50 mg – 400 comprimidos;
- ⇒ Carbamazepina 200 mg – 800 comprimidos;
- ⇒ Risperidona 1mg – 800 comprimidos; e
- ⇒ Lorazepam 2,0 mg – 800 comprimidos.

- **Inteligência médica**

Parte integrante da medicina preventiva, a inteligência médica tem por função precípua identificar as ameaças de saúde à tropa, consistindo na obtenção de conhecimento e formulação de estratégias para prevenção de doenças e de condicionantes relacionados à saúde, coleta, avaliação, classificação e disseminação de dados de interesse da saúde, envolvendo não só epidemiologia, meio ambiente, aspectos socioeconômicos e a equipe de saúde disponível, mas, também, uma análise global dos potenciais fatores causadores de estresse na Força, para confecção de protocolos e medidas a serem adotadas no decorrer da missão. (BRASIL, 2017)

Dentre esses aspectos, a inteligência médica deve atuar, também, na área de saúde mental e combate ao estresse, com programas e ações que visem a promoção, identificação e o gerenciamento dos sinais e sintomas fisiológicos e emocionais decorrentes da exposição ao conflito. Para tanto, se faz necessária a presença de uma equipe de saúde capacitada inserida ou o mais próxima possível da frente de combate. (BRASIL, 2017)

De forma a contribuir para as ações de saúde, deverá ser estabelecido um canal de comunicação (enlace e dados de voz) para consultas virtuais com pessoal especializado da UISM, mantendo núcleo em *stand by*, 24 horas, considerando possíveis diferenças de fuso horários.

Além disso, o planejamento das ações deve, também, estabelecer protocolos para tratamento precoce e a cadeia de evacuação de casos de transtornos mentais que não possam ter tratamento local.

5.1.1 Práticas de combate e controle de estresse operacional

Dois programas de combate e controle de estresse já amplamente utilizados pelas forças armadas de diversos países, podem orientar as ações a serem desenvolvidas pela equipe OSCAR na MB, cuja implantação é a proposta do presente trabalho. Muito similares quanto a área de atuação, se baseiam no Modelo de Estresse *Continuum* (FIGURA 2), agindo nas zonas amarela (REACTING) e laranja (INJURED) para reduzir o risco de doenças causadas pelo estresse na zona vermelha (ILL). São eles: (WESTPHAL, 2018)

Figura 2 - Modelo de estresse *continuum*

READY (Green)	REACTING (Yellow)	INJURED (Orange)	ILL (Red)
<p>DEFINITION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimal functioning • Adaptive growth • Wellness <p>FEATURES</p> <ul style="list-style-type: none"> • At one's best • Well trained and prepared • In control • Physically, mentally, and spiritually fit • Mission focused • Motivated • Calm and steady • Behaving ethically • Having fun 	<p>DEFINITION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mild and transient distress or loss of functioning • Always goes away • Low risk for illness <p>CAUSES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Any Stressor <p>FEATURES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feeling irritable, anxious, or down • Loss of motivation • Loss of focus • Difficulty sleeping • Muscle tension or other physical changes • Not having fun 	<p>DEFINITION</p> <ul style="list-style-type: none"> • More severe and persistent distress or loss of function • Leaves a "scar" • Higher risk for illness <p>CAUSES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Life Threat • Loss • Inner Conflict • Wear and Tear <p>FEATURES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Loss of control • Panic, rage, or depressed mood • Substance Abuse • Not feeling like normal self • Excessive guilt, shame, or blame • Diminished sense of purpose, meaning, or hope in the future 	<p>DEFINITION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unhealed stress injury causing life impairment • Clinical mental disorder <p>TYPES</p> <ul style="list-style-type: none"> • PTSD • Depression • Anxiety • Substance Dependence <p>FEATURES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptoms persist and worsen over time • Severe distress, social or occupational impairment
Unit Leader Responsibility	Individual, Peer, Family Responsibility		Caregiver Responsibility

Fonte: WESTPHAL, 2018

- **Combat and Operational Stress Continuum (COSC)**

As atividades do COSC incluem triagem e avaliação de rotina dos indivíduos engajados, vigilância contínua antes, durante e após o desdobramento, avaliação periódica e

consulta com pessoal de saúde. As avaliações deste pilar devem considerar uma gama de variáveis que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais que interagem entre si e se influenciam mutuamente, identificando quais variáveis podem ser modificadas para melhorar o enfrentamento a situações de estresse encontradas e o bem-estar do militar. (USA, 2006)

Seu objetivo deve ser a prontidão do indivíduo e da tropa e suas intervenções devem ser fundamentadas em 5 (cinco) princípios:

- ⇒ brevidade – descanso inicial e reabastecimento em instalações próximas da unidade de militar, não devendo ter duração maior que 3 (três) dias. Aqueles que necessitem de maior tempo, deverão ser encaminhados ao próximo nível de atendimento;
- ⇒ imediatismo – as ações do COSC devem ser iniciadas o mais precocemente possível, assim que as operações permitirem;
- ⇒ proximidade com a tropa – a cadeia de comando do indivíduo afetado deve permanecer diretamente envolvida na recuperação e retorno do militar à sua capacidade funcional, apoiando-o e transformando o conceito de um indivíduo “doente” para um indivíduo que tem uma função importante no conjunto da tropa;
- ⇒ expectativa – importante informar o indivíduo afetado sobre o fato de estar respondendo a estímulos estressores intensos e que vai se recuperar em breve. O impacto das palavras de um líder do nível mais próximo ao dele, tem grande valor devido à coesão que existe nas unidades;
- ⇒ proximidade – as reações de operacional e de combate são melhor gerenciadas em áreas próximas das unidades. O pessoal integrante da equipe OSCAR deve ser flexível na forma de intervenção, além de procurar manter o vínculo do indivíduo afetado com a sua unidade; e
- ⇒ simplicidade – indica a necessidade de utilizar métodos breves e diretos para restaurar o bem estar e a autoconfiança do militar afetado. (USA, 2006)

As ações do COSC podem ser categorizadas em: (USA, 2006)

- ⇒ Amplas – direcionadas à tropa, em geral;
- ⇒ Seletivas – direcionadas a uma unidade, destacamento ou a um soldado com risco maior que a média;
- ⇒ Direcionadas – a um militar com TEA ou com indicação de algum distúrbio comportamental;

⇒ Tratamento – intervenções voltadas para o tratamento de emergência e o acompanhamento dos militares com distúrbios comportamentais e evitar sua perda funcional.

De forma abrangente e simplificada, pode-se inferir que o objetivo do COSC é desenvolver a resiliência e a capacidade de recuperação rápida e total de qualquer sofrimento ou deficiência induzida pelo estresse. (USA, 2010)

- ***Combat and Operational Stress First Aid (COSFA)***

Desenvolvido por meio da adaptação dos princípios, práticas e objetivos do COSC, o COSFA se desenvolve, especificamente, no cenário operacional militar, que difere em muito dos aspectos estressores relacionados às atividades militares rotineiras.

Segundo o Exército americano o estresse operacional e ocupacional nas forças armadas raramente se deve a um único evento traumático. Neste caso, os estressores são contínuos e cumulativos, especialmente em situações de conflito armado. Embora, raramente os membros destas forças enfrentem os eventos estressores de forma passiva e, diferentemente dos sobreviventes de acidentes ou violência inopinados, os militares já tenham conhecimento prévio que serão submetidos a eventos traumáticos potencialmente intensos e treinam e se preparam para tal situação, a continuidade e concomitância de eventos estressores, podem ir minando a resistência do militar, levando ao maior índice de TRE nesta parcela da população em relação à população civil . (USA, 2010)

Apesar de contar como suporte básico para a resistência ao evento estressor, com uma maior capacidade de resiliência do militar e com relacionamento entre os pares e com os líderes de diversos níveis (espírito de corpo e coesão), a estrutura COSFA consiste, basicamente, numa avaliação oportuna e atendimento pré-clínico e clínico de sintomas de TEA em indivíduos ou unidades, com o objetivo de preservar vidas, prevenir mais danos e promover a recuperação dos militares. (USA, 2010)

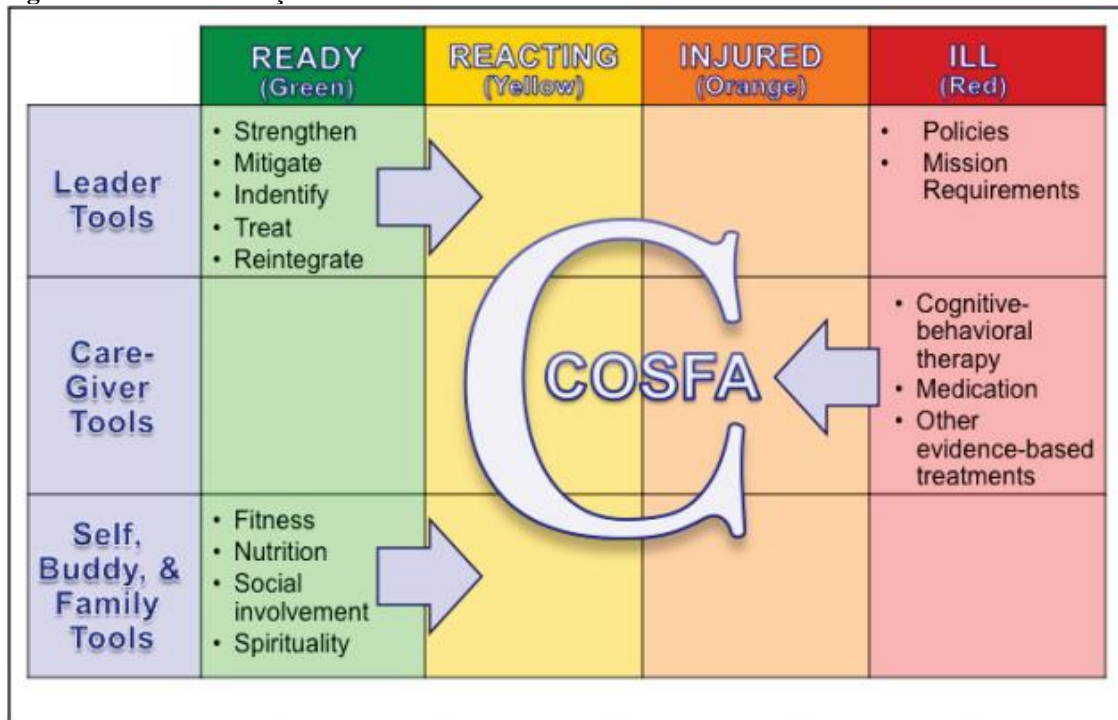
Utilizando o modelo de estresse *continuum* (FIGURA 2) para embasar suas ações, o COSFA foi desenvolvido para realizar: (WESTPHAL, 2018)

- ⇒ Monitoramento constante do ambiente estressor;
- ⇒ Reconhecimento precoce dos indivíduos que apresentem algum sintoma de estresse e necessitam de intervenções para mitiga-los;
- ⇒ Oferecimento de um espectro de intervenções individuais ou em grupo para garantir a segurança e reduzir o risco e promover a recuperação;

- ⇒ Monitoramento do progresso de recuperação para garantir o retorno às funções e bem-estar;
- ⇒ Referenciamento de indivíduos para níveis mais especializados de atendimento e coordenação com outros serviços; e
- ⇒ Assessoramento de líderes e comandantes em relação aos efeitos do estresse em indivíduos ou unidades e como mitigá-los.

Assim como as ações de primeiros socorros, as ações do COSFA são voltadas para intervenções de emergência para preservar a vida e a segurança, tratar o indivíduo em casos mais leves ou até que seja possível um atendimento médico especializado, conforme demonstrado na Figura 3.

Figura 3 – Área de atuação do COSFA



Fonte: WESTPHAL, 2018

Portanto, suas ações variam em complexidade e necessitam de pessoal com níveis de treinamento e habilidades variáveis necessários para sua execução, devendo ser projetado para criar ou ampliar a estrutura de apoio físico, psicológico, social e espiritual já existente num contingente militar, evitando que sintomas de estresse subclínicos evoluam para um quadro de transtorno clínico ou doença. Incluem-se, aqui, profissionais médicos, de enfermagem, paramédicos, capelães e, até mesmo e, se possível, profissionais especializados em saúde mental. (WESTPHAL, 2018)

De forma didática, as ações do COSFA podem ser subdivididas em 7 (sete) categorias, agrupadas em 3 (três) níveis, conforme pode ser observado no Quadro 5:

Quadro 5 – Visão geral dos níveis e principais ações do COSFA

NÍVEL	AÇÃO CENTRAL		
Ajuda contínua	Ações realizadas por todo o ciclo de implantação Sobreposição de pequenas lideranças Individualização (sempre)	1. Verificar	Avaliar o nível atual de angústia e funcionalidade (zona de estresse) Avaliar os riscos imediatos Avaliar a necessidade de intervenção adicional ou níveis mais elevados de intervenção Reavaliar o progresso
		2. Coordenar	Pedir ajuda, se necessário Decidir quem deve ser informado da situação Consultar níveis superiores de atendimento, se necessário Facilitar o acesso a outros cuidados
Cuidados primários	Ações realizadas por um curto período de tempo em resposta a angústia intensa ou perda temporária de funcionalidade Gerenciamento de crise <i>Life-saving e health-saving</i> Individualização (frequente)	3. Cobertura	Garantir a segurança física imediata da pessoa com sintomas de TER/TEPT Promover uma sensação psicológica de segurança e conforto Proteger de estresse adicional (garantir pausa ou descanso)
		4. Calma	Reduzir a excitação fisiológica Reduzir a intensidade das emoções negativas Ouvir com empatia a conversa individual
Cuidados secundários	Ações realizadas após o desencadeamento da crise Procedimentos de longo prazo para promoção da cura e funcionalidade Participação ativa das pequenas lideranças	5. Conexão	Facilitar o acesso a pessoas de confiança ou familiares Ajudar a remover obstáculos para suporte social Promover atividades sociais positivas na unidade
		6. Competência	Auxílio dos membros extensores ao retorno de funcionalidade plena Colaborar com os líderes para facilitar atividades gratificantes e reciclagem, se necessário Incentivar a reexposição gradual às situações estressoras
		7. Confiança	Retorno à autoconfiança plena Promover a confiança entre os pares do indivíduo e familiares Incutir esperança

Fonte: (WESTPHAL, 2018)

Com grande semelhança entre si, ambas as práticas utilizadas para o controle de estresse operacional e de combate (COSC e COSFA) devem ser desenvolvidas em todas as fases da missão, desde a fase de pré-implantação ou treinamento até a total desmobilização da

missão, de forma a permitir que os militares incorporados mantenham ou recuperem sua capacidade funcional e desenvolvam, níveis maiores de resiliência frente aos eventos estressores, podendo, ser utilizadas como guia para o desenvolvimento das ações da equipe OSCAR na MB, proposta do presente trabalho, com as devidas adaptações necessárias à realidade desta Força.

5.2 Fase de desenvolvimento

Os militares componentes da equipe OSCAR devem seguir a tropa desde o treinamento até a área de operações. Para melhor desempenho de suas funções, Nash (2006) enfatiza a necessidade de que os componentes da equipe devem ser amplamente conhecidos pela tropa e busquem a confiança da mesma. (NASH, 2006)

Além disso, a equipe deve compreender sobre a forma como a tropa percebe e lida com seus estressores e as reações deles decorrentes e como os líderes gerenciam e mitigam esses estressores. (NASH, 2006)

Segundo o Manual de Operações Conjuntas do Ministério da Defesa (2017), as ações voltadas à manutenção da saúde mental da tropa podem ser classificadas em 4 (quatro) categorias, conforme quadro a seguir:

Quadro 6 – Classificação das ações para manutenção da saúde mental dos combatentes

AÇÕES	DESCRIÇÃO
GERAIS	voltadas para toda a tropa presente no teatro/ área de operações
SELETIVAS	direcionadas a determinadas unidades, grupos ou militares específicos cujos riscos de exposição ao estresse em combate estão acima dos demais
PONTUAIS	destinadas a militares que apresentem sinais de alterações de comportamento típicas do estresse em combate e às unidades nas quais a eficiência em combate tenha sido comprometida pela exposição contínua ao risco ou a condições de combate extremamente adversas
TRATAMENTO	tem como objetivo fornecer o tratamento médico especializado aos militares que foram afastados de suas atividades devido aos sintomas do estresse em combate, e recuperá-los de forma a que possam retornar ao serviço com a maior brevidade possível

Fonte: BRASIL, 2017

Embora incorporada à tropa e, portanto, se encontrar em prontidão para realizar suas operações e missões, a equipe OSCAR deve estar voltada, também, para as ações de saúde e

bem-estar a longo prazo da referida tropa. Para tal, o Ministério da Defesa define as principais tarefas de combate e controle do estresse em missões, conforme a Figura a seguir:

Figura 4 – Principais tarefas e propósitos de controle do estresse em combate

Tarefa	Propósito
Implementar planos e programas de controle do estresse em combate	Prevenir e minimizar as reações causadas pelo estresse em combate
Realizar a avaliação das necessidades específicas de cada unidade relativas ao controle do estresse em combate	Fornecer aos comandantes uma avaliação global de sua unidade, considerando as múltiplas variáveis que podem afetar a liderança, o desempenho, o moral da tropa e sua eficiência em combate
Promover instruções específicas voltadas ao incremento da resiliência da tropa ao estresse, particularmente em unidades com maior potencial à exposição a eventos traumáticos	Auxiliar na transição de unidades e/ou militares expostos a eventos traumáticos, permitindo uma recuperação pós-trauma mais rápida e eficiente
Realizar triagem e avaliação de militares que apresentem desajustes comportamentais, a fim de identificar problemas neuropsiquiátricos	Verificar a existência de pessoal cujo estado mental ofereça riscos a si mesmo, a outros militares, ou que coloque em risco a operação e fornecer tratamento adequado, com a maior brevidade possível, para o pessoal diagnosticado com comprometimento da saúde neuropsiquiátrica
Conduzir atividades voltadas à manutenção da saúde mental da tropa, como "arejamentos" e o rodízio de unidades com maior exposição ao risco	Fornecer descanso adequado e prevenir problemas comportamentais advindos do estresse acumulado pela rotina em combate

Fonte: BRASIL, 2017

Alimentação adequada e atividades de lazer nos momentos ociosos ou de descanso são essenciais, também, para a manutenção e/ou recuperação do bem-estar da tropa, de forma a reduzir a tensão interna proporcionada não só pelo ambiente instável em que a missão está inserida, mas, também, pelo excesso de formalismo no desempenho das atividades, que podem comprometer o moral e a disciplina e, conseqüentemente, a eficácia do contingente. (BRASIL, 2002)

5.3 Pós- missão – resultados distais

A saúde psíquica do militar, também, deve ser uma preocupação nos ambientes pós-operacionais. Durante as operações militares norte-americanas ocorridas no Iraque, cerca de 10% das evacuações médicas do teatro de operações, foram descritas como diagnóstico psiquiátrico primário. (BLIESE, 2004)

Além disso, Bliese (2004) relata que diversos estudos demonstraram uma forte ligação entre experiências de implantação, especialmente em situações de combate, e uma variedade de problemas de saúde mental, psicossocial e ocupacional após a missão, incluindo TEPT, depressão, abuso de substâncias, problemas de estabilidade ou perda de emprego, desemprego prolongado, divórcios e casos de violência conjugal e doméstica.

Vaughan (2015) demonstra em sua pesquisa que a presença da equipe OSCAR no contingente, tem o efeito pretendido nos desfechos proximais e distais mais próximos, porém ainda não foi observado seu impacto em desfechos distais de longo prazo. Nos batalhões que contavam com esta equipe os militares foram mais propensos a buscar ajuda para os seus problemas relacionados ao estresse e para os de outros militares e a incidência de agravamento de casos foi menor do que naqueles batalhões que não contavam com a presença da equipe OSCAR.

A manutenção de uma estreita ligação com o pessoal médico especializado em saúde mental é fundamental para aqueles militares que apresentaram sinais e sintomas de TER durante a missão, a fim de realizar uma avaliação psíquica dos militares seu retorno e iniciar ou dar continuidade ao tratamento do TEA/TEPT propriamente dito.

A continuidade do acompanhamento é de grande relevância, pois sinais e sintomas de desequilíbrio podem surgir posteriormente, meses até depois da desmobilização, interferindo na vida relacional e profissional do indivíduo.

Considerando o escopo deste trabalho que não tem como público-alvo profissionais de saúde mental, tampouco busca expor extensamente as possibilidades terapêuticas, buscar-se-á objetividade no tema “como tratar”. O tratamento dos TRE deve ser o mais customizado possível. Em linhas gerais, inclui psicoterapia cognitivo comportamental e uso de psicofármacos, intervenções não excludentes e aplicáveis, desde já, no âmbito da MB.

Os fármacos terão sua indicação focada na patoplastia apresentada pelos pacientes, seus sintomas-alvo, considerando duração, frequência e intensidade dos mesmos. Antidepressivos de baixo custo e boa tolerabilidade, tais como sertralina e paroxetina, podem ser indicados quando predominam sintomas ansiosos-depressivos. Antipsicóticos atípicos, como risperidona e quetiapina, estão indicados na presença de sintomas psicóticos. Com o objetivo de controlar a impulsividade anticonvulsivantes/moduladores do humor como a carbamazepina e o divalproato de sódio podem ser úteis.

Cabe ressaltar que a maioria dos medicamentos citados já consta da relação do Sistema de Distribuição de Medicamentos (SisDiMe) da Diretoria de Saúde da Marinha (DSM), com fornecimento para todos os Distritos Navais, por demanda estimada.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), *Biofeedback* cardíaco, técnicas de exposição e reestruturação cognitiva são outras formas de tratar os TRE, em particular o TEPT, porém não há na MB expertise e certificação de profissionais de saúde mental que desenvolvessem tais abordagens.

Além disso, deverão ser criados protocolos e diretrizes para a realização de avaliação psicológica e social, visando a readaptação dos militares ao serviço de rotina e à convivência familiar, devido as mudanças que ocorrem após o afastamento ocasionado pela missão.

6. CONCLUSÃO

Os eventos estressores permeiam toda a vida do indivíduo, por isso torna-se necessário diagnosticar e tratar precocemente os sinais e sintomas referentes às respostas inadequadas ao estresse, caracterizando distúrbios psíquicos, como o TEA e o TEPT, principalmente naqueles que lidam diariamente com situações de alto estresse, como é o caso de militares em situações de conflito armado.

Os efeitos psicossociais dos transtornos relacionados ao estresse, principalmente em um grupo de militares envolvidos em missões de paz ou GLO, revelam um horizonte de necessidades e de possibilidades de suporte a serem explorados.

O reconhecimento dos fatores estressores e como estes podem afetar o comprometimento individual, a unidade da tropa e, conseqüentemente, o objetivo da missão é de fundamental importância para o desenvolvimento de estratégias psicossociais capazes de prevenir e combater o estresse e seus transtornos.

A prevenção, a identificação precoce e o gerenciamento dos efeitos adversos dos transtornos relacionados ao estresse são fundamentais para o início do tratamento adequado e, conseqüentemente, para reduzir seus efeitos de médio e longo prazos.

Mantendo na tropa em missão uma equipe preparada para desenvolver ações voltadas à prevenção e ao combate ao estresse, com maior acesso à especialidade médica necessária, com condições de diagnosticar precocemente os sinais e sintomas dos transtornos relacionados ao estresse e iniciar o tratamento do militar de forma precoce, bem como promover a imediata evacuação nos casos de impossibilidade de tratamento local, é possível reduzir as taxas de estresse relacionados à implantação da missão e às baixas inerentes aos transtornos relacionados a este problema.

O *follow-up* necessário, no pós-missão, com avaliações psicológicas e, caso necessário, acompanhamento por profissionais especializados na área de saúde mental, também, é de suma importância para a manutenção e recuperação da higidez do militar e continuidade de suas funções e carreira.

Para que isto seja possível, é necessário treinamento e adiestramento não só do pessoal de saúde incorporado à tropa, mas, também, dos líderes de diferentes graus hierárquicos e estratégias de cuidado em favor dos indivíduos afetados e das equipes de atendimento que necessitam ser desenvolvidas e aperfeiçoadas. Esta é a proposta do presente trabalho, que se

baseia no Programa OSCAR, desenvolvido há anos pelos fuzileiros navais americanos, adaptado à realidade da MB.

No entendimento deste autor, a MB já dispõe dos recursos humanos, expertise, instalações e OM com missões precípuas para uma ampla, factível e moderna abordagem dos TRE, faltando apenas um alinhamento de tais recursos, de forma a se coadunar detecção precoce, tratamento e reabilitação, na forma de condutas, protocolos ou mesmo doutrina, aplicados em cada uma das fases de emprego de forças militares em situação de combate, quais sejam: preparação, missão e pós missão.

Essa visão decorre da experiência deste autor na participação do 4º Contingente da MINUSTAH, no período de 2005/2006, cuja atuação como psiquiatra teve maior relevância do que como médico do Grupamento Operativo, dado que não havia outro especialista na capital, Porto Príncipe, tendo indicado a repatriação de 17 (dezesete) servidores da ONU, civis e militares, de diferentes nacionalidades, sendo os TRE as maiores causas isoladas de baixas reais, no período.

Implementado o proposto neste trabalho, a MB proverá o cuidado em saúde mental, necessário e suficiente, no que se refere aos TRE, definindo de forma clara o quê e quando fazer, visando prevenir o envio de militares mais vulneráveis ao estresse, bem como identificar, tratar e reabilitar aqueles que vierem a desenvolver TRE, fazendo uso de recursos humanos, estruturas e expertises já existentes, sem custos financeiros adicionais significativos, mitigando os impactos de curto médio e longo prazos dos TRE em expostos a conflitos armados e, por extensão, na família naval.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, I.O. *et al.* **A participação do Brasil nas operações de paz das nações unidas: evolução, desafios e oportunidades.** Texto para discussão. IPEA. Brasília, jan 2019. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8939/1/td_2442.pdf>. Acesso em: 02/04/2021.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* – DSM-5. 5ª ed. Arlington, VA., 2014.
- BALLONE, G. Estresse: o que é isso? In: Psiqweb, Internet. 2015. Disponível em: <<http://psiweb.net/index.php/estresse-2/estresse/>>. Acesso em: 15/03/2021.
- BLIESE, P.D. *et al.* **Post-Deployment Mental Health Screening Instruments: How Good Are They?. United States Army Medical Research Unit-Europe**, 2004. Disponível em: <<https://apps.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a433073.pdf>>. Acesso em: 01/03/2021.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 01/03/2021.
- _____. **Lei complementar nº 97, de 9 de junho de 1999.** Dispõe sobre as normas gerais para a organização, o preparo e o emprego das Forças Armadas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp97.html>. Acesso em: 15/03/2021.
- _____. **Decreto nº 3.897, de 24 de agosto de 2001.** Fixa as diretrizes para o emprego das Forças Armadas na garantia da lei e da ordem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3897.htm>. Acesso em: 15/03/2021.
- _____. ESTADO MAIOR DA ARMADA. **Operações de manutenção da paz.** Brasília, 2002.
- _____. BIBLIOTECA VIRTUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estresse.** nov 2012. Disponível em: <<https://bvsmis.saude.gov.br/estresse/#:~:text=O%20que%20%C3%A9%20provocando%20altera%C3%A7%C3%B5es%20f%C3%ADsicas%20e%20emocionais>>. Acesso em: 15/03/2021.
- _____. MARINHA DO BRASIL. DIRETORIA GERAL DE PESSOAL DA MARINHA. **Normas reguladoras para inspeções de saúde na Marinha.** Rio de Janeiro, 2017.
- _____. MARINHA DO BRASIL. SELEÇÃO DE PESSOAL DA MARINHA. **Conheça as características únicas da profissão militar.** 2018. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br/sspm/?q=noticias/conhe%C3%A7a-caracter%C3%ADsticas-%C3%BAnicas-da-profiss%C3%A3o-militar>>. Acesso em: 19/03/2021.
- _____. MARINHA DO BRASIL. SELEÇÃO DE PESSOAL DA MARINHA. **A psicologia na MB.** [internet]. Disponível em: <<https://www.marinha.mil.br/sspm/?q=content/psicologia-na-mb>>. Acesso em: 01/07/2021.

_____. MINISTÉRIO DA DEFESA. **Manual de Operações de Paz**. 3ª ed. Brasília, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/defesa/pt-br/arquivos/File/doutrinamilitar/listadepublicacoesEMD/md34a_ma_02a_manuala_opa_paza_3eda_2013.pdf>. Acesso em: 01/07/2021.

_____. MINISTÉRIO DA DEFESA. **Garantia da Lei e da Ordem**. 2ª ed. Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.gov.br/defesa/pt-br/arquivos/2014/mes02/md33a_ma_10a_gloa_2eda_2014.pdf>. Acesso em: 02/04/2021.

_____. MINISTÉRIO DA DEFESA. **Apoio de saúde em operações conjuntas**. 1ª ed. Brasília, 2017.

_____. MINISTÉRIO DA DEFESA. **Histórico da participação brasileira em missões da ONU**. Jun, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/defesa/pt-br/assuntos/relacoes-internacionais/copy_of_missoes-de-paz/historico-da-participacao-brasileira-em-missoes-da-onu>. Acesso em: 10/03/2021.

_____. MINISTÉRIO DA MULHER, DA FAMÍLIA E DOS DIREITOS HUMANOS. **Painel de dados da ouvidoria nacional de direitos humanos. Denúncias realizadas entre 01/01/2021 a 21/06/2021**. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/paineldedadosdaondh/copy_of_dados-atuais-2021>. Acesso em 01/07/2021.

CORREIA, A. **Operações de paz e estresse pós-traumático (SPT) em militares portugueses**. Tese (doutorado em Psicologia). Universidade Autônoma de Lisboa. Lisboa, dez, 2014. 284p. Disponível em: <<https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/740/1/TeseDoutoramentoPsicologia%20AntonioCorreia%202014.pdf>>. Acesso em: 25/03/2021.

COELHO, N.L.G. *et al.* **Resposta ao estresse: II. Resiliência e vulnerabilidade**. Estudos de Psicologia. v. 20 (2), apr-jun 2015, p.72-81. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/epsic/a/xNsfKpGVHj9NjgDrJgWTGq/?lang=pt>>. Acesso em: 01/07/2021

CRECENCIO JR., A.J. **As operações de Garantia da Lei e da Ordem (GLO) em perspectiva comparada com o uso da força nas operações de paz – reflexos do emprego da força na MINUSTAH para a atuação do exército brasileiro em GLO pós Haiti**. Projeto de Pesquisa (Especialização em Ciências Militares). Escola de Comando e Estado-Maior do Exército. Rio de Janeiro, 2019. 87p.

DELGADO, P.G.G. **Violência e saúde mental: os termos do debate**. O Social em Questão - Ano XV - nº 28 - 2012. pg 187 - 198. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5522/552256742009.pdf>>. Acesso em: 01/03/2021.

FELKER, B. *et al.* **Characteristics Of Deployed Operation Iraqi Freedom Military Personnel Who Seek Mental Health Care**. *Military Medicine*, v.173(2):155-58, 2008. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18333491/>>. Acesso em: 01/03/2021.

FREIRE, L.F.A.S. **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)**. Monografia (Curso de Política e Estratégia Marítimas). Escola de Guerra Naval. Rio de Janeiro, 78 p. 2020.

HARIG, C. *Soldiers in police roles. Policing and Society* [online] ago 2019 p.1-18. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10439463.2019.1650745>>. Acesso em: 02/04/2021.

FARMER, C.M. et al. *Pre-Deployment Stress, Mental Health, and Help-Seeking Behaviors Among Marines*. Rand Corporation [internet], 2014. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/10.7249/j.ctt1287mbb>>. Acesso em: 02/07/2021.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA – FBSP. **Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil**. 2ª ed. 2019. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/02/relatorio-pesquisa-2019-v6.pdf>>. Acesso em: 02/07/2021.

_____. **Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19**. 3ª ed. Jul 2020. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-ed03-v2.pdf>>. Acesso em: 02/07/2021.

_____. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021**. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/anuario-2021-completo-v6-bx.pdf>>. Acesso em: 17/07/2021.

GADANHO, T.F.P. **Relação entre estratégias de coping e resiliência após a vivência de um acontecimento potencialmente traumático**. Dissertação (mestrado em Psicologia). Universidade de Lisboa, Portugal, 2014. 118p. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/19916/1/ulfpie047308_tm.pdf>. Acesso em: 02/04/2021.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Atlas da violência 2020**. Brasília, IPEA, 2020. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/08/atlas-da-violencia-2020.pdf>>. Acesso em: 15/03/2021.

LASER, H.L. **Transtorno de estresse pós-traumático - TEPT: proposta de modelo de programa para tratamento nas forças armadas em missão de paz**. Monografia (Altos Estudos de Política e Estratégia). Escola Superior de Guerra. Rio de Janeiro, 2016. 59p. Disponível em: <<https://repositorio.esg.br/bitstream/123456789/1040/1/TCC%20HELIO%20LEWGOY%20LASER.pdf>>. Acesso em: 02/07/2021.

MELLAGI, A.G. **Peacekeepers e controle do estresse nas missões de paz: um estudo das funções das religiões no processo de enfrentamento**. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016. 154p. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-07102016-172804/publico/mellagi_do.pdf>. Acesso em: 20/03/2021.

MINAYO, M.C.S. **Violência social sob a perspectiva da saúde pública**. Cad. Saúde Pública, v. 10 (1), 1994. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/csp/1994.v10suppl1/S7-S18/pt/>>. Acesso em: 01/07/2021.

MONTEIRO, F.C.S. **Operação Iraque Livre: o estresse pós-traumático e seus efeitos no desempenho de militares**. Monografia (Ciências Militares). Academia Militar das Agulhas Negras. Resende, 2018. 38p. Disponível em:

<<https://bdex.eb.mil.br/jspui/bitstream/123456789/4555/1/TCC%20Cad%205155%20Monteiro%20-%20CM3.pdf>>. Acesso em: 28/06/2021.

NAIFEH, J.A. *et al.* **Barriers to initiating and continuing Mental Health Treatment Among Soldiers in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army)**. *Military Medicine*, v.181(9):1021-1032, set. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27612348/>>. Acesso em: 01/03/2021.

NASH, W. **Operational Stress Control and Readiness (OSCAR): The United States Marine Corps Initiative to Deliver Mental Health Services to Operating Forces**. In *Human Dimensions in Military Operations – Military Leaders’ Strategies for Addressing Stress and Psychological Support*, 2006, p. 25-1 – 25-10. Disponível em: <<https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/ADA472703.pdf>>. Acesso em: 05/05/2021.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **United Nations Peacekeeping Operations Principles and Guidelines**. Nova York, 2008. Disponível em: <https://peacekeeping.un.org/sites/default/files/capstone_eng_0.pdf>. Acesso em: 01/03/2021.

_____. **United Nations Peacekeeping – Where we operate**. 2021. Disponível em: <<https://peacekeeping.un.org/en/where-we-operate>>. Acesso em: 15/03/2021.

PRETTO, L. **Estresse pós-traumático em militares: uma abordagem psicanalítica**. Monografia (Psicologia). Universidade de Caxias do Sul. Caxias do Sul, 2019. 44p. Disponível em: <<https://repositorio.ucs.br/xmlui/bitstream/handle/11338/5990/TCC%20Let%C3%ADcia%20Pretto.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 02/03/2021

PRICE, M., *et al.* **Combat Experiences, Pre-Deployment Training and Outcome of Exposure Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom Veterans**. *Clin Psychol Psychother*, 20(4): 277-285, jul 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480561/>>. Acesso em: 01/03/2021.

RAMOS, A.C.N.A.; PENA, P.G.L. **Confinamento em alto mar de militares da Marinha do Brasil e repercussões na qualidade de vida**. In: LIMA, M.A.G., FREITAS, M.C.S., PENA, P.G.L., and TRAD, S. (Org). *Estudos de saúde, ambiente e trabalho: aspectos socioculturais* [online]. Salvador: EDUFBA, 2017, pp. 33-52. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/sdytq/pdf/lima-9788523218645-03.pdf>>. Acesso em: 01/04/2021

RODRIGUES, R.I.; ARMSTRONG, K. **A intervenção federal no Rio de Janeiro e as organizações da sociedade civil. Relatório de Pesquisa**. IPEA, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/8695-182358intervenciaofederalrio.pdf>>. Acesso em: 15/03/2021.

SALES, C.M.D. *et al.* **Treino da resistência psicológica na recruta militar em Portugal: o papel da coesão militar, da autoestima e da ansiedade na resiliência**. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35 (2), p. 317-337, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/799/79951336009/html>>. Acesso em: 05/07/2021.

SANTANA, M.R.M. *et al.* **Transtorno de estresse agudo e mecanismos de defesa: pesquisa em pacientes que sofreram trauma físico atendidos em um hospital de emergência**. *Trends*

Psychiatry Psychother. 2017; 39(4); p. 247-256. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/trends/a/6xW6cLNs3GCZWPvL6sqpXVp/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 15/03/2021.

SANTANA E SILVA, A.A. **A contribuição da psicologia no preparo da força terrestre para as operações de garantia da lei e da ordem (GLO)**. Revista Científica da Escola de Administração do Exército, 5(2), 2009, p. 59-73. Disponível em: <<http://www.ebrevistas.eb.mil.br/RICAM/article/download/2703/2148/>>. Acesso em: 10/04/2021.

SBARDELLOTO, G. *et al.* **Transtorno do estresse pós-traumático: evolução de critérios diagnósticos e prevalência**. Psico-USF, 16 (1), abr 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusf/a/szPNZDJmvMM6PzPNJvXRFQz/?lang=pt>>. Acesso em: 15/03/2021.

SILVA, R.M. *et al.* **Evolução histórica do conceito de estresse**. Rev. Cient. Sena Aires. 2018 Jul-Set; 7(2): 148-56. Disponível em: <<http://revistafacessa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/viewFile/316/225>>. Acesso em: 15/03/2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Quase 250 casos de tortura, violência física ou psicológica contra crianças e adolescentes são notificados todos os dias no Brasil**. [internet]. Abr 2021. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/quase-250-casos-de-tortura-violencia-fisica-ou-psicologica-contra-criancas-e-adolescentes-sao-notificados-todos-os-dias-no-brasil/>>. Acesso em: 01/07/2021.

SOUZA, R.G.; ANTLOGA, C.S. **Psicodinâmica do trabalho masculino e a defesa da virilidade: uma questão de gênero**. Trabalho (En) Cena, 2017, 2(2) p. 18-38. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/encena/article/download/4262/12180/>>. Acesso em: 02/07/2021.

SOUZA, W.F. **Estudo prospectivo do impacto da violência na saúde mental das tropas de paz brasileiras no Haiti**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. 149 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20947/1/ve_Wanderson_Souza_ENSP_2011.pdf>. Acesso em: 20/06/2021

SOUZA, Y.R. **Estresse e estratégias de “coping” em treinamentos militares extenuantes na selva amazônica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, 2015. 100p. Disponível em: <https://www.ri.unir.br/jspui/bitstream/123456789/877/1/Yonel%20R.%20de%20Souza_Estresse%20e%20estrat%c3%a9gias%20de%20coping.pdf>. Acesso em: 20/04/2021.

UNODC – UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014**. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145086/9789241564793_por.pdf?sequence=5>. Acesso em: 01/07/2021

UNITED STATES OF AMERICA. HEADQUATERS, DEPARTMENT OF THE ARMY. **Combat and operational stress control**. FM 4-02.51. Washington, DC. Jul 2006. Disponível em: <<ps://fas.org/irp/doddir/army/fm4-02-51.pdf>>. Acesso em: 20/06/2021.

_____. HEADQUARTERS. DEPARTMENT OF NAVY. *Combat and operational stress control*. MCTP 3-30E. Washington, DC, dez, 2010. Disponível em: <<https://www.marines.mil/Portals/1/Publications/MCTP%203-30E%20Formerly%20MCRP%206-11C.pdf?ver=2017-09-28-081327-517>>. Acesso em: 20/06/2021.


UNODC – UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Brasil tem segunda maior taxa de homicídios da América do Sul, diz relatório da ONU**. Brasília, jul 2019. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/07/brasil-tem-segunda-maior-taxa-de-homicidios-da-amrica-do-sul--diz-relatrio-da-onu.html>>. Acesso em: 20/03/2021.

VAUGHAN, C.A. *et al.* *Evaluation of the Operational Stress Control and Readiness (OSCAR) Program*. RAND Health Quarterly Issues, 5(2), 2015. Disponível em: <<https://www.rand.org/pubs/periodicals/health-quarterly/issues/v5/n2/14.html>>. Acesso em: 25/04/2021.

WELLE, D. Estados Unidos designam Brasil como aliado extra-OTAN. Agência Brasil [internet], ago 2019. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2019-08/estados-unidos-designam-oficialmente-brasil-como-aliado-extra-otan>>. Acesso em: 20/06/2021.

WESTPHAL, R. *Combat and Operational Stress First Aid: Responder Training Manual 2011*. US Navy, mar 2018. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/323692844_Combat_and_Operational_Stress_First_Aid_Responder_Training_Manual_2011>. Acesso em: 20/06/2021.

ANEXO A
EMA -402
FICHA MÉDICA PADRONIZADA

OSTENSIVO											EMA-402		
ANEXO E													
FICHA MÉDICA PADRONIZADA													
=====													
FAO	GATT	IAEA	ILO	ITC	ITU	UN	UNDP	UNESCO	UNICEF	UNIDO	WHO	WIPO	WMO
CONFIDENTIAL		ENTRY MEDICAL EXAMINATION								UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES			
<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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
ADDRESS (STREET, TOWN, DISTRICT OR PROVINCE, COUNTRY):								DATE OF BIRTH:				NATIONALITY:	
DUTY STATION						TELEPHONE:		BIRTHPLACE:					
PRESENT MARITAL STATUS													
Married <input type="checkbox"/> DATE: _____				Single: <input type="checkbox"/>				Divorced <input type="checkbox"/> DATE: _____				Widowed <input type="checkbox"/> DATE: _____	
Separated <input type="checkbox"/> 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 of 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: <input type="checkbox"/> 1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 2b						
Department or Unit:							Comments:						
Date:							Date: Signature:						
VERY IMPORTANT: Please indicate the recruiting Agency or Organization:													
OSTENSIVO					- E-1-				ORIGINAL				

OSTENSIVO

EMA-402

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 lost.

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			Gonorrhea		
Pneumonia			Ulcer of stomach or duodenum			Joint problems			Any other sexually transmitted disease		
Phlebitis			Jugulars			Skin disease			Tropical disease		
Repetitive bronchitis			Gall stones			Sleeplessness			Amoebic dysentery		
Rheumatic fever			Hemias			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 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 complaints? Yes _____ No _____
If so, which? _____

OSTENSIVO

- E.2 -

ORIGINAL

OSTENSIVO

EMA-402

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.

OSTENSIVO

- E-4 -

ORIGINAL