



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO  
(Es Apl Sv Sau Ex / 1910)**

**1º Ten Alu HAROLDO BIANCHI DUARTE**

**PANORAMA HISTÓRICO DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO  
EM CONFLITOS NÃO GUERRA**

Rio de Janeiro  
2019

1º Ten Alu HAROLDO **BIANCHI** DUARTE

**PANORAMA HISTÓRICO DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO  
EM CONFLITOS NÃO GUERRA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde do Exército, como requisito parcial para aprovação no Curso de Formação de Oficiais Médicos do Serviço de Saúde, pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares.

Orientador: Erik Vinicius Querolin Sampaio  
Coorientador: 1º Ten **Diogo** de Souza **Leão** da Rocha  
Pereira

Rio de Janeiro  
2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO/BIBLIOTECA OSWALDO CRUZ

D812p Duarte, Haroldo Bianchi.  
Panorama histórico do Transtorno do Estresse Pós-Traumático em conflitos não guerra / Haroldo Bianchi Duarte. – 2019.  
21 f.  
Orientador: Erik Vinicius Querolin Sampaio.  
Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Escola de Saúde do Exército, Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares, 2019.  
Referências: f. 19-21.

1. HISTÓRIA MILITAR. 2. CONFLITOS NÃO GUERRA. 3. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO. I. SAMPAIO, ERIK VINICIUS QUEROLIN (ORIENTADOR). II. Escola de Saúde do Exército. III. Panorama histórico do Transtorno do Estresse Pós-Traumático em conflitos não guerra.

CDD 610

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste trabalho.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

1º Ten Alu HAROLDO **BIANCHI** DUARTE

## PANORAMA HISTÓRICO DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM CONFLITOS NÃO GUERRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde do Exército, como requisito parcial para aprovação no Curso de Formação de Oficiais Médicos do Serviço de Saúde, pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares.

Orientador: Erik Vinicius Querolin Sampaio  
Coorientador: 1º Ten **Diogo** de Souza **Leão** da Rocha Pereira

Aprovada em 30 de Setembro de 2019.

### COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

---

Erik Vinicius Querolin Sampaio  
Orientador

---

**Diogo** de Souza **Leão** da Rocha Pereira - 1º Ten  
Coorientador

---

Cap **Michele** de Oliveira **Antunes**  
Avaliadora

O presente estudo é dedicado aos nobres colegas Erik V. Q. Sampaio, Otone H. Tasca e Giuliano D. Casagrande, diligentes e inspiradores estudiosos da ciência do comportamento.

*“A guerra é o medo encoberto de coragem.”  
General William Westmoreland*

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO</b> .....	<b>8</b>
2.1 METODOLOGIA .....	8
2.2 O QUE É O TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO .....	8
2.3 HISTÓRICO .....	10
2.3.1 A PRIMEIRA GUERRA MUNDIAL E O <i>SHELL SHOCK</i> .....	11
2.3.2 FORWARD TREATMENT .....	12
2.3.3 SUSTO, CONCUSSÃO CEREBRAL OU SIMULAÇÃO .....	13
2.3.4 A SEGUNDA GUERRA MUNDIAL .....	13
2.3.5 A GUERRA DO VIETNÃ .....	14
2.4 PREVALÊNCIA .....	14
2.5 IMPACTO .....	15
2.6 RELEVÂNCIA NO MEIO MILITAR .....	16
<b>3 CONCLUSÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>19</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho versa sobre o transtorno mental conhecido como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), entidade clínica de grande relevância no meio militar como um todo, bem como suas características no contexto militar (de qualquer nacionalidade, inclusive nas Forças Auxiliares). Será abordado o TEPT e suas peculiaridades quando manifesto em militares envolvidos em conflitos do tipo não-guerra dos séculos XX e XXI, tais como operações de Busca e Resgate, Garantia da Lei e da Ordem (GLO), Imposição da Paz (*peace enforcement*) e Manutenção da Paz (*peacekeeping*).

Será descrito um panorama histórico do Transtorno do Estresse Pós-Traumático, isto é, serão recapitulados os passos dados desde sua descoberta até a atualidade, e descritas as suas especificidades no contexto de militares envolvidos em operações não guerra. A finalidade disto é que, com tal histórico à luz da análise objetiva, que se dê mais um passo em direção ao progresso de descrição, compreensão, diagnóstico e tratamento do TEPT em militares, tendo em vista a natureza profundamente debilitante desta entidade clínica, bem como causadora de ônus para as Forças Armadas, na forma de custos e absenteísmo.



## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 METODOLOGIA

Para a presente pesquisa, de cunho bibliográfico, foram selecionados 22 artigos dissertando sobre o TEPT e temas correlatos relevantes, através de pesquisa online via Google Scholar, Medline, Pubmed e SciELO. Também foram incluídos na amostra 3 livros contendo informação importante acerca do tema.

### 2.2 O QUE É O TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma entidade psiquiátrica caracterizada por reações emocionais anormais e duradouras após a exposição do indivíduo a um ou mais eventos traumáticos, tais como ameaça de morte, tentativa de homicídio, violência sexual, entre outros. Por exposição entende-se ser vítima ou testemunha do estressor traumático em questão, este sendo intenso o suficiente para afetar a quase qualquer pessoa (SADOCK, SADOCK & RUIZ, 2015). O indivíduo também pode desenvolver TEPT por saber que o evento traumático ocorreu com pessoa próxima ou por ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do estressor. As principais reações emocionais e comportamentais anormais a surgir após o trauma psíquico são lembranças angustiantes, recorrentes, intrusivas e involuntárias do evento traumático, sonhos recorrentes com a situação traumatizante, reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) e comportamentos de evitação de coisas, pessoas ou locais que tragam lembranças do estressor vivenciado (APA, 2014 – DSM-5). O conjunto completo de critérios diagnósticos deste transtorno está sumarizado abaixo.

Critérios diagnósticos do DSM-5 para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático em adultos (adaptado de APA, 2014):

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

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

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

1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.
2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático.
3. Reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. (Estas reações podem ocorrer em um *continuum*, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.)

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

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

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

1. Incapacidade de recordar algum evento importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).
2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., “sou mau”, “não se deve confiar em ninguém”, “o mundo é perigoso”, “todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”).
3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).
5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.
6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.
7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar momentos de felicidade, satisfação ou amor).

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

1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.
2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
3. Hipervigilância.
4. Resposta de sobressalto exagerada.
5. Problemas de concentração.
6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

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

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

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

### 2.3 HISTÓRICO

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático só passou a ser conhecido como tal e conceitualizado da forma atual a partir da obra de Abram Kardiner. Anteriormente, seus sintomas eram chamados inespecificamente de histeria, tendo sido pesquisados por pessoas como Freud e Charcot. Havia dúvidas quanto ao papel do trauma psicológico na deflagração do quadro clínico e do quanto cada fator objetivo (evento externo traumático, suporte socioeconômico ou familiar) e subjetivo (interpretação da ocorrência traumática pelo indivíduo que a sofre, vulnerabilidades neurobiológicas) influía nesta (SCHETATSKY *et al*, 2003).

Atualmente, todos esses fatores estão sendo levados em consideração, mas (novamente) sem dados definitivos acerca do papel de cada um dos fatores citados acima na gênese do TEPT. Sabe-se, todavia, que a ocorrência do transtorno não é uma exclusividade de eventos de guerra, ou mesmo de combate, podendo ocorrer como consequência, por exemplo, de situações ou testemunho de violência, crime ou desastres naturais (SCHETATSKY *et al*, 2003)

Apesar de haver descrições mais ou menos acuradas até mesmo em textos gregos e babilônios da antiguidade, o primeiro acadêmico a descrever com precisão os sintomas de estresse pós-traumático foi Philippe Pinel, em sua *Nosographie Philosophique* (1798), discorrendo sobre os sintomas da então chamada “neurose de guerra” e sobre estados estuporosos pós-traumáticos agudos (os quais chamou de “idiotismo”) (CROCQ & CROCQ, 2000).

A Revolução Industrial, com o advento do maquinário a vapor, foi o palco dos primeiros desastres civis de causas artificiais, tais como os acidentes com explosivos na construção de ferrovias. Disto advieram controvérsias abundantes sobre a natureza dos sintomas psíquicos exibidos pelas vítimas, sendo as duas principais hipóteses conflitantes a das lesões microscópicas no cérebro ou medula espinhal e a do choque emocional (histeria). Estas controvérsias durariam até a Primeira Guerra Mundial; a primeira menção do termo “neurose pós-traumática” parece datar desta época, a despeito deste ser o nome dado para a condição pelo médico alemão Herman Oppenheim em 1884 (OPPENHEIM, 1892). Tal diagnóstico fora duramente criticado por Jean-Baptiste Charcot, que perseverava em declarar que os 42 casos descritos por Oppenheim em sua obra eram de “histeria”, “neurastenia” ou “histero-neurastenia”. Foi à essa época em que Janet (1889) e Freud (1893) descobriram a

“histeria traumática” com todos os seus correlatos: a dissociação causada pelo trauma, o papel patogênico das memórias suprimidas pelo choque emocional, e o que viria posteriormente a ser chamado de inconsciente (CROCQ, 1999; CROCQ & CROCQ, 2000).

A Guerra Russo-Japonesa (1904-1905) foi o evento no qual os sintomas de estresse pós-traumáticos foram reconhecidos tanto pela medicina quanto pelos comandos militares. Psiquiatras russos – notavelmente Avtocratov – têm o crédito de terem sido os primeiros a desenvolver a doutrina de *forward psychiatry* (ou *forward treatment*) (CROCQ & CROCQ, 2000), que preconiza o tratamento imediato ao invés do encaminhamento de pacientes a hospitais de base e é seguida ainda nos dias de hoje (JONES & WESSELY, 2003; JONES *et al*, 2017). A Cruz Vermelha Russa prestava auxílio ao esforço de guerra, e nela servia o médico alemão Honigman, que cunhou o termo “neurose de guerra” (*kriegsneurose*), em 1907, para o que era anteriormente chamado de “neurastenia de combate” ou “histeria de combate”. Esse médico também enfatizou as semelhanças entre os casos que avaliou e os descritos por Oppenheim (ELLIS, 1984; CROCQ & CROCQ, 2000).

### 2.3.1 A PRIMEIRA GUERRA MUNDIAL E O *SHELL SHOCK*

A Primeira Grande Guerra foi a primeira a ser lutada com meios industriais maciços. À época, a psiquiatria já almejava definir entidades diagnósticas como conhecemos hoje. Pode-se dizer que o conflito cumpriu um papel no avanço da psicotraumatologia europeia comparável ao da Guerra do Vietnã no avanço da psicotraumatologia americana (CROCQ & CROCQ, 2000).

As baixas psiquiátricas durante a Primeira Guerra Mundial foram muito mais numerosas do que o esperado e começaram a ser reportadas muito precocemente. O renomado psiquiatra Robert Gaupp relatou que as grandes batalhas de artilharia de 1914 encheram os hospitais com grandes números de militares fisicamente ilesos mas mentalmente perturbados; entre os sintomas citados, estavam mutismo ou surdez súbitos, tremores generalizados, incapacidade de se posicionar em pé ou andar, episódios de perda da consciência e convulsões, causados pelo medo e ansiedade precipitados pelas explosões de granadas de artilharia (*artillery shells*) e minas e a visão de camaradas mortos ou mutilados. Régis, em sua revisão de 88 casos de 1915, relatou uma situação similar: apenas 20% dos militares hospitalizados avaliados tinham ferimentos, mas todos tinham pavor, choque emocional e o testemunho da morte ou mutilação de camaradas como fator majoritariamente significativo para a origem dos sintomas (CROCQ & CROCQ, 2000).

Não se sabe com exatidão quando o termo “*shell shock*” foi utilizado pela primeira vez, mas suspeita-se que tenha sido por Charles Myers, em um artigo publicado no periódico *The Lancet*, entre 1914 e 1915. Neste artigo, Myers relata os casos de três militares admitidos para tratamento com sintomas similares aos descritos anteriormente, causados pelo choque de explosões de granadas próximas (BERRIOS & PORTER, 1995).

Os relatos dos quadros de neurose de guerra das duas Guerras Mundiais tiveram diferenças muito discretas (CROCQ & CROCQ, 2000).

### 2.3.2 FORWARD TREATMENT

Conforme ficava notável que a evacuação das baixas psiquiátricas para escalões posteriores frequentemente levava à incapacidade crônica e, finalmente, ao desligamento das forças armadas por motivos médicos, processou-se uma mudança na doutrina no sentido de iniciar o tratamento ainda próximo à linha de frente. O moral proporcionado pelo apoio emocional dos camaradas aumentava a chance dos soldados admitidos para tratamento de retornarem aos seus grupamentos, ao passo que o tratamento em ambientes hospitalares levava ao desenvolvimento de sintomas crônicos e pior prognóstico. Desta forma, em 1916 as evacuações já eram raras, e os pacientes recebiam cuidados em postos avançados de tratamento, com expectativa de pronta recuperação. O tratamento em ambiente próximo à linha de frente (*forward treatment*) se tornou a regra, com seus princípios regentes: urgência (tratar o mais precocemente possível, antes que se instale a latência que se segue ao estresse agudo e precede os sintomas crônicos), proximidade (tratar o paciente o mais próximo possível da linha de frente, ainda ao alcance auditivo do ruído de batalha, sem evacuá-lo para locais tranquilos, dos quais, compreensivelmente, jamais desejaria sair), expectativa (de pronta recuperação, instilada no paciente por meios psicoterapêuticos), simplicidade (uso de meios de tratamento como descanso, sono e técnicas psicoterapêuticas práticas) e centralidade (uma doutrina terapêutica coerente de regulamento das evacuações para os escalões posteriores) (SALMON, 1917; CROCQ & CROCQ, 2000).

Em meio a controvérsias, a aplicação de corrente elétrica para tratar os sintomas de estresse agudo, a chamada eletroterapia, ou faradização, passou a ser usada de maneira difundida durante a Primeira Grande Guerra (e raramente durante a Segunda). O responsável por isto foi Wagner-Jauregg, um professor de psiquiatria em Viena que era acusado de crueldade na administração deste tratamento e, à época, teve que se apresentar perante um comitê investigativo, apesar de ter recebido um prêmio Nobel em 1928 (EISSLER, 1979).

### 2.3.3 SUSTO, CONCUSSÃO CEREBRAL OU SIMULAÇÃO

A principal controvérsia acerca do Transtorno de Estresse Pós-Traumático era sua etiologia. Isto era demonstrado por seus dois nomes no período da Primeira Guerra Mundial: *shell shock* (sendo as suas causas hipotéticas de natureza somática, como microlesões cerebrais advindas de concussões vasculares, meníngeas ou parenquimatosas) e neurose de guerra (tendo origem hipotética puramente psicológica). Às dúvidas acerca de haver ou não uma explicação anatomopatológica para o TEPT e da causa única do transtorno ser unicamente o trauma psíquico ou haver fatores predisponentes na personalidade do indivíduo afetado, somava-se a crescente demanda por compensações por parte dos militares afetados pelo transtorno (CROCQ & CROCQ, 2000). Emil Kraepelin, juntamente com outros pensadores da época, levantou a hipótese (adicional) de estar havendo simulação de sintomas para sair da linha de frente ou para obtenção de benefícios pessoais por parte dos veteranos de combate (KRAEPELIN, 1983).

### 2.3.4 A SEGUNDA GUERRA MUNDIAL

Durante a Segunda Grande Guerra, as baixas psiquiátricas mantiveram-se aterradoramente numerosas, especialmente com o advento do conceito de guerra total e o resultante alvejamento sistemático de localidades e estruturas civis. Vários métodos de tratamento sistematizados durante a Primeira Guerra deixaram de ser usados; combatentes acometidos por sintomas de estresse agudo voltaram a ser encaminhados a hospitais de base distantes da linha de frente, com taxas de retorno à atividade militar de 5%. Havia, inclusive, desincentivo político à prática da saúde mental em campo. Abram Kardiner, em 1925, descreve o TEPT como uma fisioneurose, ressaltando a presença de sintomas psíquicos e somáticos (KARDINER & SPIEGEL, 1947). A prática do tratamento psiquiátrico *in loco* seria retomada somente em 1943, com um aumento das taxas de retorno ao serviço militar para 50% a 70% (CROCQ & CROCQ, 2000).

À época, eram usados eufemismos como “fadiga operacional” e “fadiga de combate” para descrever os sintomas de estresse agudo, com o objetivo de deixar transparecer o mínimo possível a presença de um quadro psicopatológico. Havia pouca tolerância para vítimas do TEPT nas tropas; a doutrina militar de várias forças armadas da época preconizava eliminar elementos “fracos” ou “degenerados”, a fim de evitar que “contaminassem a comunidade” (CROCQ & CROCQ, 2000).

Em contraste com a Primeira Guerra Mundial, a natureza crônica dos sintomas do Transtorno do Estresse Pós-Traumático passou a ser estudada extensamente em veteranos da Segunda Guerra (WILSON & RAPHAEL, 1992).

### 2.3.5 A GUERRA DO VIETNÃ

Durante a Guerra do Vietnã, foram aplicados sistematicamente os princípios do *forward treatment* na linha de frente, o que resultou em quantidades menores de baixas psiquiátricas agudas. Em contraste, a incidência de etilismo e abuso de drogas era alta, e as formas de início tardio do TEPT se tornaram fonte significativa de morbidade para veteranos, mesmo com as medidas de *forward psychiatry* tendo sido aplicadas. Este paradoxo demandava uma nova explicação, e esta demandava novas hipóteses para a descrição do problema. Houveram relatos similares nas Guerras Pós-Coloniais Francesas (campanhas da Argélia e da Indochina) (PICHOT & BERNER, 1985). Isso culminou com a aparição do Transtorno do Estresse Pós-Traumático como categoria diagnóstica específica no DSM-III em 1980 (CROCQ & CROCQ, 2000).

### 2.4 PREVALÊNCIA

O quão comum é o TEPT na população geral e em populações específicas varia. A prevalência na população geral dos EUA é de 9 a 15% (SADOCK, SADOCK & RUIZ, 2015), enquanto na população geral da América Latina é de 0,5 a 1% (APA, 2014). Entre veteranos de combate norte-americanos, desde a Guerra do Vietnã, foram encontradas prevalências entre 2 a 17%; 4 a 17% entre veteranos norte-americanos da Guerra do Iraque e prevalências entre 3 e 6% em veteranos britânicos da mesma guerra (RICHARDSON, FRUEH & ACIERNO, 2010).

Estudos epidemiológicos já demonstraram que a maioria das pessoas na população geral já experienciou eventos que fecham critérios para serem consideradas eventos estressores de acordo com o DSM-5, a despeito de nem todos desenvolverem sintomas ou o transtorno (KESSLER, SONNEGA & BROMET, 1995).

Uma meta-análise mensurando a prevalência do transtorno entre militares em missões de manutenção da paz levantou prevalências bastante heterogêneas, entre 0,05 e 25,8%, com uma *pooled prevalence* de 5,3% (SOUZA *et al*, 2011). Policiais militares também estão entre as populações com prevalência de TEPT maior que a população geral, sendo esta de 7 a 19%, segundo o estudo conduzido por Maia *et al* em 2011. O estudo conduzido por Mushtaq,

Mushtaq e Shah (2016) aponta para uma chance de desenvolvimento de TEPT maior do que a média em indivíduos que têm irmãos com o transtorno.

## 2.5 IMPACTO

Conforme estudo executado por Maia *et al* (2006), foi encontrado um número cinco vezes maior de divorciados entre portadores de TEPT do que entre indivíduos sem esta condição. Os portadores deste diagnóstico geralmente descrevem sua saúde como mais pobre do que as pessoas sem ele. Outro estudo por Maia *et al* (2008) com policiais brasileiros portadores do transtorno detectou níveis séricos maiores de triglicerídios e colesterol total em indivíduos afetados, em comparação com aqueles sem o diagnóstico de TEPT.

Este transtorno causa alterações detectáveis no funcionamento do cérebro, notavelmente na atenção, raciocínio abstrato e funcionamento executivo (MUSHTAQ, MUSHTAQ & SHAH, 2016). Conceitua-se que os sintomas do TEPT sejam um sistema dinâmico de elementos causais (GREENE *et al*, 2018).

Ocorrem, também, alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (eixo HHA). Níveis aumentados de catecolaminas resultam em *up-regulation* da lipase lipoprotéica, o que leva ao aumento das concentrações de ácidos graxos livres e consequente transformação, no fígado, em colesterol e triglicerídios. O cortisol, paralelamente, aumenta a deposição de gordura abdominal, que é mais sensível a agentes lipolíticos e mais relacionada a resistência insulínica. Vale notar que perturbações no metabolismo lipídico não são a única via pela qual o stress e os hormônios liberados em decorrência deste causam prejuízos à saúde clínica – por exemplo, enquanto aumentos dos níveis séricos de catecolaminas stress-mediados levam a aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial sistêmica, bem como a ativação de mecanismos aterogênicos, a liberação aumentada de cortisol causa ganho ponderal, seja de maneira direta ou indireta (através da insônia induzida pelo CRF) (MAIA *et al*, 2008).

Comorbidades psiquiátricas são muito comuns em indivíduos portadores de TEPT. As mais frequentemente encontradas são transtornos depressivos, transtornos relacionados a substâncias, transtornos de ansiedade e transtorno do humor bipolar. Transtornos mentais já existentes tornam seus portadores mais vulneráveis ao desenvolvimento do TEPT; dois terços dos pacientes com TEPT têm no mínimo dois outros transtornos mentais (SADOCK, SADOCK & RUIZ, 2015).

O estudo de gêmeos monozigóticos conduzido por Milad *et al* (2008) encontrou dados apontando para uma redução adquirida do *recall* da extinção comportamental do medo em portadores de TEPT. Adicionalmente, Schneider *et al* (2018) encontraram dados que



evidenciam o papel deletério da estigmatização no indivíduo diagnosticado com o transtorno – especificamente, risco aumentado de desenvolvimento de comorbidades e chance reduzida de remissão espontânea.

O tratamento é desafiador, devido ao fato de haver dificuldades com a tolerabilidade e eficácia dos medicamentos pertencentes à farmacoterapia padrão vigente (STECKLER & RISBROUGH, 2011).

## 2.6 RELEVÂNCIA NO MEIO MILITAR

A prevalência do TEPT entre militares em serviço ativo e entre veteranos de combate (2 a 17% dos veteranos norte-americanos desde a Guerra do Vietnã; entre 4 e 17% dos veteranos norte-americanos da Guerra do Iraque; prevalências entre 3 e 6% entre veteranos britânicos da mesma guerra) é maior que a da população geral (3,5% em 12 meses nos EUA; 0,5 a 1% na América Latina) (RICHARDSON, FRUEH & ACIERNO, 2010).

Entre mantenedores da paz (*peacekeepers*), há estudos que estimam prevalências desde 0,05% até 25,8%; um estudo de Litz *et al* (1997) encontrou incidência de 8% em militares norte-americanos recém-regressos de uma missão de paz na Somália. Greenberg *et al* (2007) notificaram prevalência do transtorno entre 3,6 e 5,5% em tropas britânicas de manutenção da paz após as operações do período de 1991 e 2000.

Pesquisas prévias indicaram que a manutenção da paz em situações em que esta já se encontra estabelecida é associada a desajustamentos comportamentais originados de tédio, frustração e conflito de papéis, mas não ao surgimento de psicopatologias propriamente ditas; em contraste, quando há conflito potencialmente letal para os *peacekeepers*, estes tendem a experimentar dificuldades de ajustamento mais severas, associadas à exposição convencional a zonas de guerra (LITZ *et al*, 1997). Adicionalmente, descobriu-se que o que anteriormente eram considerados estressores de baixa magnitude relacionados à atividade militar, como dieta pobre, privação e interrupções de sono e exposição aos elementos, contribuíam de maneira independente para o risco de TEPT em veteranos da Guerra do Vietnã (KING *et al*, 1995).

Parte da variedade da severidade dos sintomas do TEPT pode ser atribuída a estressores militares além da exposição ao combate tradicionalmente definida (WOLFE, BROWN & KELLEY, 1993; KING, KING, VREVEN *et al*, 1995). O estudo conduzido por Hotopf *et al* (2003) trouxe à luz que o TEPT é o transtorno relacionado à manutenção da paz mais reportado de maneira leiga e em pesquisas científicas. Esse mesmo estudo evidenciou que os principais fatores de risco para sintomas de estresse pós-traumático em tropas de

manutenção da paz desdobradas na Bósnia de 1992 a 1996 foram posto ou graduação baixo, acionamento precoce em campanha, exposições a estressores característicos do acionamento e estar em plantão (guarnição de serviço, etc).

Maia *et al* (2011), em seu estudo com policiais militares brasileiros, encontraram, nesta população, além de uma prevalência de TEPT de 7 a 19% devido à exposição repetida a incidentes críticos, funcionamento psicossocial e profissional prejudicados por causa do impacto dos sintomas de estresse pós-traumático. O estudo conduzido por Robinson, Sigman e Wilson (1997) encontrou números comparáveis de relatos de estresse pós-traumático precipitado por estressores inerentes ao dever, não apenas em policiais militares, mas também em policiais civis.

### **3 CONCLUSÃO**

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático passou a ser estudado no contexto de conflitos ou operações não-guerra somente recentemente, em contraste com o contexto de guerra tradicional. Contudo, missões de imposição e manutenção de paz constituem um novo paradigma de operações militares perigosas e constituem fator de risco para o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, de maneira semelhante à das missões de combate convencional. Seus estressores particulares, embora diferentes dos vistos e reportados em missões de combate tradicional (zonas de guerra), são fatores potencialmente causadores do início ou piora do TEPT, e como tais, merecem atenção apropriada da comunidade científica. Pesquisas mais aprofundadas podem, potencialmente, levar a progressos na descrição do transtorno, trazendo consigo progressos em seu diagnóstico e tratamento.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 5ª edição**. Artmed, 2014.

CROCQ, L. Les traumatismes psychiques de guerre. 1999, Paris, França; Odile Jacob.

CROCQ, L., CROCQ, M. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. **Dialogues in neuroscience**, 2000, vol. 2, número 1.

BERRIOS, G. E., PORTER, R (editores). **A history of clinical psychiatry**. Londres, Reino Unido, The Athlone Press, 1995; pp 490-500.

EISSLER, K. R. **Freud und Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung Militärischer Pflichtverletzungen**. Viena, Áustria; Löcker Verlag, 1979.

ELLIS, P. S. The origins of the war neuroses, Part I. **J R Nav Med Serv**, 1984, volume 70, pp 168-177.

GREENE, T., GELKOPF, M., EPSKAMP, S., FRIED, E. Dynamic networks of PTSD symptoms during conflict. **Psychological Medicine**, Cambridge University Press, Janeiro de 2018. Doi: 10.1017/S0033291718000351.

GREENBERG, N., IVERSEN, A., HULL, L., BLAND, D., WESSELY, S. Getting a peace of the action: measures of post traumatic stress in UK military peacekeepers. **Journal of the Royal Society of Medicine**, Fevereiro de 2008. doi.org/10.1258/jrsm.2007.070024

HOTOPF, M., DAVID, A. S., HULL, L., ISMAIL, K., PALMER, I., UNWIN, C., WESSELY, S. The health effects of peace-keeping in the UK Armed Forces: Bosnia 1992-1996. Predictors of psychological symptoms. **Psychological Medicine**, Cambridge University Press, 2003. Doi: 10.1017/S0033291702006840.

JONES, E., FEAR, N. T., WESSELY, S., THANDI, G., GREENBERG, N. Forward Psychiatry – early intervention for mental health problems among UK Armed Forces in Afghanistan. **European Psychiatry**, Elsevier, 2017, volume 39, pp 66-72.

JONES, E., WESSELY, S. “Forward Psychiatry” in the military: its origins and effectiveness. **Journal of Traumatic Stress**, Agosto de 2003, volume 16, número 4, pp 411-419.

KARDINER, A., SPIEGEL, H. **War stress and neurotic illness**. Nova York, EUA; Paul B. Hoeber Inc, 1947.

KESSLER, R. C., SONNEGA, A., BROMET, E. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**, Dezembro de 1995. Doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.

KING, D.W., KING, L.A., FOY, D.W., GUDANOWSKI, D.M. Prewar factors in combat-related post-traumatic stress disorder: structural equation modeling with a national sample of female and male Vietnam veterans. **J Consult Clin Psychol** (impresso).

KING, D.W., KING, L.A., GUDANOWSKI, D.M., VREVEN, D.L. Alternative representations of war-zone stressors: relationships to post-traumatic stress disorder in male and female Vietnam veterans. **J Abnorm Psychol**, 1995.

KRAEPELIN, E. **Lebenserinnerung**. Berlim, Alemanha; Springer Verlag, 1983.

LITZ, B. T.; ORSILLO, S. M.; FRIEDMAN, M.; EHLICH, P.; BALTRES, A. Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. **American Journal of Psychiatry**, Março de 1997. DOI: 10.1176/ajp.154.2.178.

MAIA, D. B., MARMAR, C. R., HENN-HAASE, C., NÓBREGA, A., FISZMAN, A., MARQUES-PORTELLA, C., MENDLOVICZ, M. V., COUTINHO, E. S. F., FIGUEIRA, I. Predictors of PTSD symptoms in Brazilian police officers: the synergy of negative affect and peritraumatic dissociation. **Rev Bras Psiquiatr**, Dezembro de 2011, volume 33, número 4, pp 362-266. Doi: 10.1590/S1516-44462011000400009.

MAIA, D. B., MARMAR, C. R., MENDLOVICZ, M. V., METZLER, T., NÓBREGA, A., PERES, M. C., COUTINHO, E. C., VOLCHAN, E., FIGUEIRA, I. Abnormal serum lipid profile in Brazilian police officers with post-traumatic stress disorder. **Journal of Affective Disorders**, Editora Elsevier, 2008, volume 107, pp 259-263.

MAIA, D. B., MARMAR, C. R., METZLER, T., NÓBREGA, A., BERGER, W., MENDLOVICZ, M. V., COUTINHO, E. S. F., FIGUEIRA, I. Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of Brazilian police officers: prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. **Journal of Affective Disorders**, Julho de 2006, volume 97, pp 241-245. Doi: 10.1016/j.jad.2006.06.004

MILAD, M. R., ORR S. P., LASKO, N. B., CHANG, Y., RAUCH, S. L., PITMAN, R. K. Presence and acquired origin of reduced recall for fear extinction in PTSD: results for a twin study. **Journal of Psychiatric Research**: Elsevier, Junho de 2008, vol. 42, fascículo 7, pp 515-520. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.01.017

MOURA, G. O. Indicadores de transtorno de estresse pós-traumático em bombeiros militares. Natal, 2013.

MUSHTAQ, R., MUSHTAQ, S., SHAH, T. Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in children of conflict region of Kashmir (India): a review. **Journal of Clinical Diagnostic Research**: Janeiro de 2016, vol. 10, fascículo 1. Doi: 10.7860/JCDR/2016/11766.7152.

OPPENHEIM, H. **Die traumatischen neurosen**. 2ª edição, 1892; Berlim, Alemanha, Hirschwald.

PICHOT, P., BERNER, P. (editores). **Psychiatry, the state of the art**. Nova York, EUA; Plenum Press, 1985, volume 6, pp 545-550.

RICHARDSON, L. K., FRUEH, B. C., ACIERNO, R. Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. **Aust N Z J Psychiatry**, Janeiro de 2010, volume 44, fascículo 1, pp 4-19. Doi: 10.3109/00048670903393597.

ROBINSON, H. M., SIGMAN, M. R., WILSON, J. P. Duty-related stressors and PTSD symptoms in suburban police officers. **Psychological Reports**, 1997, volume 81, pp 835-845.

SADOCK, B. J., SADOCK, V. A., RUIZ, P. **Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 11<sup>th</sup> edition**. Wolters Kluwer, 2015.

SALMON, T. W. Care and treatment of mental diseases and war neuroses (shell shock) in the British Army. **Mental Hygiene**, 1917, volume 1, pp 509-547.

SCHETATSKY, S., SHANSIS, F., CEITLIN, L. H., ABREU, P. B. S., HAUCK, S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. **Rev Bras Psiquiatr**, 2003, número 25 (suplemento D), pp 8-11.

SCHIRALDI, G. R. **The post-traumatic stress disorder sourcebook: a guide to healing, recovery and growth**. Nova York: McGraw Hill, 1999.

SCHNEIDER, A., CONRAD, D., PFEIFFER, A., ELBERT, T., KOLASSA, I.-T., WILKER, S. Stigmatization is associated with increased PTSD risk after traumatic stress and diminished likelihood of spontaneous remission – a study with east-African conflict survivors. **Frontiers in Psychiatry**, Outubro de 2018.

SOUZA, W. F., FIGUEIRA, I., MENDLOVICZ, M. V., VOLCHAN, E., PORTELLA, C. M., MENDONÇA-DE-SOUZA, A. C. F., COUTINHO, E. S. F. Posttraumatic stress disorder in peacekeepers: a meta-analysis. **The Journal of Nervous and Mental Disease**: Maio de 2011, vol. 199, fascículo 5, pp 309-312. Doi: 10.1097/NMD.0b013e3182175180.

STECKLER, T., RISBROUGH, V. Pharmacological treatment of PTSD – established and new approaches. **Neuropharmacology**, 62(2), 617–627, Junho de 2011. Doi:10.1016/j.neuropharm.2011.06.012.

WILSON, J. P., RAPHAEL, B. (editores). **The International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. Stress and Coping series**. Nova York, EUA; Planum Press, 1992, capítulo 21, pp 253-261.

WOLFE, J., BROWN, P., KELLEY, J.M. Reassessing war-zone stress: exposure and the Persian Gulf War. **J Soc Issues**, 1993.