

REVISTA DE PSICOLOGIA MILITAR

N.º19 – 2010

PP. 279 a 304

AS CONSEQUÊNCIAS AO NÍVEL DA SAÚDE PSICOLÓGICA DA PARTICIPAÇÃO NA GUERRA DO AFGANISTÃO E IRAQUE

Carlos Osório ⁶² e Ângela Maia ⁶³

Resumo

A guerra por si só é uma experiência potencialmente traumática. A participação de militares em situações de combate submete-os a um desgaste físico, emocional e mental, em que os actos de violência observados e perpetrados estão muitas das vezes na origem de problemas mentais e físicos a médio e longo prazo. Nos últimos 9 anos de guerra no Afeganistão e no Iraque, tem-se observado uma preocupação das entidades norte-americanas e inglesas em avaliar os militares regressados da guerra. Nesse âmbito, procederam-se a várias investigações com o objectivo de avaliar a ocorrência e persistência de perturbações mentais entre os militares. Neste artigo é apresentada uma revisão de várias investigações que avaliaram a exposição a combate e o desenvolvimento de perturbações mentais como a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD).

62 Aluno do Mestrado Integrado em Psicologia da Saúde, Escola de Psicologia da Universidade do Minho

63 Professora Auxiliar, Escola de Psicologia da Universidade do Minho

Introdução

As guerras em curso no Afeganistão e no Iraque estão a envolver as forças militares de vários países ocidentais, que são confrontados com situações de combate e insegurança durante a sua mobilização. Como consequência dessa participação, investigações efectuadas por alguns países da Coligação, como os Estados Unidos da América (EUA) e o Reino Unido (RU), têm vindo a realizar estudos sobre os efeitos das experiências de guerra na saúde mental dos militares envolvidos.

Até Maio de 2010 e desde o início das operações, já morreram 6506 militares da coligação em ambos os teatros, dos quais 4718 ocorreram no Iraque e 1788 no Afeganistão (Icasualties.org, 2010). No que respeita às mortes, os EUA apresentam o maior número no Iraque, com 4400 casos, seguidos do RU, com 179, e o resto dos países da coligação, com 139. O mesmo se passa no Afeganistão, onde os EUA apresentam 1086 casos, seguidos do RU, com 288, e os restantes países da coligação, com 414 (Icasualties.org, 2010). A maioria das fatalidades ocorridas nestes dois teatros deveu-se a acções de guerrilha como ataques por engenhos explosivos artesanais (IED na sigla inglesa), a situações de combate, bem como a ataques suicidas (Icasualties.org, 2010; National Council on Disability - NCoD, 2009; Litz, 2007; Seal, Bertenthal, Miner, Sen, & Marmar, 2007).

Relativamente ao número de feridos, os únicos dados disponíveis são os dos EUA, que reportam 34592 feridos no total, dos quais 31430 dizem respeito ao Iraque e 3162 ao Afeganistão (Leland, & Oboroceanu, 2009).

De acordo com alguns investigadores, estima-se que vários militares regressados destes teatros possam apresentar também feridas consideradas “invisíveis”, como as perturbações mentais (NCoD, 2009).

É comum fazer-se a distinção entre os ferimentos considerados “visíveis”, registados pelos militares como ferimentos ortopédicos, queimaduras e resultantes de estilhaços, e os ferimentos considerados “invisíveis”, como a Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD na sigla inglesa), a Perturbação Depressiva Major e o abuso de álcool, entre outros (NCoD, 2009). Contudo, estes termos utilizados para distinguir os militares com ferimentos físicos dos militares com ferimentos mentais conduzem muitas das vezes em conclusões erradas relativas aos resultados dos ferimentos psicológicos considerados “invisíveis” (NCoD, 2009). Alguns estudos têm encontrado evidências consistentes de que a exposição ao perigo e ao trauma gera alterações neurobiológicas ao nível do sistema nervoso, hormonal e

imunológico (NCoD, 2009; Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services - CDMHAS, 2008). Estes mesmos estudos mostram também a existência de problemas de saúde ao nível de sintomas físicos e sistémicos (Friedman, & Schnurr, 1995), bem como uma maior utilização dos serviços de saúde, uma maior morbidade e uma maior mortalidade (cf. Schnurr & Green, 2003; Schnurr, & Jankowski, 1999).

Apesar das perturbações mentais serem cada vez mais reconhecidas entre as populações militares, segundo Litz (2007), as guerras do Afeganistão e Iraque produzirão uma nova geração de veteranos de guerra com um elevado risco de desenvolverem problemas mentais crónicos como resultado da exposição ao stress, à adversidade e às experiências de guerra.

Trauma e Experiências de Combate encontradas pelos Militares no Afeganistão e Iraque

A participação de militares em guerras é responsável por determinadas reacções de stress que, numa magnitude extrema, os torna incapazes de combaterem de forma eficiente no campo de batalha (Shaw, 1990). Para além disso, essa exposição prolongada ao sofrimento humano e trauma tende a dar origem a graves problemas de ajustamento psicológico e levam ao desenvolvimento de perturbações mentais crónicas (Weathers, Litz, & Keane, 1995).

Como refere Weathers e col. (1995), apesar de cada guerra ser diferente, as experiências traumáticas vividas pelos militares nesses contextos pressupõem sempre um ininterrupto e intenso grau de ameaça a ferimentos graves e/ou mortes e em que, na maior parte das vezes, as ameaças de morte são reais e sem fuga possível.

Nesse sentido, e numa tentativa de conseguir explicar essa exposição, Green (1993; *cit in Weathers, et al., 1995*) propôs oito dimensões que caracterizou como traumáticas: (1) ameaça à vida, (2) ferimentos ou danos físicos graves, (3) medo de ter ferimentos ou lesões intencionais, (4) exposição ao grotesco, (5) morte súbita ou violenta de alguém próximo, (6) testemunhar ou ter conhecimento de actos de violência contra alguém conhecido, (7) saber da exposição a um agente tóxico e (8) provocar a morte ou lesões graves a alguém.

Para além disso, Weathers e col. (1995) referiram que o clima (ex. tropical, seco e frio, etc.), o terreno (ex. montanhas, florestas, deserto, etc.), as tácticas (ex. convencional, guerrilha, etc.), o tipo de armamento usado e a duração da mobilização (de vários meses a

anos), são também factores que condicionam a forma como a guerra é experienciada. Além disso, essas experiências de guerra vividas pelos militares variam muito em função do ramo das forças armadas (exército, marinha e força aérea) e das suas especialidades (tropas especiais ou tropas normais). Como estes autores salientam, as forças militares, ao contrário das vítimas civis de acontecimentos traumáticos em contexto de guerra, têm treino para retaliar contra agressões infligidas pelos inimigos, podendo dar também origem a sentimentos de culpa. Por todos estes factores, as experiências vividas pelos militares nas guerras, apesar de poderem ser muito diferentes e variadas, podem conduzir, com elevado grau de probabilidade, ao desenvolvimento de perturbações mentais pós-trauma, como a PTSD.

As guerras do Afeganistão e Iraque caracterizam-se por simbolizarem um novo conceito de guerra, denominada por alguns autores de Guerra de Quarta Geração (GQG) (Pinto, 2006). Os combates numa guerra deste tipo envolvem um inimigo não hierarquizado, em que os combatentes procuram executar combates de fraca intensidade, dispersos, e sem frentes de batalha. Como tal, qualquer operação executada pelos militares envolve sempre riscos, obrigando-os a ter constantemente um elevado grau de alerta, ao mesmo tempo que os obriga a distinguir os combatentes inimigos dos civis, e tentar que haja o mínimo de baixas colaterais (Litz, 2007). Para além disso, no controlo de determinadas zonas de conflito, é necessária a colocação dos militares em bases militares avançadas [*Forward Operation Base* (FOB)] com o objectivo de estender o controlo, comando e comunicação às operações tácticas (Wong, & Gerras, 2006; thefreedictionary.com, 2010; usmilitary.about.com, 2010).

Na realização das próprias operações militares, as normas e regulamentos que legitimam o uso da força letal [*Rules of Engagement* (ROE)] podem também criar um acréscimo no stress dos militares na medida em que os militares podem experienciar acontecimentos que colocam a sua vida em perigo mas, devido à rigidez das regras, não podem responder às agressões ou ameaças sentidas (Franke, 2003; Litz, 2007; Wikipedia.com, 2010).

O diagnóstico da PTSD depende muito das experiências consideradas traumáticas a que os militares são sujeitos. Na tabela 1 pode-se observar as principais experiências de combate apresentadas pelos militares regressados do Afeganistão e Iraque encontradas em dois estudos.

Tabela 1

Resultados de dois estudos sobre experiências de Combate encontradas nos militares norte-americanos regressados do Afeganistão e Iraque

	Hoge, et al., (2004)		Maguen, et al., (2010)	
	Exército	Marines	Exército	
	Afeganistão	Iraque	Iraque	
Emboscadas	58%	89%	95%	-
Ataques de artilharia, <i>rockets</i> e morteiro	84%	86%	92%	-
Fogo inimigo	66%	93%	97%	-
Disparo contra inimigos	27%	77%	87%	-
Matar inimigos	12%	48%	65%	40%
Matar pessoas não combatentes	1%	14%	28%	-
Observar cadáveres humanos ou partes de corpos	39%	95%	94%	77%
Manusear restos de corpos	12%	50%	57%	-
Observar militares gravemente feridos ou mortos	30%	65%	75%	-
Ser ferido	5%	14%	9%	16%

Tendo em conta as experiências de combate registadas nestes dois teatros, pode-se constatar a presença de experiências que Green (1993) sugere que podem ser consideradas traumáticas para os militares em mobilizações, como os ferimentos físicos, a exposição ao grotesco, o testemunhar ou ter conhecimento de actos de violência contra alguém próximo, ou ainda o provocar a morte ou ferimentos a alguém. Para além disso, todos os casos de experiência de combate registados no estudo de Hoge e col. (2004) bem como no estudo de Maguen e col. (2010) também se encontram enquadrados com o critério A 1 do diagnóstico da PTSD no DSM-IV-TR (2002).

Assim, e como consequência da exposição à guerra, todas estas situações, podem dar origem a uma fadiga e ansiedade crónica nos militares (Litz, Orsillo, Friedman, Ehlich, & Batres, 1997a) e, em que casos mais severos, originar PTSD (Kanter, 2008; Kulka, Schlenger, Fairbank, Hough, Jordan, Marmar, et al., 1990; Maia, McIntyre, Pereira, & Fernandes, 2001).

Trauma e Perturbação de Stress Pós-Traumático

Em 1980, o diagnóstico da PTSD foi formalmente introduzido no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 3ª Edição (DSM-III, 1980), da Associação Americana de Psiquiatria (APA). Esta perturbação foi introduzida com o objectivo de descrever um conjunto de sintomas de mal-estar clinicamente significativos em indivíduos regressados de situações como combate em guerras, ataques terroristas,

prisioneiros de guerra em campos de concentração, violação, entre outros (DSM-IV-TR, 2002). O DSM também clarificou que os sintomas apresentados pelos indivíduos não eram específicos a nenhum tipo de cultura ou região do mundo, resultando sim da exposição a um evento traumático (DSM-IV-TR, 2002; CDMHAS, 2008).

Para serem preenchidos os critérios de diagnóstico da PTSD os indivíduos têm que ter sido expostos, observado ou terem conhecimento de um acontecimento que resulte na morte, ferimento grave, ou ameaça à vida do próprio ou de outro (critério A1 do DSM-IV-TR, 2002), e a resposta do indivíduo tem de envolver medo, um sentimento de incapacidade em obter ajuda, ou horror (critério A2 do DSM-IV-TR, 2002).

De notar que, para além da exposição, os indivíduos têm de experienciar um conjunto de sintomas correspondentes a mais três critérios. O primeiro deles é a *Revivência do Acontecimento Traumático*, incluindo lembranças perturbadoras intrusivas, pesadelos, *flashbacks* dissociativos, mal-estar psicológico e reactividade fisiológica (critério B do DSM-IV-TR, 2002). O segundo envolve as *Respostas ao Acontecimento*, incluindo pensamentos e esforços para evitar lembranças do trauma, incapacidade de lembrar aspectos importantes, interesse e incapacidade diminuída, encontrar-se desligado dos outros assim como apresentar afectos restringidos e expectativas encurtadas em relação ao futuro (critério C do DSM-IV-TR, 2002). Por fim, as *Respostas Prolongadas*, que incluem dificuldade em adormecer, irritabilidade, dificuldades de concentração, hipervigilância e resposta de alarme exagerada (critério D do DSM-IV-TR, 2002)].

Se estes sintomas estiverem presentes por um período superior a um mês (critério E do DSM-IV-TR, 2002) e criarem um mal-estar clinicamente significativo, ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em outra área importante (critério F do DSM-IV-TR, 2002), os indivíduos são diagnosticados com a PTSD.

O diagnóstico da PTSD requer que, dos 17 sintomas dos critérios B, C e D, os indivíduos preencham pelo menos 1 sintoma do critério B, 3 sintomas do critério C e 2 sintomas do critério D (DSM-IV-TR, 2002).

A adequação dos sintomas referentes à PTSD já foi, contudo, alvo de várias revisões no seu diagnóstico (cf. Schützwohl, & Maercker, 1999). Numa revisão da literatura realizada por estes autores concluem que o critério C do diagnóstico da PTSD é demasiado restritivo quando comparado com os outros dois critérios (B e D), o que leva a que alguns indivíduos não apresentem os 3 sintomas do critério C, embora demonstrem um mal-estar clinicamente significativo (cf. Schützwohl, & Maercker, 1999). Nesse sentido, devido aos resultados

encontrados com indivíduos que não preenchem todos os critérios de diagnóstico da PTSD mas que, contudo, apresentavam disfunções ao nível pessoal, social (cf. Schützwohl, & Maercker, 1999), foi conceptualizado, por alguns autores, o diagnóstico da PTSD parcial para categorizar esse grupo de indivíduos (cf. Schützwohl, & Maercker, 1999). Desta forma, e entre as várias definições de diagnóstico da PTSD parcial, são avaliados os indivíduos que apresentem 2 sintomas do critério B, 1 sintoma do critério C e 1 sintoma do critério D, ou os indivíduos que apresentem os 2 sintomas do critério B e os 3 sintomas do critério C, ou 2 sintomas do critério D (CDMHAS, 2008).

Contudo, a PTSD parcial não faz parte dos diagnósticos do DSM-IV-TR (2002), sendo apenas utilizada para categorizar os indivíduos com sintomas clinicamente significativos, mas não suficientes para serem diagnosticados com PTSD (Mylle, & Maes, 2004; *cit in* CDMHAS, 2008).

Tanto a PTSD como a PTSD Parcial comprometem substancialmente as capacidades interpessoais, físicas, sociais e laborais dos indivíduos expostos à experiência de combate encontrada em teatros de guerra (Pietrzak, Goldstein, Malley, Johnson, & Southwick, s.d.). Por isso, os efeitos resultantes das mobilizações para o estrangeiro e do combate sobre a saúde mental dos militares tornou-se numa grande preocupação para alguns líderes militares, políticos e grande público (Booth-Kewley, Larson, Highfill-McRoy, Garland, & Gaskin, 2010).

A realização de estudos com militares regressados da guerra e envolvidos em combate torna-se necessária e importante para a avaliação do impacto psicológico destas experiências (Ramchand, Karney, Osilla, Burns, & Calderone, 2008). Apesar de existirem inúmeras perturbações mentais resultantes da exposição ao combate em guerras, a PTSD é, provavelmente, a perturbação mais comum e severa ao nível dos problemas de saúde mental pós-trauma (Freedy, & Donkervoet, 1995). De acordo com Kessler (2000), qualquer avaliação efectuada ao nível do impacto físico, social e laboral de uma perturbação tem de começar com a sua prevalência.

Uma panóplia de estudos tem encontrado associações significativas entre a exposição ao combate e o desenvolvimento de PTSD em veteranos de guerra. Assim, por exemplo, em estudos realizados com militares norte-americanos regressados do Vietname encontrou-se uma relação significativa entre a exposição ao combate e o desenvolvimento de PTSD (Kulka, *et al.*, 1990; Dohrenwend, Turner, Turse, Adams, Koenen, & Marshall, 2007; Fontana, & Rosenheck, 1999). Resultados similares foram encontrados também na

guerra colonial portuguesa com veteranos de guerra (Maia, McIntyre, Pereira & Fernandes, 2001), bem como com militares norte-americanos regressados da primeira guerra do Golfo (Adler, Vaitkus, & Martin, 1996; Southwick, Morgan, Darnell, Bremner, Nicolaou, Nagy, *et al.*, 1995; Wolfe, Brown, & Kelley, 1993).

Prevalência da PTSD nos Militares regressados do Afeganistão e Iraque

Os resultados dos estudos sobre a relação entre a exposição a combate e consequente desenvolvimento de sintomas ou diagnóstico da PTSD nos militares regressados do Afeganistão e Iraque tem vindo a ter cada vez mais relevância na literatura. Nesse sentido, têm vindo a ser publicadas investigações que tiveram como objectivo avaliar a PTSD e outras perturbações mentais nos militares regressados do Afeganistão e Iraque por parte de alguns países como os EUA e o RU.

Os dados aqui apresentados decorrem de uma análise da literatura sobre a PTSD em militares regressados das mobilizações no Afeganistão e Iraque. Para isso pesquisou-se nas bases de dados da *Annual Reviews*, *Springer*, *Willey InterScience* e *PubMed* utilizando as seguintes palavras: *War*, *PTSD*, *Combat*, *Operation Enduring Freedom*, *Operation Iraqi Freedom*, *Afghanistan* e *Iraq*. Estas palavras foram usadas para identificar títulos, resumo ou ainda os textos dos artigos. Desta pesquisa efectuada nas bases de dados surgiram 94 artigos dos quais apresentamos os dados da prevalência da PTSD presente apenas em 21 estudos publicados entre 2004 e 2010, por conterem dados da sua prevalência.

Na tabela 2 é apresentada a prevalência da PTSD, PTSD Parcial e Sintomas de Stress Pós-Traumático (PTSS na sigla inglesa), bem como, em alguns casos com indicadores da saúde mental e física entre os militares regressados do Afeganistão e Iraque.

Tabela 2

Prevalência da PTSD, PTSD Parcial e PTSS em militares regressados do Afeganistão e Iraque

Autores/ Ano	Participantes	Objectivo da Investigação	Instrumentos de Avaliação	Resultados	Preditores e Associações com PTSD
Hoge, Castro, Messer, McGurk, Cotting, & Koffman (2004)	<ul style="list-style-type: none"> - Militares do Exército (EUA) avaliados 1 semana antes de mobilização no Iraque ($n = 2530$) - Militares do Exército (EUA) avaliados 3-4 meses após missão no Iraque ($n = 894$) - Militares dos <i>Marines</i> (EUA) avaliados 3-4 meses após missão no Iraque ($n = 815$) - Militares do Exército (EUA) avaliados 3-4 meses após missão no Afeganistão ($n = 1962$) 	- Avaliar PTSD	- <i>PTSD Checklist</i> (PCL)	<ul style="list-style-type: none"> - PTSD: Pré Iraque Exército: 9,3% - Pós Iraque Exército: 17,1% - Pós Iraque <i>Marines</i>: 15,6% - Pós Afeganistão Exército: 11,2% 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiências de combate como matar inimigos, manusear cadáveres ou pedaços de corpos encontram-se associadas ao desenvolvimento da PTSD - Sofrer ferimentos também se encontrava associado ao desenvolvimento da PTSD - Os militares pós mobilizados do Afeganistão e Iraque apresentavam uma incidência de PTSD superior aos militares pré mobilizados
Hughes, Cameron, Eldridge, Devon, Wessely, & Greenberg (2005)	<ul style="list-style-type: none"> - Militares do Exército Inglês avaliados antes da mobilização no Iraque ($n = 733$) e reavaliados passados 1 mês após 4 meses de mobilização no Iraque ($n = 421$) 	- Avaliar stress traumático	- <i>Trauma Screening Questionnaire</i> (TSQ)	<ul style="list-style-type: none"> - Stress Traumático Pré Iraque: desconhecido - Stress Traumático Pós Iraque: 2,0% 	- Os militares avaliados não exibem deterioração ao nível de perturbações mentais após regressarem do Iraque
Hoge, Auchterlonie, & Milliken (2006)	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os militares do Exército e <i>Marines</i> (EUA) regressados de mobilizações no Afeganistão ($n = 16318$), Iraque ($n = 222620$) ou outros locais ($n = 64967$) em avaliações de rotina entre 01 de Maio de 2003 e 30 de Abril de 2004 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar PTSD através de questionários anónimos e através de registos de consultas médicas um ano após o regresso do Afeganistão, Iraque ou outros locais 	- <i>Primary Care PTSD</i> (PC PTSD)	<ul style="list-style-type: none"> - PTSD Afeganistão: 4,7% - PTSD Iraque: 9,8% - PTSD outros locais: 2,1% 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiências de combate como observar pessoas a serem feridas ou mortas ou participar em situações de combate encontrava-se associado ao desenvolvimento da PTSD - Militares regressados do Iraque apresentavam um maior risco de desenvolver PTSD quando comparados com os militares regressados do Afeganistão ou outros locais

Autores/ Ano	Participantes	Objectivo da Investigação	Instrumentos de Avaliação	Resultados	Preditores e Associações com PTSD
Vasterling, Proctor, Amoroso, Kane, Heeren, & White (2006)	- Militares do Exército (EUA) avaliados antes da mobilização no Iraque ($n = 1386$) e avaliados depois da mobilização no Iraque ($n = 1028$) e militares não mobilizados no Iraque e utilizados como comparação nos mesmos momentos ($n = 307$)	- Avaliar PTSD	- <i>PTSD Checklist</i> (PCL)	- PTSD Pré Iraque: Não presente PTSD Pós Iraque: 11,6%	- Mobilização associada a um maior risco de comprometimento neuropsicológico
Hotopf, Hull, Fear, Browne, Horn, Iversen, <i>et al.</i> , (2006)	- Militares do Exército Inglês avaliados após a mobilização no Iraque ou áreas afins ($n = 4722$) e um grupo de militares não mobilizados ($n = 5550$)	- Avaliar PTSD	- <i>PTSD Checklist</i> (PCL)	- PTSD Iraque: 4,0% - PTSD não mobilizados: 4,0%	- A participação em combate associada a sintomas da PTSD - No geral, não existiram diferenças entre os militares mobilizados no Iraque e os militares não mobilizados ao nível de sintomas da PTSD
Grieger, Cozza, Ursano, Hoge, Martinez, Engel, <i>et al.</i> , (2006)	- Militares (EUA) feridos em combate e avaliados em três momentos diferentes. Avaliação no 1º mês ($n = 613$), no 4º mês ($n = 395$) e no 7º mês ($n = 301$). 50% efectuaram as três avaliações ($n = 243$)	- Avaliar PTSD e sintomas físicos em três momentos no tempo	- <i>PTSD Checklist</i> (PCL) - <i>15 Item Patient Health Questionnaire Somatic Symptom Severity</i> (PHQ-15)	- PTSD 1º mês: 4,2% 4º mês: 12,2% 7º mês: 12,0% - No estudo longitudinal 26 dos 33 militares diagnosticados com PTSD no 7º mês, apresentaram avaliação negativa da PTSD no 1º mês (78,8%)	- No 1º mês, idade inferior aos 25 anos, casados e com exposição elevada a combate também predizia o diagnóstico da PTSD - Elevados níveis de sintomas físicos encontrava-se associado ao desenvolvimento da PTSD no 1º, 4º e 7º mês - Variáveis sócio-demográficas e exposição a combate não se encontravam associadas à PTSD no 4º e 7º mês - Nos militares sem PTSD no 1º mês os elevados níveis de sintomas físicos eram preditores da PTSD no 7º mês
Seal, Bertenthal, Miner, Sen, & Marmar (2007)	- Militares (EUA) regressados do Afeganistão e Iraque ($n = 103788$) que receberam tratamento médico nas instalações da <i>Veterans Affairs</i> (VA)	Avaliar PTSD através dos registos médicos dos novos utentes do sistema de saúde da VA	<i>International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification</i> (ICD-9-CM) – Diagnóstico da PTSD através dos registos médicos	PTSD: 13,0%	- Os militares mais jovens (18 – 24 anos) apresentavam maior risco da PTSD ou outra perturbação mental quando comparados com militares com idades iguais ou superiores aos 40 anos. - 25% com uma perturbação mental, entre as quais a PTSD - 56% dos militares diagnosticados com perturbações mentais apresentavam dois ou mais diagnósticos distintos

Autores/ Ano	Participantes	Objectivo da Investigação	Instrumentos de Avaliação	Resultados	Preditores e Associações com PTSD
Erbes, Westermeyer, Engdahl, & Johnsen (2007)	- Militares (EUA) regressados do Afeganistão e Iraque que receberam tratamento médico ($n = 120$), foram excluídos os militares que receberam tratamento mental	- Avaliar PTSD	- <i>PTSD Checklist</i> (PCL)	- PTSD: 12,0%	- PTSD associado com uma pior qualidade de vida
Milliken, Auchterlonie, & Hoge (2007)	- Militares do Exército (EUA) no activo ($n = 56350$) e reserva ($n = 31885$) regressados do Iraque e que realizaram tanto a Avaliação de Saúde Pós Mobilização (PDHA) como a Re-Avaliação de Saúde Pós Mobilização (PDHRA) com um intervalo de seis meses	- Avaliar PTSD através de registos médicos nos militares que realizaram tanto a PDHA como a PDHRA	- <i>Primary Care PTSD</i> (PC PTSD)	- PTSD: PDHA militares no activo: 11,8% PDHA militares na reserva: 12,7% PDHRA militares no activo: 16,7% PDHRA militares na reserva: 24,5%	- A incidência da PTSD duplicou entre os militares na reserva entre a PDHA efectuada 1 mês após o regresso da mobilização e a PDHRA efectuada nos 6 meses seguintes - Reservistas (69,6%) e os activos (66,5%) apresentavam um grau de experiência traumática de combate semelhante
Jakupcak, Conybeare, Phelps, Hunt, Holmes, Felker, <i>et al.</i> , (2007)	Militares (EUA) mobilizados para o Afeganistão e Iraque ($n = 117$)	- Avaliar PTSD e PTSD parcial	- PTSD <i>Checklist</i> (PCL)	- PTSD em militares expostos a combate: 40,1% - PTSD Parcial em militares expostos a combate: 17,9% Sem PTSD e expostos a combate: 41,8%	- Tanto os militares com PTSD, como os militares com PTSD Parcial apresentavam um grau de exposição a combate muito idêntico ($n = 13$)
Rosenheck, & Fontana (2007)	- Militares (EUA) que receberam tratamento médico na <i>Veterans Affairs</i> (VA) em 1997, 1999, 2001, 2003 e 2005. Os militares do Afeganistão e Iraque foram identificados se nascidos depois de 1972 e com consulta na VA a partir de 1991	- Avaliar PTSD através dos registos médicos dos utentes do sistema de saúde da VA	- <i>International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification</i> (ICD-9-CM) – Diagnóstico da PTSD através dos registos médicos	- Aumento percentual médio anual entre os militares regressados do Afeganistão e Iraque diagnosticados com PTSD 1997-2001: 31,2% 2001-2003: 31,6% 2003-2005: 32,1%	- A maior parte dos tratamentos existentes para PTSD entre 1997 e 2005 ocorreram entre militares veteranos de outras guerras que não o Afeganistão e Iraque

Autores/ Ano	Participantes	Objectivo da Investigação	Instrumentos de Avaliação	Resultados	Preditores e Associações com PTSD
Lapierre, Schwegler, & LaBauve (2007)	- Militares do Exército (EUA) regressados das mobilizações de 12 meses no Afeganistão ($n = 1814$) e Iraque ($n = 2275$)	- Avaliar PTSS	- <i>Screen for Posttraumatic Stress Symptoms</i> (SPTSS)	- PTSS Afeganistão: 30,0% - PTSS Iraque: 31,0%	- Os militares regressados do Iraque apresentavam mais sintomas de PTSS do que os militares regressados do Afeganistão - Os militares diagnosticados com PTSS apresentavam uma pior satisfação com a vida - Militares mais jovens e os militares separados ou divorciados apresentavam maiores índices de PTSS
Helmer, Rossignol, Blatt, Agarwal, Teichman, & Lange (2007)	- Militares (EUA) ($n = 56$) avaliados nas instalações da <i>New Jersey War-Related Injury and Illness Study Center</i> (NJ-WRIISC)	- Avaliar PTSD através de registos médicos dos utentes do NJ-WRIISC	- Diagnóstico provável ou definitivo da PTSD através dos registos médicos	- PTSD: 45,0%	- Não Disponível
Hoge, Terhakopian, Castro, Messer, & Engel (2007)	- Militares de quatro brigadas de Infantaria do exército (EUA) regressados do Iraque ($n = 2863$) e avaliados passado um ano	- Avaliar PTSD e sintomas de saúde física	- <i>PTSD Checklist</i> (PCL) - <i>15 Item Patient Health Questionnaire Somatic Symptom</i> (PHQ-15)	- PTSD: 16,6%	- Os militares com ferimentos apresentavam um maior índice nos sintomas da PTSD - A PTSD estava associada com uma pior percepção da sua saúde geral, maior número de visitas ao médico, mais faltas ao trabalho, maior sintomatologia física e severidade somática de sintomas
Pietrzak, Goldstein, Malley, Johnson, & Southwick (s.d.)	- Militares (EUA) regressados do Afeganistão e Iraque ($n = 557$)	- Avaliar PTSD e PTSD Parcial	- <i>PTSD Checklist</i> (PCL)	- PTSD: 21,5% PTSD Parcial: 22,3%	- A PTSD Parcial encontra-se associada a mais queixas físicas, dificuldades psicossociais e traumatismos craneo-encefálicos ligeiros - A PTSD encontra-se associada a dificuldades psicossociais, depressão, uso de álcool e traumatismos craneo-encefálicos ligeiros

Autores/ Ano	Participantes	Objectivo da Investigação	Instrumentos de Avaliação	Resultados	Preditores e Associações com PTSD
Smith, Ryan, Wingard, Slymen, Sallis, & Fritz-Silverstein (2008)	- Militares (EUA) não mobilizados ($n = 38176$) e mobilizados para o Afeganistão e Iraque ($n = 11952$)	- Avaliar PTSD	- <i>PTSD Checklist</i> (PCL)	- PTSD: militares em combate: 7,6% a 8,7% militares sem combate: 1,4% a 2,1% militares não mobilizados: 2,3% a 3,0%	- A mobilização de militares em missões que existiu situações de combate estava fortemente associada com a PTSD - O início do desenvolvimento da PTSD apresentou um risco acrescido entre as militares femininas, os divorciados, e os que se alistaram recentemente - Os militares da Força Aérea eram menos prováveis para o início do desenvolvimento da PTSD quando comparado com os militares dos outros ramos
Bliese, Wright, Adler, Thomas, & Hoge (2008)	- Militares do exército (EUA) regressados do Iraque ($n = 509$) e avaliados em dois momentos no tempo (após o regresso da mobilização e passados 120 dias)	- Avaliar PTSD	- <i>PTSD Checklist</i> (PCL)	- PTSD: reintegração imediata: 1,3% reintegração aos 120 dias: 4,8%	- A avaliação mostrou que os índices de PTSD tendiam a aumentar com o passar do tempo e não a diminuir como proposto por Solomon (1989) e Bonanno (2005).
Iversen, Fear, Ehlers, Hughes, Hull, Earnshaw, <i>et al.</i> , (2008)	Militares Ingleses mobilizados na primeira fase da guerra do Iraque comparados com militares ingleses que prestaram serviço nas forças armadas mas não mobilizadas. Militares avaliados antes, durante e depois da mobilização ($n = 4762$)	- Avaliar PTSD	- <i>PTSD Checklist</i> (PCL)	- PTSD: Marinha: 4,0% <i>Royal Marines</i> : 2,0% Exército: 4,7% Força Aérea: 1,4%	- Antes da mobilização: Sintomas de PTSD associados a um posto militar inferior, baixa escolaridade, ser solteiro e histórias de adversidade na infância - Durante a mobilização: A participação em combate, a exposição a eventos potencialmente traumáticos como colocação numa posição avançada com possibilidades de contacto com o inimigo e experiências de ameaça à vida estava associada ao desenvolvimento da PTSD Depois da mobilização: A baixa moral e suporte social na unidade, bem como a inexistência de acompanhamento psico-educacional encontrava-se associada a um maior risco de desenvolvimento da PTSD
Booth-Kewley, Larson, Highfill-McRoy, Garland, & Gaskin (2010)	- Militares dos <i>Marines</i> (EUA) ($n = 1569$) regressados do Afeganistão e Iraque	- Avaliar PTSD através de questionários NÃO anónimos	- <i>PTSD Checklist</i> (PCL)	- Provável PTSD: 17,1%	- Factores como os stressores relativos à mobilização em missão, grau de exposição a combate, habilitações literárias e estado civil encontravam-se relacionados com PTSD

Autores/ Ano	Participantes	Objectivo da Investigação	Instrumentos de Avaliação	Resultados	Preditores e Associações com PTSD
Maguen, Lucenko, Reger, Gahm, Litz, Seal, <i>et al.</i> , (2010)	- Militares do exército (EUA) (<i>n</i> = 2797) regressados do Iraque entre Novembro de 2005 e Junho de 2006	- Avaliar PTSD Parcial através de registos de consultas médicas nos militares que realizaram a Avaliação de Saúde Pós Mobilização (PDHA) entre os 90 e os 180 dias após regresso da mobilização	- <i>Primary Care PTSD</i> (PC PTSD)	- PTSD Parcial: 22,0%	- Matar inimigos em combate tornou-se um predictor de PTSD e de abuso de álcool, mesmo depois de controlado a exposição à guerra
Shea, Vujanovic, Mansfield, Sevin, & Liu (2010)	- Militares norte-americanos (<i>n</i> = 124) regressados do Afeganistão e Iraque à pelo menos seis meses	- Avaliar PTSD, sintomas de PTSD e a sua associação com severidade, <i>distress</i> subjectivo	- <i>Clinician-Administered PTSD Scale</i> (CAPS)	- PTSD: 14,5%	- Tanto a PTSD como os seus sintomas encontravam-se associadas a um maior <i>distress</i> e funcionamento poucos meses após o regresso das mobilizações

Discussão dos Resultados da Revisão da Literatura

As recentes investigações efectuadas nos militares regressados de combate no Afeganistão e Iraque mostram a existência de problemas mentais tais como a PTSD, ou PTSD associada com problemas de saúde física.

Os dados de prevalência da PTSD observados nos vários estudos permitem concluir que esta variou entre um mínimo de 1,3% e um máximo de 45,0%. Nesse sentido, torna-se importante compreender os factores que podem contribuir para esta diversidade de resultados, uma vez que as investigações sobre prevalência de PTSD, apesar de serem úteis e permitirem obter um panorama geral dos problemas mentais apresentados pelos militares regressados do Afeganistão e Iraque, levantam dúvidas sobre as consequências a nível psicológico das mobilizações.

Assim, e revendo os distintos estudos, constata-se a existência de diferenças no número de participantes por estudo, nos métodos de avaliação (questionários de auto-relato, diagnósticos médicos), no tipo de tropas avaliadas (tropas normais, tropas especiais), na duração das mobilizações, nos teatros de mobilização (Afeganistão, Iraque), e ainda nos distintos graus de exposição a combate que os militares foram sujeitos. Todos estes factores podem contribuir para as diferenças encontradas nos valores da PTSD, pelo que iremos de seguida tecer algumas considerações sobre factores que podem contribuir para as divergências encontradas no número de casos identificados.

Como foi supracitado, na realização dos estudos verificaram-se algumas diferenças no número de participantes seleccionados, que podem atenuar ou amplificar os resultados obtidos. Assim sendo, nas amostras constituídas com poucos indivíduos, como o estudo de Helmer e col. (2007) ou de Jakupcak e col. (2007) as amostras foram constituídas por poucas dezenas ($n = 56$) ou centenas ($n = 117$) de militares que podem ajudar a justificar os elevados valores obtidos na avaliação da PTSD. Assim, e de acordo com Krejcie e Morgan (1970), para que as amostras nestes estudos sejam consideradas representativas da população teriam de apresentar um N superior a 384 participantes.

Além disso, o facto de alguns estudos como o de Hoge e col. (2004), o de Hughes e col. (2005) e o de Lapierre e col. (2007) apresentarem uma taxa de não adesão de aproximadamente 50% pode de alguma forma justificar as diferenças nos resultados encontrados. De acordo com alguns estudos efectuados com participantes que não aceitaram participar em investigações relacionadas com acontecimentos traumáticos,

quando comparados com indivíduos que aceitaram participar, os primeiros apresentavam mais problemas mentais (cf. Carvalho, 2008).

Quanto ao método de avaliação da PTSD, segundo Jablensky (2002), foi demonstrado que as entrevistas de diagnóstico seriam o melhor método para identificar casos de PTSD. Contudo, os artigos avaliados utilizaram quase sempre questionários de auto-relato, embora em alguns casos a informação tivesse sido recolhida através de códigos de diagnóstico dos registos médicos, fornecidos pelos sistemas de saúde da *Veterans Affairs*.

Para avaliar PTSD, PTSD Parcial ou stress traumático foram utilizados diferentes questionários, como o PCL, o STPSS e o TSQ. Assim, em 11 investigações foi utilizado o PCL, que é um questionário em que os participantes, num total de 17 sintomas, têm de apresentar pelo menos 1 sintoma da *revivência do acontecimento traumático*, pelo menos 3 sintomas de *resposta ao acontecimento* e pelo menos 2 sintomas de *resposta prolongada*, todas correspondentes aos critérios de diagnóstico do DSM. Este questionário apresenta uma sensibilidade de 1.00 e uma especificidade de 0.92, mostrando que todos os casos de participantes com PTSD foram correctamente identificados (Manne, Hammel, Galletti, Sorgen, & Redd, 1998). Contudo, Manne e col. (1998) referem que, em 8% dos casos, os participantes sem PTSD podem ser diagnosticados como tendo esta perturbação.

Uma investigação utilizou o SPTSS, que é um questionário que avalia apenas sintomas de Stress Pós Traumático, apresentando, uma sensibilidade de 0.94 e uma especificidade de 0.60 (Carlson, 2001).

Quanto ao TSQ, avalia stress traumático através de um questionário com 10 sintomas, sendo 5 de *revivência ao acontecimento traumático* e 5 da *resposta prolongada*. De acordo com os autores, os indivíduos que apresentem 6 sintomas têm de realizar uma entrevista estruturada para se poder avaliar PTSD (Brewin, Rose, Andrews, Green, Tata, McEvedy, *et al.*, 2002). Este questionário não identifica PTSD, mas sim sintomas de stress traumático.

Foi também utilizado o questionário PC-PTSD que é uma sub-escala do PCL com 4 itens, feita para ser utilizada nos cuidados primários ou noutras circunstâncias médicas de triagem em instalações da *Veterans Affairs*. De acordo com os seus autores, os participantes avaliados com o PC-PTSD têm de apresentar pelo menos três itens do questionário que, caso seja positiva, obriga à realização de uma entrevista estruturada para avaliar PTSD. Este questionário apresenta uma sensibilidade de 0.91 e uma especificidade

de 0.72, mostrando que 91% dos casos são correctamente identificados, apesar de 28% dos participantes sem PTSD poderem ser diagnosticados com esta perturbação (Prins, Ouimette, Kimerling, Cameron, Hugelshofer, Shaw-Hegwer, *et al.*, 2004).

A entrevista CAPS foi utilizada unicamente num estudo e corresponde a uma entrevista estruturada de 30 itens, definida de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV para avaliar PTSD. Este instrumento foi elaborado para avaliar sintomas de PTSD ou PTSD parcial durante a última semana (Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Charney, & Keane, 1995).

As investigações efectuadas nas instalações da *Veterans Affairs* utilizaram a avaliação através dos registos electrónicos dos diagnósticos de registos médicos segundo o *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification* (ICD-9-CM).

A diversidade de métodos utilizados para definir os casos positivos para PTSD pode ser uma das principais razões da diversidade dos resultados, mas note-se que mesmo quando se compara os estudos que utilizaram o PCL, verificamos valores muito díspares, o que mostra que as diferenças entre os resultados não se devem apenas à medida utilizada.

Apesar dos diversos processos para identificar PTSD, a disparidade de percentagens identificadas levam a supor que estas diferenças sejam explicadas também por outras razões. Assim, as diferenças nas estimativas da PTSD podem ser também explicadas pelo local da mobilização, mostrando que os militares mobilizados no Iraque em comparação com os militares do Afeganistão apresentavam uma maior exposição a situações como a morte de combatentes inimigos. Além disso esses resultados podem-se dever também a situações como a observação de cadáveres e partes de corpos, a situações como emboscadas, ataques por morteiros e/ou artilharia (Hoge, *et al.*, 2004; Maguen, *et al.*, 2010).

Supõe-se também que a duração da mobilização seja uma razão para a existência de diferenças nos índices de PTSD. Castro, Adler e Huffman (1999), ao estudarem o efeito do aumento da duração das mobilizações em militares norte-americanos na Bósnia, constataram que os índices de PTSD, que inicialmente eram de 3%, aumentavam para 6% conforme aumentava a duração da mobilização.

Outra explicação poderá ser o momento no tempo em que os militares são avaliados para PTSD. Bliese e col. (2007), ao avaliarem os índices de PTSD em militares em dois momentos no tempo, verificaram que o número de sintomas aos 120 dias (4,8%) era superior ao número de sintomas imediatamente após o seu regresso (1,39%), mostrando

que os sintomas de PTSD, pelo menos no curto/ médio prazo, têm tendência a aumentar. De notar também que o período em que a PTSD pode ser diagnosticada estende-se desde alguns meses até vários anos após o acontecimento traumático ter ocorrido. Nesse sentido, e devido às várias justificações apresentadas anteriormente, presume-se que seja justificada a existência de uma discrepância nos valores de PTSD encontrados nos vários estudos.

Variáveis relacionadas com as diferenças encontradas ao nível das unidades em que os militares foram integrados podem ser justificadas através de uma forte liderança, moral, disciplina, treino e suporte social no grupo (coesão e identificação com a unidade) contribuintes para a diminuição no número de casos de PTSD identificados (GlobalSecurity.com, 2010).

Algumas investigações também evidenciam problemas de saúde física entre os militares regressados do Afeganistão e Iraque diagnosticados com PTSD. As duas investigações referidas recorreram ao questionário PHQ-15 para avaliar a gravidade dos sintomas somáticos apresentados pelos militares. Esta escala avalia 15 sintomas numa escala de *likert* que varia entre 0 “sem queixas” a 2 “muitas queixas”. Os autores avaliam a gravidade dos sintomas representados pelos indivíduos entre “mínimo”, “baixo”, “médio” e “elevado” (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2002).

Dois dos estudos revistos neste trabalho relatam a existência de múltiplos sintomas físicos associados ao diagnóstico da PTSD. Nesse sentido, os resultados encontrados ao nível da saúde física podem ser explicadas através de uma complexa interação entre os mecanismos biológicos, sugerindo que as experiências traumáticas experienciadas pelos militares possam traduzir-se em alterações neuroquímicas no cérebro como uma maior vulnerabilidade na hipertensão arterial, alterações na tiróide, nas funções hormonais e conduzir a um aumento da susceptibilidade a infecções como resultado do comprometimento imunológico do organismo. Do ponto de vista psicológico, esta vulnerabilidade pode dever-se à existência de más estratégias de *coping*, hostilidade ou desespero. Do ponto de vista atencional pode dever-se a uma preocupação excessiva que leva os indivíduos a intensificarem a sua percepção dos sintomas. Segundo alguns autores, estas queixas físicas também podem ser explicadas por alguns processos comportamentais como consumo excessivo de álcool e tabaco (Schnurr, Friedman, & Bernardy, 2002; Dougall, & Baum, 2003; Schnurr, & Green, 2004). Este consumo verificou-

se inclusive no estudo de Pietrzak e col. (s.d.) em que se encontrou uma associação entre a PTSD e o uso de álcool.

Do que foi exposto nas várias investigações efectuadas, são evidentes os efeitos negativos encontrados com militares regressados do Afeganistão e Iraque como resultado da sua participação em combate ou exposição à guerra.

Conclusão

As conclusões dos vários estudos realizados com militares regressados do Afeganistão e Iraque mostram um risco acrescido do desenvolvimento da PTSD e outras perturbações mentais. Apesar das diferenças de valores, estima-se que a efectiva prevalência da PTSD varie entre os 5% e os 15%, tal como referido por Ramchand, Karney, Osilla, Burns e Calderone (2008).

Dois dos estudos revistos, Hoge e col. (2006) e o de Bliese e col. (2007), chamaram especial atenção. Estes estudos demonstraram que os sintomas de perturbações mentais, particularmente a PTSD, eram mais acentuados 4 ou 6 meses após o regresso da mobilização, do que imediatamente após o regresso da missão. Estes dois estudos estão em desacordo com o que foi constatado por Bonanno (2005) e Solomon (1989), nomeadamente, que os sintomas de PTSD tendiam a diminuir com o passar do tempo. Assim, e tendo em conta estes resultados, torna-se importante a realização de mais investigações que procurem analisar em vários *follow-up's* os militares regressados das missões com o objectivo de se entender o início da remissão dos sintomas de PTSD bem como de outras perturbações mentais.

Um factor que ainda se encontra por explicar nos estudos das perturbações mentais pós trauma como a PTSD é o desconhecimento das razões pelas quais alguns militares desenvolvem as perturbações ainda na missão e outros só a desenvolvem passados vários meses ou mesmo anos.

Os níveis de PTSD entre os militares regressados do Afeganistão e Iraque revelam-se bastante inferiores aos encontrados em militares regressados do Vietname, que apresentavam uma incidência da PTSD na ordem dos 30% (Kulka, *et al.*, 1990). Esta diferença nos casos de PTSD pode ser devida à acção das autoridades norte-americanas, que avaliam a saúde mental das suas forças militares no período pós-mobilização e encaminham para instalações médicas (ex. *Veterans Affairs*) os casos detectados; ou

mesmo a presença de técnicos de saúde mental que intervêm no terreno nos casos em que ocorrem experiências mais graves.

Dos estudos realizados também se constata a associação da PTSD com os sintomas físicos identificados nos militares regressados do Afeganistão e Iraque. Estes resultados não são novidade e revelam-se similares às investigações realizadas com militares regressados do Vietname ou da Primeira Guerra do Golfo diagnosticados com PTSD e doenças físicas crónicas (Boscarino, 1997; *cit in* Schnurr, & Jankowski, 1999; Engel, Liu, McCarthy, Miller, & Ursano, 2000).

Em conclusão, a investigação mostra uma relação clara entre a participação de militares na guerra e o desenvolvimento de perturbações mentais e outros sintomas físicos. Tendo em conta os resultados encontrados, e visto existirem muitos países, onde se inclui Portugal com militares envolvidos nestes teatros, torna-se necessário a realização de investigações que avaliem a PTSD e outras perturbações mentais relevantes com o objectivo de se avaliar a prevalência e gravidade dos casos detectados. E sendo estes em número suficiente, se possam desenvolver programas especiais de apoio e proceder-se ao seu encaminhamento para as instituições de saúde competentes.

Bibliografia

- Adler, A. B., Vaitkus, M. A., & Martin, J. A. (1996). Combat exposure and posttraumatic stress symptomatology among U.S. soldiers deployed to the Gulf War. *Military Psychology, 8*, 1 – 14.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. rev). Washington, D.C.: Author.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 75-90.
- Bliese, P.D., Wright, K.M., Adler, A.B., Thomas, J.L., & Hoge, C.W. (2007). Timing of postcombat mental health assessments. *Psychological Services, 4*, 141-148.
- Bonanno, G.A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science, 14*, 135 - 138.

- Booth-Kewley, S., Larson, G.E., Highfill-McRoy, R.M., Garland, C.F., & Gaskin, T.A. (2010). Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in marines back from war. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 69 – 77.
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., et al., (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 158-162.
- Carlson, E. B. (2001). Psychometric study of a brief screen for PTSD: Assessing the impact of multiple traumatic events. *Assessment*, 8, 431 – 441.
- Carvalho, C.M. (2008) *Impacto da exposição a acontecimentos adversos e indicadores de adaptação actual numa amostra de bombeiros portugueses*. Tese de Mestrado Integrado. Universidade do Minho. Braga, Portugal.
- Castro, C. A., Adler, A. B., & Huffman, A. H. (1999, November). Psychological screening of U.S. peacekeepers in Bosnia. Paper presented at the 41st Annual Conference of The International Military Testing Association. Retirado da página da internet em 30 de Março de 2010 da página <http://www.internationalmta.org/1999/99IMTAproceedings.pdf>
- Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services (2008). Findings on the after effects of service in operations enduring freedom and Iraqi freedom and the first 18 months performance of the military support program. Retirado da internet em 02 de Fevereiro de 2010 da página: <http://www.ct.gov/msp/lib/msp/publications/mspreport101608.pdf>
- Dohrenwend, B. P., Turner, J. B., Turse, N. A., Adams, B. G., Koenen, K. C., & Marshall, R. (2007). Continuing controversy over the psychological risks of Vietnam for U.S. veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 449 – 465.
- Dougall, A.L., & Baum, A. (2003). Stress, coping, and immune function. In I. B. Weiner (Series Ed.) & M. Gallagher & R. J. Nelson (Vol. Eds.), *Handbook of Psychology: Vol. 3. Biological Psychology* (pp. 441 - 455). New Jersey: Wiley.
- Engel, C.C., Liu, X., McCarthy, B.D., Miller, R.F., & Ursano, R. (2000). Relationship of physical symptoms to posttraumatic stress disorder among veterans seeking care for Gulf War-related health concerns. *Psychosomatic Medicine*, 62, 739 – 745.
- Erbes, C., Westermeyer, J., Engdahl, B., & Johnsen, E. (2007). Post-traumatic stress disorder and service utilization in a sample of service members from Iraq and Afghanistan. *Military Medicine*, 172, 359 – 263.
- Fontana, A., & Rosenheck, R. (1999). A model of war zone stressors and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 111 – 126.

- Franke, V.C. (2003). The social identity of peacekeeping. In T. W. Britt and A.B. Adler (Eds.), *The Psychology of the PeaceKeeper: Lessons from the Field* (pp. 31 - 51). London: Praeger.
- Freedy, J.R., & Donkervoet, J.C. (1995) Traumatic stress: An overview of the field. In J.R. Freedy and S.E. Hobfoll (Eds.), *Traumatic stress: From theory to practice* (pp. 103-128). New York: Plenum.
- Friedman, M.J., & Schnurr, P.P. (1995). The relationship between trauma, post-traumatic stress disorder, and physical health. In M.J. Friedman, D.S. Charney and A.Y. Deutch (Eds.) *Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to PTSD*. (pp. 507 – 524) Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- GlobalSecurity.com (2010) Positive combat stress behaviors. Retirado da Internet em 30 de Maio de 2010 da página: http://www.globalsecurity.org/military/library/policy/army/fm/22-51/22-51_c.htm
- Grieger, T.A., Cozza, S.J., Ursano, R.J., Hoge, C.W., Martinez, P.E., Engel, C.C., *et al.*, (2006). Post-traumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *The American Journal of Psychiatry*. 163, 1777 – 1783.
- Helmer, D.A., Rossignol, M., Blatt, M., Agarwal, R., Teichman, R., & Lange, G. (2007). Health and exposure concerns of veterans deployed to Iraq and Afghanistan. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 49, 475 – 480.
- Hoge, C.W., Auchterlonie, J.L., & Milliken, C.S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 295, 1023 – 1032.
- Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer, S.C., McGurk, D., Cotting, D.I., & Koffman, R.L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*. 351, 13 - 22.
- Hoge, C.W., Terhakopian, A., Castro, C.A., Messer, S.C., & Engel, C.C. (2007). Association of post-traumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *The American Journal of Psychiatry*. 164, 150 – 153.
- Hotopf, M., Hull, L., Fear, N.T., Browne, T., Horne, O., Iversen, A., *et al.*, (2006) The health of U.K. military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: A cohort study. *Lancet*, 367, 1731 – 1741.

- Hughes, J.H., Cameron, F., Eldridge, R., Devon, M., Wessely, S., & Greenberg, N. (2005). Going to war does not have to hurt: Preliminary findings from the British deployment to Iraq. *British Journal of Psychiatry*. 186, 536 – 537.
- Icasualties.org (2010). Operation Enduring Freedom. Retirado da internet em 29 de Maio de 2010 da página: <http://icasualties.org/oef/>
- Icasualties.org (2010). Operation Iraqi Freedom. Retirado da internet em 29 de Maio de 2010 da página: <http://icasualties.org/oif/>
- Iversen, A.C., Fear, N.T., Ehlers, A., Hughes, J.H., Hull, L., Earnshaw, M., *et al.*, (2008). Risk factors of post-traumatic stress disorder among U.K armed forces personnel. *Psychological Medicine*. 38, 511-522.
- Jablensky, A. (2002). Research methods in psychiatric epidemiology: An overview. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*. 36, 297 – 310.
- Jakupcak, M., Conybeare, D., Phelps, L., Hunt, S., Holmes, H. A., Felker, B., *et al.*, (2007). Anger, hostility, and aggression among Iraq and Afghanistan war veterans reporting PTSD and Subthreshold PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 20, 945 - 954.
- Kanter, E.D. (2008). The impact of war on mental health. In B.S. Levy and V.W. Sidel (Eds.), *War and Public Health*. (pp. 51 – 68). Oxford: Oxford University Press, Inc.
- Kessler, R.C. (2000). Post-traumatic stress disorder: The burden to the individual and to the society. *Journal of Clinical Psychiatry*. 61, 4 – 14.
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970) Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30, 607 – 610.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, B.W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*. 64, 258 – 266.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., *et al.*, (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/ Mazel.
- Lapierre, C.B., Schwegler, A.F., & LaBauve, B.J. (2007) Posttraumatic stress and depression symptoms in soldiers returning from combat operations in Iraq and Afghanistan. *Journal of Traumatic Stress*. 20, 933 – 943.
- Leland, A., & Oboroceanu, M. (2009, Setembro). American war and military operations casualties: Lists and statistics. Congressional Research Service. Retirado da internet em 30 de Outubro da página: <http://www.fas.org/sgp/crs/natsec/RL32492.pdf>

- Litz, B.T. (2007). The unique circumstances and mental health impact of the wars in Afghanistan and Iraq. Retirado da internet em 01 de Maio de 2007 da página: http://ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact_shts/fs_iraqafghanistan_wars.html?opm=1&rr=rr46&srt=d&echorr=true
- Litz, B.T., Orsillo, S.M., Friedman, M., Ehlich, P., & Batres, A. (1997a). Post-traumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia for U.S. military personnel. *American Journal of Psychiatry*, 154, 178 -184.
- Maguen, S., Lucenko, B.A., Reger, M.A., Gahm, G.A., Litz, B.T., Seal, K.H., *et al.*, (2010). The impact of reported direct and indirect killing on mental health symptoms in Iraq war veterans. *Journal of Traumatic Stress*. 23, 86 – 90.
- Maia, A.C., McIntyre, T., Pereira, G., & Fernandes, E (2001). Por baixo das pústulas da guerra: Reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da guerra colonial. Projecto POCTI/39515/ESP/2001, Financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Manne, S. L., Hammel, K., Galletti, K., Sorgen, K., & Redd, W.H. (1998). Post-traumatic stress disorder among mothers of pediatric cancer survivors: Diagnosis, comorbidity, and utility of the PTSD checklist as a screening instrument. *Journal of Pediatric Psychology*. 23, 357 – 366.
- Milliken, C.S., Auchterlonie, J.L., & Hoge, C.W. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *Journal of the American Medical Association*. 298, 2141 – 2148.
- National Council on Disability (2009). Invisible wounds: Serving service members and veterans with PTSD and TBI. Retirado da internet em 10 de Março de 2010 da página: <http://www.pacares.org/LinkClick.aspx?fileticket=QkmFLWu7cDM=&tabid=67>
- Pietrzak, R.H., Goldstein, M.B., Malley, J.C., Johnson, D.C., & Southwick, S.M. (s.d.). Partial and full PTSD are associated with psychosocial and health difficulties in soldiers returning from Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. Retirado da internet em 02 de Fevereiro de 2010 da página: <http://www.ct.gov/msp/lib/msp/publications/mspreport101608.pdf>
- Pinto, M. (2006, Agosto/ Setembro) As 4 gerações da guerra moderna. *Jornal do Exército*, pp. 12-18.
- Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Cameron, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., *et al.*, (2004). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry*. 9, 9 – 14.

- Ramchand, R., Karney, B.R., Osilla, K.C., Burns, R.M., & Calderone, L.B. (2008). Prevalence of PTSD, depression, and TBI among returning servicemembers. In T. Tanielian and L. H. Jaycox (Eds.) *Invisible Wounds of War – Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery* (pp. 35 - 85). Santa Monica: RAND Corporation.
- Ramchand, R., Karney, B.R., Osilla, K.C., Burns, R.M., & Calderone, L.B. (2008). Prevalence of PTSD, depression, and TBI among returning servicemembers. In T. Tanielian and L. H. Jaycox (Eds.) *Invisible Wounds of War – Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery* (pp. 35 - 85). Santa Monica: RAND Corporation.
- Rosenheck, R.A., & Fontana, A.F. (2007). Recent trends in VA treatment of post-traumatic stress disorder and other mental health disorders. *Health Affairs*, 26, 1720 - 1727.
- Schnurr, P.P., & Jankowski, M.J. (1999). Physical health and post-traumatic stress disorder. Review and synthesis. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4, 295-304.
- Schnurr, P.P., & Green, B.L. (2003). A context for understanding the physical health consequences of exposure to extreme stress. In P.P. Schnurr and B.L. Green (Eds.), *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*. (pp. 3-10). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., & Bernardy, N.C. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology, and assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 877 – 889.
- Schutzwohl, M., & Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of Partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 155 - 165.
- Seal, K.H., Berthenthal, D., Miner, C.R., Sen, S., & Marmar, C. (2007). Bringing the war back home - Mental health disorders among 103 788 US veterans returning from Iraq and Afghanistan seen at department of veterans affairs facilities. *Archives of Internal Medicine*, 167, 476 - 482.
- Shaw, J.A. (1990). Stress engendered by military action on military and civilian population. In J.D. Noshpitz and R.D. Coddington (Eds.). *Stressors and the Adjustment Disorders*. (pp. 341 – 361) New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Shea, M.T., Vujanovic, A.A., Mansfield, A.K., Sevin, E., & Liu, F. (2010). Posttraumatic stress disorder symptoms and functional impairment among OEF and OIF national guard and reserve veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 100 – 107.

- Smith, T.C., Ryan, M.A., Wingard, D.L., Slymen, D.J., Sallis, J.F., & Kritz-Silverstein (2008). New onset and persistent symptoms of post-traumatic stress disorder self-reported after deployment and combat exposures: Prospective population based U.S. military cohort study. *British Medical Journal*. 336, 1 – 11.
- Solomon, Z. (1989). Psychological sequelae of war: A 3-year prospective study of Israeli combat stress reaction casualties. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 177, 342 – 346.
- Southwick, S. M., Morgan, C. A., Darnell, A., Bremner, D., Nicolaou, A. L., Nagy, L. M., *et al.* (1995). Trauma-related symptoms in veterans of operation desert storm: A 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*. 152, 1150 – 1155.
- Thefreedictionary.com (2010). Forward operation bases. Retirado da internet em 01 de Janeiro de 2010 da página: <http://www.thefreedictionary.com/forward+operations+base>
- Usmilitary.about.com (2010) Forward operation bases. Retirado da internet em 01 de Janeiro de 2010 da página: <http://usmilitary.about.com/od/glossarytermsf/g/f2578.htm>
- Vasterling, J.J., Proctor, S.P., Amoroso, P., Kane, R., Heeren, T., & White, R.F. (2006). Neuropsychological outcomes of army personnel following deployment to the Iraq war. *The Journal of the American Medical Association*. 296, 519 – 529.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., & Keane, T.K. (1995). Military trauma. In J.R. Freedy and S.E. Hobfoll (Eds.), *Traumatic stress: From theory to practice* (pp. 103-128). New York: Plenum.
- Wikipedia.com* (2010). *Rules of engagement*. Retirado da Internet em 20 de Janeiro de 2010 da página: http://en.wikipedia.org/wiki/Rules_of_engage
- Wolfe, J., Brown, P., & Kelly, J. M. (1993). Reassessing war stress: Exposure and the Persian Gulf war. *Journal of Social Issues*. 49, 15 – 31.
- Wong, L., & Gerras, S. (2006). How the forward operating base is changing the life of combat soldiers. Retirado da internet em 31 de Dezembro de 2009 da página: <http://www.strategicstudiesinstitute.army.mil/pdffiles/pub645.pdf>