

Índice

Lista de Abreviaturas	3
Resumo.....	4
Introdução	7
Métodos.....	9
A Perturbação Pós- <i>Stress</i> Traumático em ex-combatentes.....	10
Nota histórica sobre a Perturbação Pós- <i>Stress</i> Traumático.....	10
O acontecimento traumático e a sua ocorrência em ambiente de guerra	13
Fatores de risco de uma Perturbação Pós- <i>Stress</i> Traumático.....	16
Fatores Pré-Traumáticos.....	16
Fatores Peri-Traumáticos.....	17
Fatores Pós-traumáticos.....	17
Caracterização Nosológica e Nosográfica da Perturbação Pós- <i>Stress</i> Traumático.....	18
Neurobiologia da Perturbação Pós- <i>Stress</i> Traumático.....	21
O efeito do <i>stress</i> e da emoção na memória	21
Principais neurotransmissores e neuropéptidos envolvidos	22
Neuroanatomia das estruturas envolvidas	25
Principais consequências da Perturbação Pós- <i>Stress</i> Traumático.....	28
Suicídio em Ex-combatentes.....	30
Fatores de Risco de ideação suicida e suicídio em ex-combatentes.....	32
Fatores Demográficos.....	33
Perturbação Pós- <i>Stress</i> Traumático	35
Depressão.....	37
Perturbações da Ansiedade	38
Abuso de Substâncias.....	39
Alcoolismo	39
Perturbações da Personalidade.....	40
Outras doenças psiquiátricas.....	40
Fatores relacionados com o combate.....	41
Exposição ao combate.....	41
Culpa.....	41
Perda do medo associado à morte.....	42

Posse e familiarização com arma de fogo	42
Feridas de guerra	43
Dificuldades de ajustamento no período pós militar	44
Fatores Protetores	45
Estratégias Preventivas.....	46
Discussão e Conclusão.....	48
Agradecimentos	51
Bibliografia	52

Lista de Abreviaturas

ACTH - *Corticotropin*/Hormona Adrenocorticotrófica

ADFA- Associação de Deficientes das Forças Armadas

APA - *American Psychiatric Association*

CRH - *Corticotropin Releasing Hormone*

CPFm – Córtex Pré-Frontal Medial

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

GABA – *Gamma-Aminobutyric Acid*

HPA - *Hypothalamic-Pituitary-Adrenal*

ICD-10 - *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*

NE – Norepinefrina

NPV – Núcleo Para-ventricular

PPST: Perturbação Pós-*Stress* Traumático

PTSD: *Post-Traumatic Stress Disorder*

SNA - Sistema Nervoso Autónomo

VHA – Veterans Health Administration

Resumo

Os ex-combatentes de guerra são uma população com características específicas que lhes conferem determinados riscos para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, sendo o suicídio o resultado final mais temível. A Perturbação Pós-*Stress* Traumático é aquela perturbação psiquiátrica mais emblemática que foi extensivamente estudada nesta população.

Neste trabalho a intenção foi através da pesquisa bibliográfica explorar essa perturbação, a sua história, as suas bases neurobiológicas, os condicionantes que contribuem para que ela se desenvolva no ex-combatente, bem como sistematizar os mais significativos fatores de risco para o suicídio nesta população.

A recolha bibliográfica foi feita a partir de uma pesquisa inicial com as palavras-chave: *suicide, PTSD e veterans* no *Pubmed*, a partir da qual foram selecionados alguns artigos e aos quais se juntaram outros recolhidos a partir de referências bibliográficas e livros de referência sobre a PPST.

Nem todos os estudos se mostraram coerentes no sentido de identificar a condição de ex-combatente como fator independente de risco. No entanto, o risco de suicídio nos ex-combatentes não deve ser menosprezado, e todos eles devem ser estudados no sentido de identificar fatores de risco. A maioria dos estudos aponta para a PPST como fator de risco para suicídio nestes indivíduos, pelo que devem ser sinalizados os indivíduos com essa perturbação.

A prevenção do suicídio nos ex-combatentes deve incidir na identificação daqueles que reúnem um maior número de fatores de risco, tentando intervir a nível daqueles que são eventualmente modificáveis e tentando promover e acentuar os fatores protetores também modificáveis.

No sentido de apurar aqueles ex-combatentes que apresentam maior risco de suicídio e que portanto devem ser submetidos a intervenção urgente, é proposta a eventual criação no futuro de um índice de risco específico para esta população com os fatores de risco mais significativos, que seria utilizável pela generalidade dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Perturbação Pós-Stress Traumático, Ex-combatentes, Suicídio, Risco de Suicídio, Ideação Suicida

Abstract

War veterans are a very peculiar population, with some specific risks for the development of psychiatric disorders, suicide being the most extreme and fearsome outcome. Posttraumatic stress disorder is the most emblematic of those disorders and has been intensively studied in this specific population.

This review intended to explore that disorder, its history, its neurobiology, its diagnostic criteria that was recently modified in the latest review of the DSM, its conditioning factors and its role on increasing the risk of suicide among veterans.

This study used articles obtained through researches at Pubmed and was complemented with bibliographic references and standard reference books about PTSD.

Not all studies showed that being a veteran alone would significantly contribute to increase the risk of suicide. However those individuals should be monitored because they might have numerous other significant risk factors.

Most studies show that PTSD is a risk factor for suicide and all veterans with this disorder should be signalized and considered at risk.

The strategies to prevent suicide in veterans population should identify those who gather most risk factors and attempt to diminish the modifiable ones. At the same time these strategies should try to increase modifiable protective factors.

In order to identify those veterans at high risk it would be useful to create a specific score for them allowing any health professional to access the risk for every individual and to intervene in the most urgent ones.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder, Veterans, Suicide, Suicide Risk, Suicidal Ideation

Introdução

Os ex-combatentes constituem uma população com algumas peculiaridades e as situações a que são expostos no decurso da guerra podem torná-los suscetíveis a uma série de perturbações mentais e *in extremis*, ao suicídio. Os fatores que nestes indivíduos constituem um risco acrescido para este resultado negativo devem ser investigados para que seja possível avaliar o risco individual e sejam sinalizados os casos mais preocupantes. Essa investigação é da responsabilidade não só dos psiquiatras, mas também de cada médico assistente que lida com estes indivíduos. É também da sua responsabilidade o encaminhamento correto de casos mais graves no sentido de lhes ser fornecida a assistência adequada.

Durante treze anos, entre 1961 e 1974, as Forças Armadas Portuguesas travaram uma Guerra Colonial contra movimentos de Libertação das Antigas Províncias Ultramarinas Angola, Moçambique e Guiné-Bissau. Estima-se que nestes três teatros de operações tenham combatido cerca de 1 milhão de Portugueses, tendo morrido cerca de 10.000 e ficado feridos cerca de 40.000.¹

Além desta guerra que o nosso país travou, também devemos ter em consideração que desde 1958, as forças armadas portuguesas apoiam a Organização das Nações Unidas participando em diferentes Operações de Apoio à Paz em diversos países como o Líbano, Angola, Moçambique, Timor-Leste, entre outros.² Também podem eventualmente estar em risco os militares que regressam destas operações que apesar de serem de manutenção de Paz os podem expor a situações de combate.

Portanto na nossa sociedade atual temos ex-combatentes da guerra colonial e indivíduos que intervieram em ações de manutenção de paz nos quais é importante identificar aqueles que adquiriram as chamadas “feridas invisíveis”, isto é, perturbações psiquiátricas que limitando as suas funcionalidades nem sempre lhes concedem o estatuto de “deficientes”. Só depois de

identificados é que se lhes pode oferecer tratamento e prevenir a ocorrência de complicações decorrentes dessas mesmas perturbações.

A perturbação psiquiátrica mais mediática nestas populações é a Perturbação Pós-*Stress* Traumático. Foi inclusivamente nesta população que foi inicialmente detetada e mais explorada, tendo-se depois estendido a sua investigação à população em geral.

Este trabalho de revisão pretende abordar essa perturbação, o seu contexto histórico e a sua caracterização nosológica à luz da recente classificação DSM-5. O conceito de evento traumático é também escrutinado e associado ao contexto do teatro de guerra e o seu potencial traumatizante. No sentido de explicar que nem todos os indivíduos expostos ao mesmo acontecimento desenvolvem essa perturbação são descritos alguns dos principais fatores individuais de suscetibilidade.

São também descritas as bases neurobiológicas desta perturbação, cujo conhecimento deve muito às novas técnicas de neuroimagem.

O trabalho intenta também relacionar a complicação mais temível desta perturbação, o suicídio, com a própria condição de ex-combatente, com a Perturbação Pós Stress Traumático e outras perturbações psiquiátricas, com vários fatores individuais de risco, relacionados ou não com a guerra e as suas repercussões na vida destes indivíduos.

Por fim são exploradas, em traços gerais, as principais estratégias preventivas do suicídio nas populações de ex-combatentes.

A decisão de utilizar a expressão Perturbação Pós-*Stress* Traumático como tradução do termo anglo-saxónico *Post-traumatic Stress Disorder* baseou-se na última tradução portuguesa do Manual de Diagnósticos e Estatística das Perturbações Mentais da APA (DSM-IV-R).

Métodos

Ao longo do trabalho foram realizadas várias pesquisas *online* utilizando como base de dados o Pubmed (*US National Library of Medicine, National Institutes of Health*). A pesquisa inicial foi realizada com os termos: *PTSD, suicide, veterans*. Esta pesquisa inicial foi complementada com pesquisas por lista de referências e autores. Para alguns temas foram realizadas novas pesquisas pela necessidade de informação complementar não abrangida pela pesquisa inicial.

Também foram consultados livros de referência acerca da Perturbação Pós-*Stress* Traumático e sobre o risco de suicídio.

A Perturbação Pós-*Stress* Traumático em ex-combatentes

Nota histórica sobre a Perturbação Pós-*Stress* Traumático

A primeira referência ao efeito traumático da exposição ao ambiente de guerra em combatentes é feita no decorrer da Guerra Civil Americana, sendo descritos quadros como “síndrome do coração irritável” e de “coração exausto” por Da Costa.³ Na 1.^a Guerra Mundial foi descrita uma condição conhecida como *Shell shock*, caracterizada por perda da visão ou memória devido a participação prolongada em ações de guerra.⁴ Também nessa altura foi descrita a síndrome da astenia neurocirculatória com sintomas psicológicos atribuídos a um trauma físico, mais especificamente a concussões causadas por explosões de artilharia.³ Também em combatentes da 1.^a Grande Guerra foi descrito um conjunto de sintomas como pesadelos, choro, sudção e atitudes antissociais a que o Dr. Charles Myers deu o nome de “Neurose de Guerra”.⁵

No final dos anos setenta e oitenta com o retornar dos soldados da Guerra do Vietname volta a surgir nos Estados Unidos esta problemática, tendo nessa altura sido desenvolvidos inúmeros estudos em ex-combatentes, no sentido de investigar as consequências psicológicas da guerra. Estes estudos permitiram que em 1980 a *American Psychological Association* reconhecesse a entidade nosológica PPST na DSM-III, pondo de parte a designação “Neurose de Guerra” até aí utilizada.³ A par destes estudos houve também uma grande atenção mediática em relação a este tema, através de documentários e filmes relacionados com o tema, expondo a crua realidade da guerra, ilustrando agora também os aspetos de cariz psicológico, para além das feridas físicas.

Nesta primeira definição nosológica, a DSM- III incluía para além da exposição ao trauma, a existência de sintomas de reexperienciação, diminuição de resposta ao mundo exterior e ativação aumentada. Na DSM-III-R o evento traumático potencialmente causador da doença é

caracterizado como catastrófico fugindo ao espectro de acontecimentos usuais decorrentes da experiência humana normal. Esta última exigência desaparece na DSM-IV, em que o evento traumático não é necessariamente extraordinário.⁴ Em 1992, a Perturbação Pós-*Stress* Traumático é integrada também na ICD-10 da Organização Mundial de Saúde.

Apesar de Portugal ter participado na Primeira Grande Guerra ao lado dos Aliados, só após o conflito da Guerra Colonial, que durou até 1974, é que se começou a dar atenção aos efeitos psicológicos da guerra nos ex-combatentes. Neste conflito, que foi levado a cabo em três diferentes teatros de operações, participaram cerca de 1 milhão de portugueses. Albuquerque, em 1992, estimou, por extrapolação de dados americanos e de outros países, que cerca de 40 000 ex-combatentes da Guerra Colonial sofreriam de PPST (citado por Maia *et al.*¹)

Mais recentemente, Maia *et al.* encontraram numa população de 350 ex-combatentes da Guerra Colonial uma percentagem de 39% de indivíduos que cumpriam os critérios de PPST.¹ Também Pereira *et al.* obtiveram uma percentagem semelhante, mas ao observarmos os dois estudos concluímos que temos duas populações muito semelhantes recrutadas de semelhante forma, tendo ambas recorrido a uma associação de apoio a veteranos, podendo esse facto explicar estas altas percentagens quando comparadas com populações de ex-combatentes do Vietname.^{1,6}

Após a Guerra Colonial, os serviços médicos militares limitavam-se a prestar assistência aos ex-combatentes com deficiências físicas. A maioria dos combatentes que regressaram da Guerra Colonial, não pertencendo a esse grupo dos fisicamente feridos que posteriormente receberam o estatuto de Deficientes das Forças Armadas, voltaram à sua vida de civis, fugindo ao âmbito de qualquer apoio por parte das instituições militares.⁴

Houve durante muito tempo um desconhecimento relativamente aos efeitos psicológicos da guerra. Em 1976 foi criada em Lisboa a ADFa com a promulgação da Lei n.º 43/76 em que é reconhecido o direito à reparação material e moral aos deficientes das Forças Armadas e

instituiu medidas no sentido da sua integração na sociedade. Foi a ADFA que em 1985 realizou uma conferência internacional sobre o tema da Perturbação Pós-*Stress* Traumático. Em 1986, passados 25 anos sobre o início da Guerra Colonial, foi criada em Lisboa, no Hospital Júlio de Matos, a primeira consulta direcionada para o “*stress* de guerra”, pelo Dr. Afonso de Albuquerque.⁴

Em 1994 foi criada a APOIAR no sentido de se prestar aos ex-combatentes cuidados tentando envolver a sociedade no processo de reintegração e estratégia terapêutica destes indivíduos. Posteriormente associou-se a ela a ADFA e esta associação foi apoiada pela Assembleia da República, tendo em 1999 nascido a lei que reconhece como Deficientes das Forças Armadas os militares ou ex-militares portadores de perturbação psicológica crónica resultante da exposição a fatores traumáticos de *stress* durante a vida militar, competindo então ao Estado a compensação desses mesmos indivíduos, promovendo o seu tratamento e reintegração na sociedade.⁴

Atualmente as Forças Armadas portuguesas participam em algumas Operações de Apoio à Paz, associadas à NATO e desde 2005 que Portugal tem soldados a participar numa operação denominada *Quick Reaction Force of the International Security Assistance Force*, no Afeganistão.

Numa população de 113 soldados que voltaram de missões entre 2005 e 2010 pertencentes a essa operação no Afeganistão, Osório *et al.* encontraram uma percentagem de 2,7% de indivíduos que cumpriam os critérios de PPST, e 8,8% cumpriam critérios para uma PPST parcial.⁷

O estudo destas populações, particularmente em Portugal prende-se com algumas dificuldades, nomeadamente a ausência de bases de dados com as estatísticas relativas à Guerra Colonial, o facto de muitos destes indivíduos não terem a motivação para participar

em projetos de investigação e o facto de os próprios sintomas de PPST, depressão ou de ansiedade dificultarem a resposta do indivíduo aos instrumentos de investigação.¹

O acontecimento traumático e a sua ocorrência em ambiente de guerra

A própria condição humana determina que associado à morte e sofrimento haja sempre um sentimento de angústia que se prolonga no tempo, mesmo após o contacto com essa experiência. Assim sendo e desde que o Homem desenvolveu a capacidade de prever o perigo e ter a consciência da morte que se depara com situações indutoras de *stress*.

O que distingue um evento traumático daquele que é apenas indutor de *stress* é a perpetuação no tempo do primeiro, mesmo após a extinção do evento precipitante.³

Com a evolução da humanidade, mudaram também os contornos dos principais eventos traumáticos. Atualmente, para além dos ambientes de guerra e das catástrofes naturais, há um conjunto de situações que podem ser consideradas traumáticas. Situações que não são necessariamente extraordinárias ao quotidiano, como os acidentes de viação, assaltos, agressões sexuais entre outras formas de violência.

A DSM-5 considera para fins diagnósticos como traumático aquele evento em que há exposição à morte ou ameaça de morte, a ferimentos graves ou violência sexual considerando que a exposição poderá ocorrer como experiência direta desse evento ou eventos pelo próprio indivíduo ou como testemunho pessoal do evento ou eventos a que outro indivíduo é sujeito.⁸

É também considerado como potencialmente traumático o ato de tomar conhecimento do sofrimento de uma das situações supracitadas por parte de um familiar ou amigo próximo, sendo que em caso de morte ou ameaça de morte o evento deve ser de cariz acidental ou particularmente violento. Nesta edição da DSM são também incluídas as situações de exposição repetida ou exposição intensa a pormenores de um evento potencialmente

traumático que suscitem aversão no indivíduo. A título de exemplo é o caso de um técnico de perícias legais que tenha de identificar restos mortais em acidentes.

O ambiente de guerra será então aquele onde com maior frequência se verificam as condições incluídas nestas quatro categorias de exposição, sendo por isso fácil perceber que tenha sido a partir das populações que viveram esse ambiente que se tenha descoberto e estudado mais exaustivamente as consequências da exposição a eventos traumáticos e o desenvolvimento de respostas como a Perturbação Pós-*Stress* Traumático.

Para nos focarmos em algumas situações específicas e que ilustram esta descrição são citados dois artigos. O primeiro foi realizado a partir de uma população composta por 113 Comandos portugueses regressados de pelo menos uma operação especial no Afeganistão. Neste estudo Osório e Maia averiguaram que 88% desses soldados viram civis feridos, 85% souberam de soldados de coligação feridos, 83% souberam de soldados da coligação mortos, 81% viram inimigos feridos, 78% souberam de soldados portugueses feridos e 71% desses indivíduos participaram em operações eventualmente comprometedoras de vida, entre outras situações potencialmente traumáticas avaliadas por uma escala construída para o efeito pelos próprios autores.⁹

Relativamente ao segundo estudo, Mitchell *et al.* estudaram uma população de 1663 ex-combatentes das forças armadas dos USA, cerca de 6 meses após regressarem a casa de missões.¹⁰ Ao tentarem quantificar o nível de exposição ao combate desses doentes, definiram um número de situações passíveis de serem experienciadas pelo soldado e que podem ter um efeito potencial traumático. A tabela 1 apresenta as várias ações que estes autores identificaram como caracterizadoras da exposição a combate. Como o número de ex-combatentes é superior ao de Osório e Maia, será mais informativo das situações mais frequentemente enfrentadas num teatro de guerra. A coluna da direita apresenta o número e a

percentagem de ex-combatentes que se deparou com a situação descrita à esquerda em combate.

Tabela 1 – Situações quantificadoras da exposição ao combate (Mitchell *et al.*¹⁰)

Ação	N (% que respondeu sim)
Atacado ou emboscado	918 (58.1%)
Estar “debaixo de fogo”	1179 (74.9%)
Disparar sobre o inimigo	778 (49.6%)
Responsável pela morte de não combatente	153 (9.8%)
Responsável pela morte de inimigo	437 (27.7%)
Ver cadáveres	1124 (71.0%)
Conhecer alguém que foi morto ou ficou seriamente ferido	1159 (73.3%)
Participar em operações de desativação de minas	198 (12.6%)
Ver crianças ou mulheres doentes ou feridas	713 (45.0%)
Ser ferido ou magoado	177 (11.2%)
Ser atingido, mas protegido pelo equipamento protetor	313 (19.7%)
Ter um amigo atingido perto de si	426 (26.9%)
Ter feito a revista de casas ou edifícios	926 (58.6%)
Ter participado em combate corpo a corpo	54 (3.4%)
Ter salvado a vida de um soldado ou civil	241 (15.3%)

Consideremos por exemplo a situação que mais soldados referiram ter experienciado: estar “debaixo de fogo”. Nesta situação há uma ameaça à vida e portanto é um evento

potencialmente traumático. Com este exemplo percebemos que será muito difícil que um indivíduo que tenha combatido não tenha sido exposto a um qualquer evento traumático.

Fatores de risco de uma Perturbação Pós-*Stress* Traumático

Apesar da multiplicidade de acontecimentos traumáticos e incomensuráveis com que os soldados se deparam no decorrer da guerra nem todos os ex-combatentes irão desenvolver obrigatoriamente PPST. As circunstâncias do evento traumático, bem como o ambiente biopsicossocial do indivíduo, terão um papel complexo na forma como este reagirá à agressão. Mais importante do que o próprio acontecimento é a forma como o indivíduo o percebe ou sente.³ Daí que seja de extrema importância identificar os fatores que condicionam maior vulnerabilidade ao desenvolvimento desta perturbação.

Relativamente à sua temporalidade esses fatores relacionados com o desenvolvimento de PPST podem ser classificados em pré-traumáticos, peri-traumáticos ou pós-traumáticos.

Fatores Pré-Traumáticos

Dos pré-traumáticos constam fatores como o sexo, sendo que as mulheres apresentam maior risco do que os homens.¹¹ Também se sabe hoje que a exposição prévia a eventos traumáticos aumenta o risco de desenvolvimento de PPST após exposição a trauma subsequente.

Também são fatores de risco a história de experiências adversas na infância como por exemplo a separação precoce do indivíduo dos pais, a história de perturbação psiquiátrica prévia, nomeadamente de perturbação de pânico, perturbação obsessivo-compulsiva e depressão major, traços de neuroticismo da personalidade e ainda história familiar de ansiedade.¹¹

Fatores Peri-Traumáticos

Na categoria dos fatores peri-traumáticos podemos encontrar neste contexto em específico as situações relacionadas com o combate. O ambiente em que o soldado experiencia as ações de guerra é importante. Os sintomas de PPST associam-se com a exposição ao combate numa relação dose-resposta, sendo que essa associação se mantém no tempo após o término do serviço militar. De facto Koenen *et al.* verificaram que, passados 30 anos do seu regresso do Vietname, 10% dos veteranos estudados continuavam a manifestar sintomas de PPST.¹² A coesão da unidade de combate também é um fator muito importante que pode ter um efeito protetor, com diminuição da incidência de PPST e quando essa coesão é pobre está-lhe associado um risco aumentado para que o desfecho seja essa mesma perturbação.

No que diz respeito à experiência de combate, os ex-combatentes que desenvolvem PPST têm maior probabilidade de ter estado próximos da sua própria morte bem como da de outros, de terem estado pessoalmente envolvidos em mortes e terem estado mais tempo em combate do que os que não desenvolvem essa perturbação.¹³

Fatores Pós-traumáticos

No que diz respeito aos fatores pós-traumáticos destacam-se os níveis baixos de apoio social ou familiar que estão efetivamente associados ao desenvolvimento de sintomas de PPST, sendo o inverso também verdadeiro: uma boa rede de suporte social e familiar após o serviço militar tem um efeito protetor no desenvolvimento desta perturbação.

É mais provável que os ex-combatentes que desenvolvem PPST tenham tido sentimentos de culpa de sobrevivente quando comparados com aqueles que não a desenvolvem. Estes sentimentos estão relacionados com a culpa pela sua sobrevivência em contraposição à morte de outros.¹³ Relativamente à perceção que os indivíduos têm do período pós-guerra, é com maior probabilidade negativa para aqueles que desenvolvem PPST e no que diz respeito ao

apoio social esses indivíduos têm também uma noção de que recebem menor apoio da família e de que têm uma visão menos otimista do futuro.¹³

Apesar dos eventos de vida prévios terem um papel relevante no desenvolvimento de PPST na população em geral, em ex-combatentes os fatores que diferenciam os que desenvolvem PPST dos restantes são principalmente relacionados com o combate e com a posterior reintegração na sociedade.¹³

Caracterização Nosológica e Nosográfica da Perturbação Pós-*Stress* Traumático

Relativamente à nosologia na 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), da Associação Americana de Psiquiatria a Perturbação Pós-*Stress* Traumático passa a figurar na categoria das Perturbações relacionadas com o trauma e *stress*, ao contrário do que se verificava na DSM-IV-TR, em que se encontrava categorizada nas Perturbações da Ansiedade.

No que diz respeito à nosografia a DSM-5 apresenta-nos como critérios diagnósticos para a PPST 8 pontos que são classificados de A a H.

Relativamente ao Ponto A, é condição necessária que o indivíduo tenha estado exposto a um evento traumático com exposição a morte ou ameaça de morte, ferimento grave ou violência sexual. Os moldes nos quais este acontecimento terá acontecido já foram anteriormente descritos aquando da caracterização do evento traumático.

No que diz respeito ao Ponto B é preciso que o indivíduo apresente pelo menos um sintoma intrusivo associado a esse evento a que previamente foi exposto e que a apresentação desse sintoma (ou sintomas) se inicie após esse mesmo acontecimento. Os sintomas intrusivos, como descritos na DSM-5 estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Sintomas intrusivos associados ao evento traumático (Ponto B)

1. Lembranças perturbadoras recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento ou eventos traumáticos.
2. Sonhos perturbadores recorrentes com conteúdos ou emoções relacionadas com o evento ou eventos traumáticos.
3. Reações dissociativas em que o indivíduo sente-se ou age como se o evento traumático estivesse a ocorrer novamente.
4. Mal-estar psicológico intenso ou prolongado aquando da exposição a fatores internos ou externos que simbolizem ou façam lembrar algum aspeto do evento traumático.
5. Reações fisiológicas marcadas a fatores internos ou externos que simbolizem ou façam lembrar algum aspeto do evento traumático.

Relativamente ao ponto seguinte, o indivíduo deve evidenciar pelo menos um sintoma de evitamento persistente de estímulos associados ao evento ou eventos traumáticos, que deve ter início após o término deste. Os sintomas de evitamento dizem então respeito ao Ponto C e encontram-se especificados na seguinte tabela.

Tabela 3 – Sintomas de Evitamento (Ponto C)

1. Evitamento de ou esforços para evitar memórias, pensamentos ou sentimentos perturbadores sobre ou associados ao evento traumático.
2. Evitamento ou esforços para evitar elementos externos que relembrem o evento e provoquem memórias, pensamentos ou sentimentos perturbadores relacionados com o evento traumático.

O Ponto D refere-se a alterações cognitivas ou do humor de cariz negativo e associadas ao evento traumático, com início ou agravamento após a sua ocorrência. Os critérios de diagnóstico exigem que estejam presentes duas ou mais alterações cognitivas ou do humor tal como estão referenciadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Alterações Cognitivas ou do Humor (Ponto D)

1. Incapacidade de recordar aspetos importantes do evento (tipicamente devido a amnésia dissociativa e tendo sido excluídos outros fatores causais como lesão craniana, álcool ou drogas).
2. Expectativas e crenças exageradamente e persistentemente negativas acerca do próprio, dos outros e do mundo em geral.
3. Cognições persistentes e distorcidas acerca da causa ou consequências do evento ou eventos traumáticos que levam o indivíduo a culpar-se a si ou outros.
4. Estado emocional negativo persistente.
5. Interesse e participação em atividades significativas marcadamente diminuídos.
6. Sentimentos de distanciamento ou indiferença em relação aos outros
7. Incapacidade persistente de experienciar emoções positivas

Relativamente ao Ponto E, nele encontram-se descritas alterações marcadas da estimulação e reatividade. Estas alterações devem estar relacionadas com o evento traumático, dever ter início ou agravamento após a sua ocorrência e podem ser evidenciadas por dois ou mais dos sintomas descritos na Tabela 5 como sintomas de hiperativação.

Tabela 5 – Sintomas de Hiperativação (Ponto E)

1. Irritabilidade ou acessos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) tipicamente expressos como agressão física ou verbal contra pessoas ou objetos.
2. Comportamento autodestrutivo ou imprudente.

O Ponto F diz respeito à duração dos sintomas descritos no Ponto B, C, D e E e para que o diagnóstico de Perturbação Pós-*Stress* Traumático seja considerado esta deve ser superior a um mês e o G implica que a perturbação cause mal-estar clinicamente significativo e deficiência no funcionamento social, ocupacional ou de qualquer outra área significativa.

Finalmente o ponto H obriga-nos a excluir como potencial causa dos sintomas previamente descritos qualquer substância ou outra condição médica.

Neurobiologia da Perturbação Pós-*Stress* Traumático

A importância de decifrar as bases neurobiológicas de uma patologia prende-se com a possibilidade de identificar alvos terapêuticos e desenvolver estratégias inovadoras no sentido de identificar indivíduos em risco e promover a resiliência.

Acredita-se que os sintomas da PPST sejam atribuídos a alterações induzidas pelo *stress* e os sistemas neurobiológicos que têm sido associados a esta perturbação são o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal e as regiões cerebrais que regulam as respostas de medo e *stress* incluindo o córtex pré-frontal, hipocampo e a amígdala.¹⁴

O efeito do *stress* e da emoção na memória

Experiências com pouca intensidade emocional parecem despertar pouco a atenção focal e como tal, não são facilmente recordáveis. Os eventos muito intensos podem levar à inibição do processamento no hipocampo da codificação da memória explícita e consequentemente

inibindo também a recordação, permitindo a codificação na memória implícita, o que pode levar no futuro a vivência de imagens intrusivas não elaboradas. A amígdala tem grande importância na modulação da consolidação da memória através de interações eferentes com regiões cerebrais como o córtex. A plasticidade neuronal pode ser moldada pelas memórias de eventos muito stressantes, podendo causar alterações a longo prazo em estruturas cerebrais como a amígdala, com repercussões em termos de patologia da ansiedade, humor e cognição.¹⁵

Na PPST o condicionamento do medo não se extingue e por isso todos os estímulos ameaçadores que lembram ao doente o evento traumático irão causar ativação de respostas condicionadas de medo que são patológicas e que podem perdurar por décadas após a extinção do evento que condicionou a primeira resposta.¹⁶

Principais neurotransmissores e neuropéptidos envolvidos

O efeito exercido pelo *stress* é mediado por mecanismos neuroendócrinos envolvendo efeitos imediatos mas transitórios mediados por exemplo pela libertação de NE e efeitos mais prolongados com a secreção de glicocorticoides.

A secreção de glicocorticoides é resultado da ativação do eixo HPA e nos indivíduos com PPST verificam-se níveis aumentados de CRH a nível do sistema nervoso central, mas o cortisol urinário e sanguíneo encontra-se diminuído, podendo este facto ser explicado por uma sensibilidade aumentada do eixo HPA ao efeito de *feedback* negativo exercido pelo cortisol.

A exposição continuada a essas hormonas tem efeitos nefastos sobre os neurónios do hipocampo com inibição do crescimento neuronal e atrofia das dendrites.¹⁵ A longo prazo pode mesmo haver morte neuronal nessa região, levando a uma diminuição do volume do hipocampo como se verifica na PPST. Uma vez que o hipocampo é a região cerebral mais importante na inibição de este eixo, há um aumento da secreção hormonal em situações de

stress. Alguns autores defendem que o nível baixo de cortisol na altura do evento traumático pode prever o desenvolvimento de PPST, e que portanto não será uma consequência da perturbação, mas antes um fator predisponente potencialmente modificável.

Há várias vias cerebrais que modulam a função deste eixo: o hipocampo e o córtex pré-frontal inibem-no, enquanto a amígdala e os *inputs* monoaminérgicos do tronco cerebral estimulam a atividade dos neurónios do NPV. Por sua vez os glicocorticoides exercem um efeito de *feedback* negativo neste eixo.¹⁴

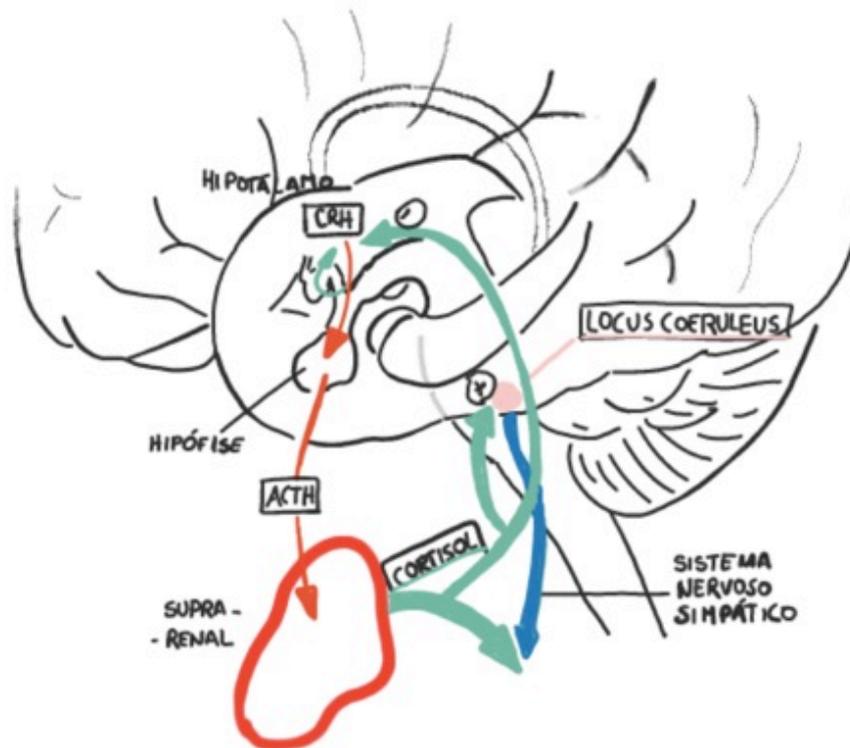


Figura 1 – Eixo HPA: o hipotálamo produz CRH que atua na hipófise anterior estimulando a secreção de ACTH que por sua vez atuará no córtex da supra-renal promovendo a liberação de cortisol na circulação sistêmica. O cortisol ativar as vias do sistema nervoso simpático, com liberação de NE pelo locus coeruleus e também vai exercer um efeito de feedback negativo no hipotálamo e hipófise anterior.

A ativação do Sistema Nervoso Autónomo leva à libertação de catecolaminas: a norepinefrina é um dos principais mediadores da resposta do Sistema Nervoso Central e autónomo ao *stress*. Há um circuito descrito que liga a amígdala e o hipotálamo ao *locus coeruleus*, no qual são essenciais a NE e a CRH para aumentar o condicionamento do medo, codificação de memórias emocionais, aumento da vigilância e integração das respostas endócrinas e autonómicas ao *stress*. Os indivíduos com PPST têm uma hiperatividade simpática sustida com frequências cardíacas e tensões arteriais elevadas, principalmente evidenciadas quando recordam o evento traumático, tendo sido documentados nestes indivíduos níveis urinários aumentados de catecolaminas. Para além da ativação autonómica a libertação de NE está relacionada com os *flashbacks*.¹⁴

A serotonina está implicada na modulação não só de respostas afetivas mas também e respostas de *stress*, de uma forma integrada com a ACTH e a NE. Os neurónios serotoninérgicos originam-se nos núcleos da rafe dorsal e medial e projetam-se para a amígdala, *stria terminalis*, hipocampo e córtex pré-frontal. Os neurónios da rafe dorsal que se projetam para a amígdala e hipocampo medeiam efeitos ansiogénicos, enquanto os da rafe mediana exercem efeitos ansiolíticos, facilitam a extinção e suprimem a codificação de associações aprendidas. A exposição crónica ao *stress* induz a sobre-regulação dos primeiros efeitos. Poderá haver algum papel da serotonina nos sintomas de hipervigilância, impulsividade e memórias intrusivas.¹⁴

O GABA exerce efeitos ansiolíticos e inibe o eixo HPA e a secreção de NE, facto que justifica que o tratamento com benzodiazepinas diminua os sintomas de ansiedade na PPST.

A exposição ao *stress* também induz a libertação de glutamato no cérebro. Este irá ligar-se ao recetor NMDA implicado na neuroplasticidade, aprendizagem e memória, e no fenómeno de potenciações a longo termo (*long term potentiation*). Este último estará eventualmente associado à consolidação de memórias traumáticas na PPST.

Os indivíduos com PPST têm um nível elevado de β -endorfinas no líquido cefalorraquidiano, sugerindo uma ativação aumentada do sistema opióide endógeno e a naltrexona tem sido eficaz em diminuir os sintomas dissociativos e os *flashbacks*.¹⁴

Neuroanatomia das estruturas envolvidas

Os neurotransmissores acima mencionados integram uma rede de estruturas cerebrais associadas ao desenvolvimento de PPST, entre as quais constam o hipocampo, a amígdala e o córtex pré-frontal. Este último por sua vez integra estruturas como o córtex cingulado anterior e orbitofrontal.

Crê-se que o neurocircuito formado por estas estruturas esteja envolvido na adaptação ao *stress* e no condicionamento do medo e que alterações na sua dinâmica possam estar diretamente relacionadas com o desenvolvimento da PPST.

Os estímulos ameaçadores provocariam uma hiper-responsividade da amígdala que deixaria de estar sob controlo por parte do córtex pré-frontal ventro-medial, explicando um défice na extinção do condicionamento do medo.¹⁷

Hipocampo

Esta estrutura está envolvida no controlo das respostas ao *stress*, na memória declarativa e no condicionamento do medo. É uma das regiões cerebrais que apresentam maior neuroplasticidade. Através de estudos com ressonância magnética foi detetado que os indivíduos com PPST têm uma diminuição do volume do hipocampo e dos níveis de N-acetil aspartato, um marcador da integridade neuronal do hipocampo.¹⁷ A diminuição do volume do hipocampo pode eventualmente ser explicada pelos efeitos tóxicos da exposição repetida aos glicocorticóides. Os défices de função desta região podem promover a ativação e a falha no término de respostas ao *stress* e podem contribuir para falha da extinção do condicionamento

do medo. Também podem ser responsáveis pela dificuldade em distinguir contextos de segurança e insegurança. Os inibidores da recaptção da serotonina são capazes de reverter a atrofia do hipocampo, com restituição do volume. No entanto nem todos os estudos mostram uma melhoria da memória declarativa com essa recuperação do volume.¹⁸

Alguns estudos levantam dúvidas quanto ao facto desta diminuição de volume ser uma consequência do processo patológico ou um fator preexistente que predispõe o indivíduo ao desenvolvimento da referida perturbação.¹⁴

Amígdala

Pertence ao sistema límbico e está envolvida no processamento emocional e na aquisição de respostas de medo. Estabelece ligações com estruturas tanto corticais como subcorticais. O complexo basolateral da amígdala recebe informação de regiões sensoriais neocorticais e subcorticais e envia informação para o núcleo central da amígdala. Este tem projeções para os núcleos do tronco cerebral para coordenar respostas ao perigo do foro autonómico, endócrino e comportamental. O córtex pré-frontal exerce um controlo inibitório sobre a amígdala modulando a resposta ao *stress* e mediando a extinção do condicionamento do medo.¹⁴

Em indivíduos com PPST confrontados com estímulos que evocavam as situações traumáticas, estudos com PET revelaram um aumento do fluxo sanguíneo cerebral na amígdala direita, indiciando uma hiper-responsividade desta estrutura.¹⁷

Córtex pré-frontal

O córtex pré-frontal medial engloba o córtex cingulado anterior, o córtex subcaloso e o giro frontal medial. O CPFm exerce um efeito inibitório sobre a amígdala diminuindo as respostas ao *stress* e a reatividade emocional. Também inibe as respostas de medo adquirido, mediando assim a extinção do condicionamento do medo.¹⁴

Através de estudos realizados com Ressonância Magnética Nuclear, foi detetado que os indivíduos com PPST tinham uma diminuição do volume do córtex cingulado anterior e córtex subcaloso.¹⁷ Quando comparados com indivíduos sem PPST os indivíduos com PPST revelam um menor aumento do fluxo sanguíneo cerebral a nível do córtex pré-frontal ventro-medial em resposta a estímulos que os façam recordar o evento traumático.¹⁷ A psicoterapia pode reverter este défice aumentando a ativação pré-frontal.¹⁸

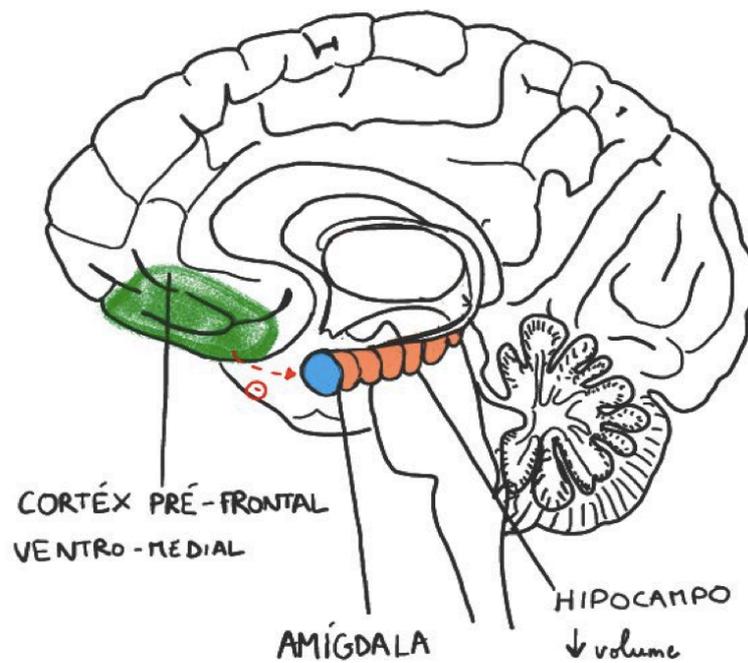


Figura 2 – Principais estruturas envolvidas na neurobiologia da PPST. Há uma diminuição do controlo da amígdala pelo cortex pré-frontal, com hiper-responsividade desta estrutura a estímulos que lembrem o acontecimento traumático. Na PPST há uma diminuição do volume do hipocampo em parte explicada pela exposição crónica aos glicocorticoides.

Principais consequências da Perturbação Pós-*Stress* Traumático

Os sintomas de intrusão, evitamento e hiperativação e as alterações cognitivas e do humor que afetam o indivíduo que tem PPST comprometem a produtividade, os relacionamentos pessoais e qualidade de vida do indivíduo.

A PPST tem um carácter de cronicidade e os seus sintomas podem persistir pelo menos até 30 anos, como foi verificado num seguimento de alguns ex-combatentes americanos da guerra do Vietname.¹² A presença deste distúrbio influencia negativamente a capacidade funcional refletida por exemplo num mau funcionamento familiar. Aos ex-combatentes com PPST estão associadas menor satisfação com a vida e menor felicidade, utilização mais frequente de serviços de saúde mental e mais queixas de saúde inespecíficas, quando comparados com ex-combatentes que não padecem desse distúrbio.¹² Os indivíduos com PPST também podem sofrer de perturbações do sono relacionadas com a intensidade dos sintomas dessa patologia.¹⁹

Os indivíduos com esta perturbação também apresentam maior risco de desenvolver outras doenças do foro psiquiátrico, nomeadamente Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Agorafobia, Distímia, Mania, Perturbações do Pânico, Depressão Major e Abuso de álcool.¹¹ Estes indivíduos estão também mais propensos a ter dependências como o tabagismo e o alcoolismo bem como abuso de drogas ilícitas.¹²

Os ex-combatentes com PPST terão uma mortalidade exagerada quando comparados com aqueles que não têm esse diagnóstico. Tal foi demonstrado por *Bullman e Kang*, em 1994, em ex-combatentes da Guerra do Vietname. Esses indivíduos teriam um aumento da mortalidade à custa principalmente de causas externas. Essas causas externas seriam essencialmente o suicídio e causas acidentais, nomeadamente acidentes de viação e envenenamentos acidentais. Também foi verificada uma relação significativa entre a PPST e a morte por insuficiência hepática devido a cirrose.²⁰

Como consequência da PPST podemos também considerar a sua repercussão na família dos doentes afetados. Os membros da família do ex-combatente com PPST sofrem com os seus sintomas de evitamento, depressão, alienação, isolamento, com eventual uso de substâncias associado ou não a comportamentos de violência, com as suas desconfianças e acessos de raiva e com o seu embotamento afetivo.

Os familiares podem sofrer um processo de traumatização secundária, apresentando sintomatologia semelhante à da PPST. A esse efeito nos companheiros e filhos de ex-combatentes atribuiu-se a designação de Perturbação Secundária de Stress Traumático.⁴

Pode haver uma deterioração das relações interpessoais, nomeadamente da relação conjugal. Numa tentativa de avaliar a relação entre ex-combatentes com PPST, que nesta amostra eram maioritariamente do sexo masculino, e as suas companheiras Miller *et al.* filmaram alguns dos conflitos entre eles, concluindo que indivíduos com essa perturbação exibiam maior hostilidade e disforia, com pouca capacidade de resolução de problemas. As companheiras dos indivíduos com PPST manifestavam níveis de hostilidade ainda superiores aos dos ex-combatentes, menores níveis de *self-disclosure*, apontavam menor nível de qualidade das suas relações com o ex-combatente e maior vontade de experienciar mudanças nessa mesma relação. Tais achados refletem o efeito negativo da PPST nas relações íntimas, a longo prazo.²¹ As relações podem ainda ser gravemente degradadas se o ex-combatente perpetrar atos de violência contra a companheira ou companheiro. A perpetração desses atos está associada a comportamentos antissociais e à presença de sintomas de PPST.²²

Para além da traumatização secundária e das disfuncionalidades familiares, também pode haver alguma suscetibilidade genética que torne mais vulneráveis as crianças filhas de pais com PPST, que terão maior risco de desenvolver problemas comportamentais e angústia.²³ Os filhos de ex-combatentes têm maior risco de manifestar comportamentos suicidas desde pensamentos a tentativas de suicídio, principalmente os adolescentes do sexo masculino.²⁴

A complicação mais temível da PPST e que constitui um flagelo no seio da população de ex-combatentes é o suicídio, a que é dedicada a segunda parte deste trabalho.

Suicídio em Ex-combatentes

O suicídio é uma realidade preocupante nas populações de ex-combatentes, por serem mais vulneráveis e poderem acumular uma série de fatores de risco com maior ou menor grau de associação à sua condição de ex-combatente.

Os estudos relativos à incidência da morte por suicídio nestas populações não são concordantes no sentido de apontarem a condição de ser ex-combatente como fator de risco independente para o suicídio.

Alguns estudos com populações de ex-combatentes específicas não revelaram um aumento significativo do risco nestas populações. É o caso do estudo realizado por Kang e Bullman em 2001 comparando a mortalidade entre ex-combatentes da Guerra do Golfo Pérsico e soldados que não tinham participado diretamente nesse teatro de guerra e ainda entre os primeiros e a população em geral. Não foram encontradas diferenças significativas.²⁵ Num outro estudo que comparou soldados que tinham servido nas forças armadas inglesas com um grupo de soldados ainda em atividade e com a população em geral verificou-se que o risco de suicídio era cerca de duas a três vezes superior na população que já não servia do que naquela que ainda estava em ativo ou na população em geral, em grupos etários até aos 24 anos, não havendo diferenças nos restantes grupos etários.²⁶ Neste estudo foi ainda constatado que o risco de suicídio era maior nos primeiros dois anos após cessar a atividade militar, apesar de se manter até aos seis anos.

Nos Estados Unidos, em 2008, McCarthy *et al.* analisaram a ocorrência de suicídios numa população de ex-combatentes e comparou-a com a taxa de ocorrência na população em geral

concluindo que o risco era superior na população estudada, sendo isto verdade tanto para indivíduos do sexo feminino como masculino. A população estudada foi selecionada através de um serviço de saúde que existe nos Estados Unidos e que é dedicado aos ex-combatentes, encontrando-se na dependência do senado, a *Veterans Health Administration Health System*. Foi por isso obtida uma população que não era homogénea em termos da guerra em que combateu ou idade. É também preciso ter em consideração que neste estudo a amostra de ex-combatentes não é representativa de todos os ex-combatentes do país uma vez que nem todos utilizam esse serviço de Saúde. Além disso, a população em geral pode incluir alguns ex-combatentes, podendo enviesar os resultados.²⁷

Consideremos então dois estudos prospetivos que evitando este possível viés, comparam ex-combatentes da população em geral com um grupo de controlo excluído desses mesmos indivíduos e que para além disso não selecionaram apenas ex-combatentes que recorreram ao sistema de saúde supracitado.

O primeiro desses estudos, levado a cabo por Kaplan *et al.* em 2007, identificou um risco duas vezes superior de suicídio na população de ex-combatentes comparativamente à população excluída destes elementos. Os autores consideram que a população de ex-combatentes estudada é bastante representativa da população de ex-combatentes nos Estados Unidos.²⁸

No segundo, levado a cabo por Miller *et al.*, em 2009, não foram detetadas diferenças significativas no risco de suicídio entre as duas populações.²⁹

A população sem ex-combatentes no segundo estudo era significativamente mais jovem do que a população de ex-combatentes comparativamente à diferença entre esses dois grupos no primeiro estudo. Miller *et al.* consideram que este facto poderá ter levado Kaplan *et al.* a sobrestimar as taxas de suicídio na população de ex-combatentes.

Apesar destas divergências o importante é que devemos considerar o ex-combatente como um todo. O risco deve ser considerado em todos os ex-combatentes não só porque há autores que defendem que ele é maior mas também porque não podemos excluir do indivíduo todas as outras situações que sabemos aumentar o risco de suicídio e que estão intrinsecamente ligadas a esta população específica. Há fatores de risco nestas populações que estão unicamente ligados à experiência de combate ou ao processo de reintegração na sociedade após a guerra, e que não devem ser ignorados.

Assim é importante que nesta população sejam identificados aqueles indivíduos que conjugam mais fatores de risco e portanto precisam mais atempadamente de intervenções no sentido de prevenir o suicídio.

Tais condições podem estar associadas à natureza psicológica do indivíduo onde se enquadram perturbações psiquiátricas, podem ser fatores sociodemográficos ou podem ainda estar relacionados com a vida militar e o combate.

Fatores de Risco de ideação suicida e suicídio em ex-combatentes

Têm sido identificados vários fatores de risco quer para o desenvolvimento de ideações suicidas quer para o próprio suicídio. São ambos considerados aqui, pois sabe-se que a ideação suicida é um importante preditor de suicídio.³⁰ Essa ideação suicida pode-se traduzir quer por pensamentos suicidas quer por desejos de se magoar a si próprio.³¹

A identificação de fatores preditivos, quer positivos quer negativos permite a construção e remodelação de estratégias preventivas de suicídio nesta população, tornando-as cada vez mais eficazes.

Fatores Demográficos

Alguns autores não encontraram diferenças entre as características demográficas de ex-combatentes com e sem ideação suicida.^{32,33} No entanto outros houve que encontraram fatores demográficos significativamente associados ao risco tanto de ideação suicida como de suicídio. Essas associações são descritas de seguida.

Relativamente à idade McCarthy *et al.* determinaram que nos indivíduos do sexo masculino o risco de suicídio seria maior na faixa etária dos 30 aos 49 anos e menor entre os 18 e os 29 e entre os 60 e 69 anos. Nos indivíduos do sexo feminino o risco seria superior na faixa etária dos 50 aos 59 anos.²⁷

Kaplan *et al.* por outro lado concluíram que o risco de suicídio seria superior na faixa etária situada entre os 18 e os 34 anos tanto em homens como em mulheres.³⁴

Relativamente ao nível de escolaridade dos ex-combatentes pode haver uma associação positiva entre um baixo nível de escolaridade e o risco de apresentar ideação suicida.³⁵ Por outro lado Kaplan *et al.* determinaram que ter mais do que doze anos de escolaridade seria um fator de risco para suicídio.²⁸

No que concerne à raça, apesar de se poder pensar que as minorias étnicas estariam em risco, são os indivíduos de raça caucasiana que apresentam um maior risco de cometer suicídio.^{28,36,37}

Quanto ao sexo e concordantemente com o que acontece na população em geral as taxas de suicídio relativas aos indivíduos do sexo masculino são superiores àquelas do sexo feminino.^{26,27,38} No entanto quando se trata do risco de ideação suicida verifica-se o inverso, que os indivíduos do sexo feminino apresentam um risco maior de as apresentar do que os do sexo masculino.³³

Relativamente ao contexto socioeconómico, o risco de apresentação de ideação suicida é maior em ex-combatentes divorciados ou viúvos, que tenham saído da sua casa recentemente, naqueles que tenham adquirido problemas financeiros recentes, aqueles que perderam o emprego ou se reformaram num passado recente ou que tenham problemas conjugais e familiares.³⁹

Ainda no que diz respeito aos fatores demográficos Desai *et al.* detetou que, nos Estados Unidos, uma maior distância a separar a residência do veterano a uma instituição do sistema de saúde da *Veterans Health Administration* está associada a maior risco. Este aumento do risco pode refletir a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde em caso de crise ou um isolamento social.⁴⁰

Perturbações Psiquiátricas

Em 1999, Hankin *et al.*'s encontraram numa população de 856 ex-combatentes uma prevalência de perturbações psiquiátricas alta, cerca de 40%, num estudo onde só foram averiguadas a existência de Depressão, PPST e Perturbação relacionada com o álcool. Em comparação com a população em geral, tinham altas incidências de PPST e depressão, chamando novamente a atenção para as particularidades e fragilidades desta população.⁴¹

A identificação de qualquer diagnóstico de perturbação psiquiátrica num ex-combatente é um sinal de alerta. De facto, esse diagnóstico irá aumentar o risco de esse mesmo indivíduo cometer suicídio quando comparado com outros ex-combatentes sem qualquer diagnóstico psiquiátrico estabelecido.^{38,42} O aumento do risco associado ao diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica será maior nos ex-combatentes do sexo feminino.^{38,43}

O estudo dos contornos da perturbação psiquiátrica pode ser importante para identificar no indivíduo o respetivo risco e prever em certa medida a evolução da doença. Por exemplo, se

um doente apresenta sintomas depressivos, tal é mais preditivo do desenvolvimento de pensamentos suicidas, enquanto os sintomas de PPST são mais preditivos do desenvolvimento por parte do doente de um desejo de causar dano físico a si próprio.³¹ Relativamente aos doentes que são internados devido a alguma perturbação psiquiátrica é importante ter em conta que o risco será maior nos primeiros 6 meses após a alta, devendo o doente ser durante este período alvo de seguimento mais frequente. O tempo durante o qual o doente está internado também pode ter alguma influência no risco, que será maior se o internamento tiver duração inferior a 14 dias.⁴⁰ A existência de tentativa ou tentativas prévias de suicídio deve sempre ser descortinada, uma vez que se associa fortemente ao desenvolvimento de ideias suicidas.^{31,33}

Perturbação Pós-*Stress* Traumático

Relativamente à PPST, é aceite que a sua presença aumente o risco de suicídio.⁸

Alguns estudos mostram que o risco de suicídio é efetivamente maior nos indivíduos com esse diagnóstico. É o caso do estudo realizado por Bullman e Kang, em 1994 em ex-combatentes da Guerra do Vietname e no qual se encontrou naqueles com PPST um risco de morte por suicídio quase sete vezes superior ao dos ex-combatentes que não sofriam dessa perturbação.²⁰

O mesmo se aplica em relação à ideiação suicida. Pietrzak *et al.* determinaram que o diagnóstico de PPST era um fator preditivo positivo do desenvolvimento de ideiação suicida em ex-combatentes das operações OEF/OIF.³² Concordantemente, também Jacupcak *et al.*, encontraram numa população de ex-combatentes participantes dessas mesmas operações um risco de desenvolvimento de ideiação suicida quatro vezes superior naqueles com o referido diagnóstico.⁴⁴ Lemaire *et al.* obtiveram resultados semelhantes, mas conseguiram ainda

determinar dentro do espectro da doença os sintomas mais preditivos do desenvolvimento de ideação suicida, os de evitamento.³³

O estudo de Ilgen *et al.* analisa as relações entre vários diagnósticos psiquiátricos e o risco de suicídio. Apesar da PPST acarretar algum risco de suicídio, é aquele diagnóstico cuja relação com o risco é menos significativa, sendo que as restantes perturbações estudadas foram a Doença Bipolar, Depressão, Esquizofrenia, Abuso de álcool ou drogas, e outras perturbações da ansiedade.³⁸

Por outro lado, Desai *et al.* verificaram numa população de ex-combatentes com um diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica, após alta de uma das instituições pertencentes à VHA, que aqueles com diagnóstico de PPST apresentavam posteriormente menores taxas de suicídio quando comparados com indivíduos sem essa perturbação.⁴⁰

Para alguns autores o risco de desenvolvimento de ideação suicida não é maior só nos indivíduos que cumprem os critérios de diagnóstico de PPST como também naqueles que não os cumprem, mas que apresentam pelo menos um sintoma de gravidade considerada moderada ou severa de cada um dos *clusters* de sintomas de PPST (*subthreshold PTSD*) também têm maior risco de manifestar desesperança e ideação suicida do que os que não se apresentam nessa condição. E uma vez que esses indivíduos não são considerados como tendo a Perturbação propriamente dita, este risco pode ser negligenciado.⁴⁵

A forma como a PPST pode aumentar o risco de suicídio pode ser explicada por exemplo pela culpa relacionada com o combate que o ex-combatente atribui a si próprio. Os sentimentos de culpa nestes indivíduos estão muitas vezes relacionados com a responsabilidade pela morte de outros indivíduos durante o combate e estão associados a maior incidência de tentativas de suicídio em indivíduos com PPST, parecendo ser um dos fatores causais mais significativo.⁴⁶

O diagnóstico concomitante de PPST e outras perturbações psiquiátricas como depressão major, distímia e abuso de álcool aumenta o risco de desenvolvimento de ideação suicida quando comparado com o diagnóstico isolado de uma dessas duas perturbações.^{33,44}

Contrariando estes achados, Zivin *et al.*'s verificaram que numa população de ex-combatentes a receber tratamento para depressão em centros da VHA, a comorbilidade com PPST atuou como fator protetor para o risco de mortalidade por suicídio.⁴³ Os autores tentam justificar este achado com a atenção redobrada que é atribuída aos ex-combatentes que padecem concomitantemente dessas duas perturbações por parte das entidades pertencentes à VHA devido a iniciativas específicas e direcionadas à PPST quando comparados com doentes que sofrem apenas de depressão. No caso de se sobreporem os dois diagnósticos o tratamento envolve psicoterapia associada à terapêutica farmacológica. No caso de existir unicamente o diagnóstico de depressão é apenas utilizada a terapêutica farmacológica, nas instituições em questão. Neste sentido seria importante investigar se a conjugação dessas duas terapêuticas estaria ou não associada a uma diminuição do risco de suicídio nos doentes que sofrem apenas de depressão.

Depressão

O trauma também pode predispor o indivíduo ao desenvolvimento de depressão. Daí ser importante nestas populações investigar esta perturbação. Os sintomas depressivos ocorrem entre ex-combatentes com maior frequência do que na população em geral.⁴¹ É por isso importante o papel que esta perturbação tem na contribuição para o risco do indivíduo desenvolver ideação suicida ou mesmo de cometer suicídio.

A depressão é efetivamente um fator de risco para o desenvolvimento de ideação suicida.^{32,33,39} Em ex-veteranos a receber tratamento para depressão a taxa de suicídio é 7 a 8 vezes maior do que na população em geral, apesar de semelhante a uma população de civis

em tratamento para a depressão. Verifica-se no entanto que nestes indivíduos o risco é maior para grupos etários mais jovens ao contrário do que acontece na população em geral.⁴³

Associadas à depressão podemos encontrar frequentemente perturbações da ansiedade e isto irá aumentar o risco de esses doentes cometerem suicídio comparativamente àqueles que apresentam apenas o diagnóstico de depressão. No estudo de Pfeiffer *et al.* especificamente foram identificadas como potenciadoras do risco de suicídio nesse contexto a Perturbação do pânico, a Perturbação da ansiedade generalizada e a Perturbação da ansiedade sem outra especificação.⁴⁷

Perturbações da Ansiedade

Para além da PPST, já acima mencionada, outras perturbações da ansiedade podem ser independentemente associadas a um maior risco de suicídio. É o caso das perturbações de pânico com ou sem agorafobia, das fobias específicas, da perturbação generalizada da ansiedade e da perturbação de ansiedade social que aumentam o risco de ideação suicida e tentativas de suicídio. Os indivíduos com ansiedade têm comumente crenças maladaptativas que podem fazê-los desvalorizar a vida, intensificando a desesperança e podendo favorecer a ideia do suicídio como uma solução. O evitamento que também está associado a estas perturbações poderá privar estes indivíduos do apoio da família e amigos e aumentar a solidão.⁴⁸

A Perturbação e os Ataques de pânico estão associados a maior risco de ideação e tentativas de suicídio. Relativamente aos ataques de pânico e segundo alguns autores podemos considerar quatro grupos de sintomas: sintomas de ativação alfa adrenérgica, de ativação beta adrenérgica, respiratórios e cognitivos. Os sintomas cognitivos como a despersonalização estão associados positivamente a ideação suicida e os sintomas alfa adrenérgicos a tentativas

de suicídio. Portanto o risco existe para indivíduos que tenham tido pelo menos um ataque de pânico, independentemente de cumprirem os critérios de Perturbação de Pânico ou não.⁴⁹

Abuso de Substâncias

Na sua generalidade, o Abuso de Substâncias está associado a um maior risco de desenvolvimento de ideação suicida bem como de suicídio, sendo neste último caso o diagnóstico psiquiátrico mais determinante desse risco na população feminina.^{35,38,43} O aumento do risco é semelhante quer se trate de álcool ou de outras drogas.³⁸ Relativamente à dependência de opiáceos, Thompson *et al.* encontraram numa população de ex-combatentes integrada num programa de reabilitação uma taxa de ideação suicida também alta, superior à encontrada em estudos com ex-combatentes no geral.³⁹

Alcoolismo

As populações de indivíduos com alcoolismo apresentam altas taxas de tentativas de suicídio, próximas dos 40%. Nestes indivíduos podem contribuir para o risco fatores como abusos emocionais e físicos na infância, negligência emocional e física, história familiar de comportamentos suicidas. Também concorrem para esse risco alguns traços da personalidade como a introversão, psicoticismo e neuroticismo.⁵⁰

Numa população específica de ex-combatentes com alcoolismo, de idade média de 51 anos, estimou-se que uma percentagem alta, cerca de um terço, tivesse manifestado ideação suicida. Nessa população em concreto o risco estava associado a pobre qualidade de sono, nomeadamente de duração reduzida que por sua vez poderia ser causada por fatores como o tabagismo e consumo de outras drogas.⁵¹

Perturbações da Personalidade

Segundo Apter há três conjugações da personalidade que podem estar na base do comportamento suicida.⁵²

Essas três conjugações são:

- Associação de narcisismo, perfeccionismo e a incapacidade de tolerar a imperfeição e o fracasso combinadas com personalidade esquizoide, impedindo o indivíduo de pedir ajuda e privando-o da intimidade.

- Combinação de características impulsivas e agressivas associadas a uma sensibilidade aumentada aos acontecimentos de vida *minor*. Isto pode levar a reações de raiva e ansiedade com depressão secundária. Têm muitas vezes uma história de abuso físico e sexual na infância e uma história de abuso de álcool ou outras substâncias e Podem ser classificados como tendo uma Perturbação de Personalidade *Borderline*.

- Presença de sentimentos de desesperança associados a depressão, sendo que essas duas condições resultam de um perturbação psiquiátrica como perturbação do humor, esquizofrenia, perturbação da ansiedade e anorexia nervosa.

Apesar de o autor estudar principalmente adolescentes, é importante ter uma perspectiva sobre os perfis associados a comportamentos suicidas e seria importante testar a aplicação destas conjugações da personalidade em populações de ex-combatentes.

Outras doenças psiquiátricas

O diagnóstico de doença bipolar é dos que têm mais forte associação ao suicídio.^{38,40} O seu diagnóstico é até preditivo da ocorrência de ideação suicida e tentativas de suicídio no passado.⁵³ Esse risco é inclusivamente superior à depressão unipolar nos indivíduos do sexo masculino. Também o diagnóstico de esquizofrenia está associado a um risco aumentado de suicídio em ex-combatentes.³⁸

Fatores relacionados com o combate

Exposição ao combate

A exposição ao combate pode ser decomposta em várias ações como disparar uma arma, ser atacado por inimigos ou ser alvo de *friendly fire* e testemunhar mortes, entre outras. Níveis mais altos de exposição ao combate traduzirão maior contacto com essas ações e estão associados à manifestação de ideação suicida e desesperança por parte dos ex-combatentes.^{10,32,45} Sendo suficientes para despoletar ideações suicidas, constituem um fator de risco para suicídio. No entanto, Kline *et al.* defendem que, apesar de poder ser um fator precipitante da concretização do suicídio nos contempladores, não é suficiente para promover o ato suicida.³⁵

O facto de o ex-combatente ter morto alguém em combate está significativamente associado ao desenvolvimento de ideação suicida.^{31,54}

Culpa

A culpa que se pode desenvolver no ex-combatente é até certa forma uma consequência da exposição ao combate. De facto a associação da culpa ao desenvolvimento de ideação suicida difere em indivíduos com ou sem história de exposição direta ao combate, sendo previsivelmente mais significativa a associação nos primeiros.⁵⁵

Tanto a culpa como a vergonha são experiências cognitivo-afetivas com impacto importante no risco de suicídio, no entanto a culpa é das duas aquela cuja relação com o risco é mais forte.⁵⁶

No contexto de guerra, o soldado é de certa forma coagido a perpetrar atos de violência contra os inimigos e por outro lado é espetador muitas vezes impotente da violência por parte dos inimigos contra os seus companheiros. Ambas as situações podem suscitar no indivíduo o sentimento de culpa.

Assim, temos por um lado a culpa por ter sobrevivido em detrimento dos que morreram, denominada culpa do sobrevivente (*survivor guilt*) e por outro a culpa relacionada com o combate (*combat-related guilt*) geralmente relacionada com a responsabilidade pela morte de outra pessoa, como pode acontecer com prisioneiros de guerra ou por ações contra populações locais. No desenvolvimento da culpa relacionada com o combate é mais importante o estado emocional do indivíduo durante a ação pelo qual sente culpa do que a própria ação. Muitas vezes os dois tipos de culpa sobrepõem-se e contribuem para um aumento cumulativo do risco nos ex-combatentes.⁴⁶

Perda do medo associado à morte

Segundo Selby *et al.* será muito importante no ex-combatente a vertente da capacidade de ultrapassar o medo e a dor associada ao suicídio. Ainda segundo esses autores este será dos três componentes que constituem a Teoria Interpessoal Psicológica de Joiner o mais significativo nesta população, uma vez que ele é exposto repetidamente a eventos dolorosos e indutores de medo, acabando por desenvolver uma certa tolerância a esses mesmos sentimentos.⁵⁷

Posse e familiarização com arma de fogo

Sabemos que nos Estados Unidos a problemática do fácil acesso a armas de fogo é preocupante e é à partida bastante expectável que tal facto se estenda a esta população específica, agravando o facto de os ex-combatentes terem uma vasta experiência na sua utilização. Por estarem familiarizados com o seu funcionamento, a utilização deste método para cumprir o suicídio é bastante frequente. De facto, Kaplan *et al.* encontraram um risco do uso de armas de fogo na execução do suicídio significativamente maior nos indivíduos com experiência militar quando comparados com os que não a tinham, independentemente da

idade e do género. Segundo este estudo os ex-combatentes casados teriam maior risco de cometer suicídio utilizando uma arma de fogo, bem como os indivíduos mais jovens entre os 18 e os 34 anos.³⁴ Os homens têm maior probabilidade de recorrer a este método do que as mulheres, bem como os indivíduos de raça caucasiana quando comparados com afroamericanos.³⁶ Relativamente aos doentes com perturbações psiquiátricas, aqueles com diagnóstico de PPST teriam maior probabilidade de utilizar este método para executar o suicídio. Os doentes que vivem em estados com leis mais restritivas no que concerne ao uso destas armas, têm menor probabilidade de cometer suicídio quer no geral, com qualquer método, quer com armas de fogo.³⁶ Isto comprova o carácter protetor das leis que restringem o acesso a armas de fogo. Isto permite-nos formular a hipótese de que no nosso país as taxas de suicídio seriam menores do que nos EUA em populações comparáveis de ex-combatentes. Thompson *et al.* também encontraram uma relação entre a presença de ideação suicida e a posse de arma de fogo.³⁹ O suicídio pode ser premeditado, mas geralmente o ato em si é impulsivo, sendo por isso compreensível que a posse de uma arma se possa tomar letal e que a restrição ao acesso a essa arma proteja esse impulso.³⁶

Feridas de guerra

Em veteranos do Vietname, Bullman e Kang notaram que aqueles que tinham sido feridos em combate mais do que uma vez ou requerido hospitalização devido a essa lesão, tinham um risco acrescido de cometer suicídio comparativamente aos que só teriam sofrido uma vez ou nunca tinham sido hospitalizados.³⁷

No contexto das feridas adquiridas na guerra temos o caso específico do Traumatismo Crânio-encefálico. Nesse ambiente hostil as contusões são das lesões que mais frequentemente acometem os militares, devendo-se principalmente a explosões. Brenner *et al.* encontraram

um maior risco de suicídio naqueles indivíduos que tinham sofrido uma contusão ou fratura craniana comparativamente àqueles a quem isso não tinha acontecido.⁵⁸

Dificuldades de ajustamento no período pós militar

Após o combate, o soldado regressa a casa e durante algum tempo passa por um processo de reajustamento ao ambiente familiar e social. Nos primeiros meses após o regresso são muitos os que passam por problemas financeiros e matrimoniais, com alguns inclusivamente a atravessar processos de divórcio. Esse processo pode ser difícil para o ex-combatente e pode ser agravado por vários fatores. Se ao tentar reintegrar-se o indivíduo não consegue um emprego isso pode refletir-se por um sentimento de fardo para a família. Estes problemas matrimoniais e financeiros são mais acentuados naqueles indivíduos que sofrem de perturbações psiquiátricas e podem influenciar negativamente a saúde mental do indivíduo, contribuindo para o desenvolvimento de ideação suicida, sendo que quantos mais fatores de *stress* se conjugarem maior será o risco de ideação suicida.^{32,35}

As dificuldades psicossociais traduzidas por exemplo por dificuldades de criação de laços emocionais com a família e grupos de pares ou dificuldades no trabalho também estão associadas a um risco de desenvolvimento de ideação suicida. O estigma social associado às doenças psiquiátricas e limitações à procura de ajuda especializada psiquiátrica ou psicológica no sentido de resolver o problema identificado pelo indivíduo são identificadas como variáveis de risco para o desenvolvimento de ideias suicidas.³²

Dor

Thompson *et al.* ao estudarem doentes a receber tratamento de substituição para dependência de opiáceos detetaram que a dor crónica severa estava associada a um maior risco de estes

apresentarem ideação suicida, apesar de, segundo os autores, esta não parecer representar risco de suicídio iminente.³⁹

No entanto Ilgen *et al.*, ao estudarem ex-combatentes com dor severa, classificada pelo próprio indivíduo, aperceberam-se que estes têm efetivamente maior probabilidade de cometer suicídio do que aqueles sem dor ou com dor ligeira ou moderada.

Apesar de a dor estar muitas vezes associada a depressão, PTSD e outras perturbações da ansiedade, a relação entre a dor severa e a morte por suicídio mantém-se mesmo quando estas variáveis são controladas.⁵⁹

Novamente pensando na teoria interpessoal psicológica de Joiner, conseguimos perceber que também os indivíduos que sofrem de dor crónica não terão como entrave à concretização do suicídio o medo da dor.⁵⁷

Fatores Protetores

A identificação de fatores protetores é tão importante como a deteção daqueles de risco. É a promoção dos primeiros que associada à erradicação dos segundos pode permitir uma abordagem preventiva eficaz. E considerando a fatalidade do suicídio a prevenção é a única aposta viável nestes doentes.

A facilitação do acesso aos cuidados de saúde mental é fundamental na medida em que reduz o risco de suicídio.⁴⁰ Há uma grande importância em tentar chegar aos indivíduos mais isolados, através da divulgação de informação e aqui a desmistificação e anulação do estigma associado às doenças mentais tem um papel fulcral na motivação desses indivíduos no sentido de recorrerem aos referidos serviços.

O casamento pode atuar como fator altamente protetor contra o desenvolvimento de ideação e comportamentos suicidas.^{10,35,60} O facto de o ex-combatente se sentir satisfeito com a rede de

suporte social a que tem acesso quando regressa a casa confere-lhe menor risco de desenvolver ideações e comportamentos suicidas. Uma outra forma de apoio social, associada ao período de combate, pode ser a união da unidade de combate. Esta união pode ser inferida a partir da cooperação entre os elementos da unidade, de poderem contar e depender uns dos outros e de se defenderem uns aos outros. Também esta forma de apoio foi considerada como protetora contra o desenvolvimento de ideações suicidas.¹⁰

A disponibilidade da família e dos amigos é altamente protetora bem como o indivíduo ter um sentido de propósito e controlo da sua própria vida.³² Isto enfatiza a importância da abordagem de prevenção ser abrangida à família e até amigos do indivíduo, explicando-lhes a importância de se mostrarem abertos e até incentivarem a partilha por parte do soldado das suas vivências de guerra.

Relativamente ao efeito protetor da satisfação com o apoio social, Jakupcak *et al.* verificaram que nos indivíduos diagnosticados com PPST que para além de essa satisfação ser menor, tem um efeito protetor inferior quando comparado com o efeito nos indivíduos sem esse diagnóstico. Isto pode representar a dificuldade que estes indivíduos têm em desenvolver estratégias de *coping* adaptativas que lhes permitam beneficiar desse apoio social.⁶⁰

Curiosamente o excesso de peso foi associado negativamente ao risco de suicídio em ex-combatentes. Tal poderá ser explicado por mecanismos biológicos associados à resistência à insulina que poderá aumentar os níveis de serotonina no cérebro.²⁸

Estratégias Preventivas

As estratégias preventivas devem centrar-se em medidas de carácter universal que se apliquem a toda a população de ex-combatentes e medidas específicas para os indivíduos com maior risco.

As primeiras poderão incluir a criação de uma rede de apoio que chegue idealmente a todos os indivíduos, facilitando o acesso aos cuidados de saúde mental. Em Portugal tal poderia ser conseguido através dos médicos de família, que identificariam esses indivíduos e os informariam acerca da possibilidade de recorrer a esse apoio. Neste sentido, seria importante implementar medidas de educação da população com vista a diminuir o estigma que está associado às doenças mentais. O apoio mental deve estender-se às famílias destes indivíduos.

A criação de linhas de apoio telefónico pode revelar-se útil como estratégia preventiva.

Os fatores de risco não modificáveis têm uma maior utilidade na deteção dos indivíduos em maior risco, aos quais devem ser aplicadas medidas de prevenção mais seletivas.

Os indivíduos que apresentam apenas fatores de risco não modificáveis devem ser monitorizados rigorosamente.

Os que apresentam fatores modificáveis devem ser tratados com vista à sua reversão, dentro da medida do possível. Tal é o caso das perturbações psiquiátricas como a PPST e a depressão e daí que a identificação e intervenção terapêuticas precoces sejam de extrema importância.

Discussão e Conclusão

O teatro de guerra é uma sucessão de eventos potencialmente traumatizantes, fragilizando os indivíduos que nele participam. Por isso, todos os ex-combatentes devem ser considerados potenciais portadores de uma Perturbação Pós-*Stress* Traumático. O risco é maior ou menor conforme os seus fatores individuais de suscetibilidade. Nesta população os fatores mais importantes são aqueles que se relacionam com o combate e os relativos ao processo de reintegração na sociedade.

A PPST é uma perturbação que limita a funcionalidade social e laboral do indivíduo, mantendo-o num estado de mal-estar. Dentro das complicações que decorrem desta Perturbação, o suicídio é aquela que é fatal e por isso esforços devem ser feitos no sentido de perceber que fatores conduzem o indivíduo a levar a cabo esse ato, para que possa ser prevenido. Os sintomas de evitamento são aqueles que melhor permitem prever a presença de ideação suicida e por isso uma boa caracterização da PPST deve ser feita. Para além da PPST, devem ser investigados nos ex-combatentes outros fatores de risco de suicídio. O diagnóstico de outras perturbações mentais é importante, assim como a existência de tentativas de suicídio prévias.

Devido à incongruência relativamente as faixas etárias em que o risco é maior, este não é um bom indicador do risco. Já no que diz respeito ao estado civil devemos considerar se o indivíduo é casado ou não, e devemos tentar perceber se tem uma boa rede de suporte social e como foi o seu processo de reintegração na sociedade depois da guerra. A partilha da vivência de combate é importante porque permite identificar variados fatores de risco com ela relacionados, tais como o nível de exposição a combate, o facto de ter morto pessoas e a familiarização com armas de fogo.

Fatores de risco como os demográficos ou a exposição ao combate não são modificáveis, servindo por isso para identificar indivíduos em maior risco. Já os fatores modificáveis são

oportunidades de intervir diminuindo o risco. Neste sentido podemos pensar em medidas como fornecer terapêutica adequada aos ex-combatentes com perturbações psiquiátricas, facilitar o acesso às instituições que providenciam apoio na área da saúde mental, tentando a nível da saúde pública diminuir o estigma associado a essas perturbações. Também a integração da família e da comunidade no tratamento destes indivíduos será proveitosa, deve ser estimulado o diálogo entre o ex-combatente e família, e a criação de grupos de suporte pode ajudar a reintegração destes indivíduos na sociedade.

Relativamente aos ex-combatentes da guerra colonial, apesar de já há muito passada a altura de maior risco para o suicídio nesta população, os dois anos que se seguem ao fim do serviço militar, alguns autores defendem que é nessa faixa etária, mais especificamente a partir dos 65 anos, que o risco é maior, se por exemplo associado a um diagnóstico de depressão.⁴³ É por isso importante ter em atenção as características individuais de cada indivíduo e a sua relação com o risco de suicídio. Além disso os sintomas de PPST perpetuam-se por mais de 30 anos após a ação militar e portanto muitos destes indivíduos podem estar em sofrimento e alguns deles afastados dos serviços de saúde devido ao estigma associado à doença e à própria sintomatologia de evitamento da doença. Por isso deve-se tentar chegar a esta população, através de ações conjuntas com associações de apoio a ex-combatentes.

Faltou em Portugal algum reconhecimento desta população como detentora de riscos específicos, quer de suicídio quer de perturbações psiquiátricas restritivas da sua funcionalidade como a PPST e a depressão, entre outras.

Apesar de não termos a capacidade económica dos EUA, nem a sua experiência no que diz respeito à participação em guerras, esse país é um bom exemplo da preocupação que deve ser tida com essa população específica.

Os Estados Unidos são o único país com um sistema de cuidados de saúde específico para ex-combatentes e apesar de só servir uma porção da população total de ex-combatentes é a forma

mais direta de aceder e intervir nesta população. Além disso facilita a investigação específica desta população.

Nos restantes países é ainda mais verdade que todos os profissionais de saúde devem estar alertados para os riscos nesta população específica, nomeadamente o risco de suicídio e os fatores associados, quer de risco quer protetores, no sentido de minimizar a sua ocorrência e proteger aqueles que defenderam o seu país.

Uma vez que os Estados Unidos têm uma vasta experiência no âmbito do estudo dos ex-combatentes, a maioria dos artigos selecionados investigam populações nesse país. No entanto, a generalização a outras populações incluindo a portuguesa está limitada.

Neste artigo o termo *veteran* foi traduzido como ex-combatente. Trata-se de uma generalização uma vez que alguns veteranos possam ter tido funções administrativas e não ter lidado diretamente com as situações de combate. Por um lado essa generalização facilita a análise dos resultados obtidos pelos diversos estudos, mas encontra-se sob pena de enviesar algumas ilações.

Seria interessante criar um índice de risco de suicídio adaptado aos ex-combatentes e integrando os fatores de risco mais significativos. Seria um índice semelhante, por exemplo, ao Instrumento de Avaliação do Risco de Suicídio de Stan e Chechil.³⁰ No entanto, mais direcionado para estes indivíduos e que identificaria aqueles mais vulneráveis. Poderia ser utilizado não só pelos psiquiatras, mas por todos os médicos assistentes no sentido de identificar os ex-combatentes com alto risco. Sem desvalorizar aqueles que se encontrariam em menor risco e que necessitariam de ajuda especializada, isto permitiria a instituição de medidas urgentes preventivas do suicídio naqueles casos mais graves.

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Carlos Manuel Braz Saraiva pela orientação, prestabilidade e disponibilidade.

Agradeço aos meus pais e irmã reconhecendo a incondicionalidade do seu apoio.

Bibliografia

1. Maia ÂC, McIntyre T, Pereira G, Fernandes E. Por baixo das pústulas da guerra: Reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da guerra colonial. 1974.
2. Pereira PEM, Farinha NMM. Acções desenvolvidas pelas Forças Armadas em missões de Paz no quadro da ONU. *Rev Mil.* 2008;2483:1590–1597. Available at: http://www.revistamilitar.pt/artigopdf.php?art_id=357.
3. Serra AV. *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Primeira E. Coimbra: Vale & Vale Editores; 2003.
4. Pereira MG, Monteiro-Ferreira J. *Stress Traumático - Aspectos teóricos e intervenção*. Primeira E. Lisboa: CLIMEPSI Editores; 2003.
5. Velloso Manuel. Trauma Vicariante - Um Testemunho. In: *Psiquiatria de Catástrofe - Memória do Encontro Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise*. Almedina.; 2007:395–402.
6. Pereira M, Graça, Pedras S, Lopes C, Pereira M, Machado J. PTSD, Psicopatologia e Tipo de Família em Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa. *Rev Psicol Mil.* 2010;19:211–232.
7. Osório C, Carvalho C, Fertout M, Maia A. Prevalence of post-traumatic stress disorder and physical health complaints among Portuguese Army Special Operations Forces deployed in Afghanistan. *Mil Med.* 2012;177(8):957–962. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22934377>.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edit. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
9. Osório C, Maia Â. Combat Exposure, Non-combat related stressors and Post-traumatic Stress Disorder in Portuguese Military Commandos returnees from Afghanistan. 2009.
10. Mitchell MM, Gallaway S, Millikan AM, Bell M. Interaction of Combat Exposure and Unit Cohesion in Predicting Suicide-Related Ideation Among Post-Deployment Soldiers. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2012;42(5):486–494.
11. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48:216–222.
12. Koenen KC, Stellman SD, Sommer Jr JF, Stellman JM. Persisting Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and their Relationship to Functioning in Vietnam Veterans: a 14-Year Follow-Up. *J Trauma Stress.* 2008;21(1):49–57. doi:10.1002/jts.20304.Persisting.

13. Solkoff N, Gray P, Keill S. Which Vietnam Veterans Develop Posttraumatic Stress Disorders? *J Clin Psychol.* 1986;42(5):687–698.
14. Heim C, Nemeroff CB. Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr.* 2009;14(1 Suppl 1):13–24. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19169190>.
15. Moura M, Estrada J. A Memória e o Impacto do Trauma Numa Perspectiva Desenvolvimental. *Acta Med Port.* 2010;(23):427–436.
16. Vanelzakker MB, Kathryn Dahlgren M, Caroline Davis F, Dubois S, Shin LM. From Pavlov to PTSD: The extinction of conditioned fear in rodents, humans, and anxiety disorders. *Neurobiol Learn Mem.* 2013. doi:10.1016/j.nlm.2013.11.014.
17. Rauch SL, Shin LM, Phelps E a. Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research--past, present, and future. *Biol Psychiatry.* 2006;60(4):376–82. doi:10.1016/j.biopsych.2006.06.004.
18. Thomaes K, Dorrepaal E, Draijer N, Jansma EP, Veltman DJ, van Balkom AJ. Can pharmacological and psychological treatment change brain structure and function in PTSD? A systematic review. *J Psychiatr Res.* 2014;50:1–15. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.11.002.
19. Pigeon WR, Campbell CE, Possemato K, Ouimette P. Longitudinal relationships of insomnia , nightmares , and PTSD severity in recent combat veterans. *J Psychosom Res.* 2013;75(6):546–550. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.09.004.
20. Bullman TA, Kang HK. Posttraumatic Stress Disorder and the Risk of Traumatic Deaths Among Vietnam Veterans. *J Nerv Ment Dis.* 1994;182(11):604–610.
21. Miller M, Wolf E, Reardon A. PTSD and conflict behavior between veterans and their intimate partners. *J anxiety* 2013;27(2):240–251. doi:10.1016/j.janxdis.2013.02.005.PTSD.
22. Taft CT, Suvak MK, Miller MM, Marx BP. Examining Impelling and Disinhibiting Factors for Intimate Partner Violence in Veterans. *J Fam Psychol.* 2012;26(2):285–289. doi:10.1037/a0027424.Examining.
23. Lambert JE, Holzer J, Hasbun A. Association Between Parents ’ PTSD Severity and Children ’ s Psychological Distress: A Meta-Analysis. 2014;(February):9–17. doi:10.1002/jts.
24. Franić T, Kardum G, Marin Prižmić I, Pavletić N, Marčinko D. Parental involvement in the war in Croatia 1991-1995 and suicidality in Croatian male adolescents. *Croat Med J.* 2012;53(3):244–253. doi:10.3325/cmj.2012.53.244.
25. Kang HK, Bullman TA. Mortality among US Veterans of the Persian Gulf War: 7-Year Follow-up. *Am J Epidemiol.* 2001;154(5):399–405.

26. Kapur N, While D, Blatchley N, Bray I, Harrison K. Suicide after Leaving the UK Armed Forces — A Cohort Study. *PLoS Med.* 2009;6(3). doi:10.1371/journal.pmed.1000026.
27. McCarthy JF, Valenstein M, Kim HM, Ilgen M, Zivin K, Blow FC. Suicide mortality among patients receiving care in the veterans health administration health system. *Am J Epidemiol.* 2009;169(8):1033–1038. doi:10.1093/aje/kwp010.
28. Kaplan MS, Huguet N, McFarland BH, Newsom JT. Suicide among male veterans: a prospective population-based study. *J Epidemiol Community Heal.* 2007;61:619–624. doi:10.1136/jech.2006.054346.
29. Miller M, Barber C, Azrael D, Calle EE, Lawler E, Mukamal KJ. Suicide Among US Veterans: A Prospective Study of 500 , 000 Middle-aged and Elderly Men. *Am J Epidemiol.* 2009;170(4):494–500. doi:10.1093/aje/kwp164.
30. Kutcher S, Chehil S. *Gestão de Risco de Suicídio - Um Manual para Profissionais de Saúde*. Primeira E. Blackwell Publishing; 2007.
31. Maguen S, Luxton DD, Skopp N a, et al. Killing in combat, mental health symptoms, and suicidal ideation in Iraq war veterans. *J Anxiety Disord.* 2011;25(4):563–567. doi:10.1016/j.janxdis.2011.01.003.
32. Pietrzak RH, Goldstein MB, Malley JC, Rivers AJ, Johnson DC, Southwick SM. Risk and protective factors associated with suicidal ideation in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *J Affect Disord.* 2010;123(1-3):102–107. doi:10.1016/j.jad.2009.08.001.
33. Lemaire CM, Graham DP. Factors associated with suicidal ideation in OEF/OIF veterans. *J Affect Disord.* 2011;130(1-2):231–238. doi:10.1016/j.jad.2010.10.021.
34. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N. Firearm suicide among veterans in the general population: findings from the national violent death reporting system. *J Trauma.* 2009;67(3):503–507. doi:10.1097/TA.0b013e3181b36521.
35. Kline A, Ciccone DS, Falca-Dodson M, Black CM, Losonczy M. Suicidal ideation among National Guard troops deployed to Iraq: the association with postdeployment readjustment problems. *J Nerv Ment Dis.* 2011;199(12):914–920. doi:10.1097/NMD.0b013e3182392917.
36. Desai R a, Dausey D, Rosenheck R a. Suicide among discharged psychiatric inpatients in the Department of Veterans Affairs. *Mil Med.* 2008;173(8):721–728. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18751586>.
37. Bullman T a, Kang HK. The risk of suicide among wounded Vietnam veterans. *Am J Public Health.* 1996;86(5):662–667. Available at: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1380473&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

38. Ilgen M a, Bohnert ASB, Ignacio R V, et al. Psychiatric diagnoses and risk of suicide in veterans. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(11):1152–1158. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.129.
39. Thompson R, Kane V, Cook JM, Greenstein R, Walker P, Woody G. Suicidal ideation in veterans receiving treatment for opiate dependence. *J Psychoactive Drugs*. 2006;38(2):149–56.
40. Desai R a, Dausey DJ, Rosenheck R a. Mental health service delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors. *Am J Psychiatry*. 2005;162(2):311–318. doi:10.1176/appi.ajp.162.2.311.
41. Hankin CS, Spiro a, Miller DR, Kazis L. Mental disorders and mental health treatment among U.S. Department of Veterans Affairs outpatients: the Veterans Health Study. *Am J Psychiatry*. 1999;156(12):1924–30.
42. Kang HK, Bullman TA. Risk of Suicide Among US Veterans After Returning From the Iraq or Afghanistan War Zones. *JAMA*. 2008;300(6):652–653.
43. Zivin K, Kim HM, McCarthy JF, et al. Suicide mortality among individuals receiving treatment for depression in the Veterans Affairs health system: associations with patient and treatment setting characteristics. *Am J Public Health*. 2007;97(12):2193–8.
44. Jakupcak M, Cook J, Mcfall M. Posttraumatic Stress Disorder as a Risk Factor for Suicidal Ideation in Iraq and Afghanistan War Veterans. 2009;22(4):303–306. doi:10.1002/jts.
45. Jakupcak M, Hoerster KD, Varra A, Vannoy S, Felker B, Hunt S. Hopelessness and suicidal ideation in Iraq and Afghanistan War Veterans reporting subthreshold and threshold posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199(4):272–275. doi:10.1097/NMD.0b013e3182124604.
46. Hendin H, Haas a P. Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry*. 1991;148(5):586–591. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2018158>.
47. Pfeiffer PN, Ganoczy D, Ilgen M, Ph D, Zivin K, Valenstein M. Comorbid Anxiety as a Suicide Risk Factor Among Depressed Veterans. *Depress Anxiety*. 2009;26(8):752–757. doi:10.1002/da.20583.Comorbid.
48. Thibodeau M a, Welch PG, Sareen J, Asmundson GJG. Anxiety disorders are independently associated with suicide ideation and attempts: propensity score matching in two epidemiological samples. *Depress Anxiety*. 2013;30(10):947–54. doi:10.1002/da.22203.
49. Rappaport LM, Moskowitz DS, Galynker I, Yaseen ZS. Panic symptom clusters differentially predict suicide ideation and attempt. *Compr Psychiatry*. 2013. doi:10.1016/j.comppsy.2013.10.017.

50. Roy a. Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *J Affect Disord.* 2003;77(3):267–271. doi:10.1016/S0165-0327(02)00173-8.
51. Chakravorty S, Grandner M a, Mavandadi S, Perlis ML, Sturgis EB, Oslin DW. Suicidal ideation in Veterans misusing alcohol: Relationships with insomnia symptoms and sleep duration. *Addict Behav.* 2014;39(2):399–405. doi:10.1016/j.addbeh.2013.09.022.
52. Apter a. Clinical aspects of suicidal behavior relevant to genetics. *Eur Psychiatry.* 2010;25(5):257–9. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.01.008.
53. Waller SJ, Lyons JS, Costantini-Ferrando MF. Impact of comorbid affective and alcohol use disorders on suicidal ideation and attempts. *J Clin Psychol.* 1999;55(5):585–95.
54. Maguen S, Metzler TJ, Bosch J, Marmar CR, Knight SJ, Neylan TC. Killing in Combat May Be Independently Associated With Suicidal Ideation. *Depress Anxiety.* 2012. doi:10.1002/da.21954.
55. Bryan CJ, Ray-Sannerud B, Morrow CE, Etienne N. Guilt is more strongly associated with suicidal ideation among military personnel with direct combat exposure. *J Affect Disord.* 2013;148(1):37–41. doi:10.1016/j.jad.2012.11.044.
56. Bryan CJ, Morrow CE, Etienne N, Ray-Sannerud B. Guilt, shame, and suicidal ideation in a military outpatient clinical sample. *Depress Anxiety.* 2013;30(1):55–60. doi:10.1002/da.22002.
57. Selby EA, Anestis MD, Bender TW, et al. Psychological Theory of Suicide. *Clin Psychol Rev.* 2011;30(3):298–307. doi:10.1016/j.cpr.2009.12.004.Overcoming.
58. Brenner L a, Ignacio R V, Blow FC. Suicide and traumatic brain injury among individuals seeking Veterans Health Administration services. *J Head Trauma Rehabil.* 2011;26(4):257–264. doi:10.1097/HTR.0b013e31821fdb6e.
59. Ilgen M a, Zivin K, Austin KL, et al. Severe pain predicts greater likelihood of subsequent suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2010;40(6):597–608. doi:10.1521/suli.2010.40.6.597.
60. Jakupcak M, Ph D, Vannoy S, et al. Does PTSD Moderate the Relationship Between Social Support and Suicide Risks in Iraq and Afghanistan War Veterans Seeking Mental Health. *Depress Anxiety.* 2011;27(11):1001–1005. doi:10.1002/da.20722.DOES.