



**ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS EX-COMBATENTES
VÍTIMAS DO STRESS DE GUERRA**

Bairro da Liberdade,
Rua C - Lote 10 - Loja 1.10 - Piso 1
1070 - 023 Lisboa

Telefone: 213808000 Telefax: 213808009 E-Mail: apoiar@mail.telepac.pt

Horário: 2ª a 6ª das 09:00h às 19:00h

**ESTUDO DO DR. AFONSO DE ALBUQUERQUE
SOBRE PPST..... PP. 3 A 10**

APRESENTAÇÃO APOIAR..... PP. 11 A 14

A APOIAR é uma ONG

especializada no apoio a ex-combatentes vítimas do Stress de Guerra.

Nasceu da iniciativa de um grupo de técnicos e de pacientes sujeitos a terapia de grupo, em 1988, nos Serviços de Psicoterapia Comportamental do Hospital Júlio de Matos, local onde, num vão de escada, funcionou durante os primeiros tempos.

O Dr. Afonso de Albuquerque e a Dr.a Fani Lopes foram os grandes impulsionadores desta iniciativa.

Em 1994, a APOIAR é legalmente constituída como Instituição Particular de Solidariedade Social, com Estatuto de Utilidade Pública.

Apresentamos nestas páginas o estudo pioneiro, e até hoje o consensualmente admitido como o mais fiel, sobre a Perturbação Pós Stress Traumático e a sua incidência nos ex-combatentes portugueses, efectuado pelo ilustre psiquiatra Dr. Afonso de Albuquerque.

Apresentamos também o historial da APOIAR e suas reivindicações

Perturbação Pós-Stress Traumático com origem na exposição ao combate.

[Notas Históricas]

Ainda que haja guerras desde que a humanidade existe e, portanto, soldados vítimas de trauma, o primeiro relato médico sobre esta doença foi um artigo publicado no "Journal of Medical Science" em 1871, intitulado "Irritable heartsyndrom", pelo Dr. Da Costa, um cardiologista americano de origem açoriana, sobre a sua experiência de tratamento de soldados expostos ao combate, durante a Guerra Civil americana.

Mas as duas Guerras Mundiais permitiram à classe médica um conhecimento aprofundado desta doença, designada então como "Shell Shock" (ou neurose de guerra), responsável por 23% das evacuações na II Guerra Mundial, no exército americano.

Após o fim da II Guerra Mundial, trabalhos como os de Futterman (1951) vieram pela primeira vez apontar para a existência de sintomas comuns (pesadelos, ansiedade, etc.) em ex-combatentes, sugerindo a possibilidade de uma evolução prolongada após a fase aguda (durante o combate).

Simultaneamente assiste-se à evolução do conceito de "neurose de guerra", com a sua ênfase "freudiana" nos "factores predisponentes" da personalidade individual, para a importância da análise da situação de combate e das suas características na compreensão da origem desta doença.



[Notas Históricas]

Com a Guerra da Coreia assiste-se ainda mais à evolução para conceitos mais clínicos e pragmáticos, como por exemplo o tratamento "no local" do traumatizado e o retorno ao combate logo que possível, pelo que só 6% das evacuações foram de ordem psiquiátrica.

Mas os estudos sobre os ex-combatentes americanos da Guerra do Vietname, na década de 60-70, levaram a classe médica americana, nomeadamente as suas organizações psiquiátricas, à conceptualização do diagnóstico e do curso desta afecção, que aparece pela primeira vez com a designação actual de "Perturbação Pós-Stress Traumático" (Post-Traumatic Stress Disorder), no "Diagnostic Statistic Manual" (DSM-3), em 1980 na lista oficial americana da classificação das doenças psiquiátricas, no capítulo das "Doenças Ansiosas", a que se segue a sua inclusão na Classificação Internacional das Doenças (CID-IO), pela Organização Mundial de Saúde, em 1993.



PPST

[Definição]

A principal característica é o desenvolvimento dos sintomas típicos após ter sido exposto a uma situação considerada para além da experiência humana normal. Essa situação traumática terá que ser identificada como stressante e significativamente perturbadora para a maioria das pessoas. A exposição ao combate é considerada talvez a mais traumática de todas as situações, pois pode reunir factores de stress comuns a várias outras situações traumáticas como por exemplo ameaça grave à vida e/ou à integridade física (tanto do próprio como dos seus camaradas) destruição violenta de comunidades, tortura, morte ou maus tratos a crianças, violação de mulheres, fome, sede, etc.

[Sintomas]

Podem organizar-se em três categorias:

A - Reexperiência dos acontecimentos traumáticos como por exemplo pesadelos recorrentes com cenas vivenciadas na guerra, "flash-backs" diurnos, etc.;

B - Evitação sistemática dos estímulos associados ao trauma como por exemplo evitar falar do passado militar, ver filmes, reportagens ou notícias sobre a guerra, etc.;

C - Sintomas de hiper-reatividade neuro-vegetativa como por exemplo reacções de alarme desencadeados por algo que faz recordar a guerra (foguetes, etc.), nervosismo e ansiedade aumentadas, perturbações psicossomáticas (digestivas, cardiovasculares, dermatológicas, etc.).



A doença manifesta-se geralmente logo após o trauma mas pode ter um início mais retardado, numa minoria de casos (período de latência).

Após o regresso da guerra, verificaram-se 3 tipos de evolução:

A - Desaparecimento total da sintomatologia descrita, com regresso gradual à normalidade ao fim de alguns meses (40-50%);

B - Melhoria acentuada mas mantendo-se alguma sintomatologia residual e persistente (nomeadamente os sintomas do grupo A e C). Esta melhoria permitiu a muitos uma suficiente reintegração social, laboral e familiar durante anos, mas registou-se um agravamento dos seus sintomas a partir da meia-idade. Este agravamento está dependente dos acontecimentos stressantes da vida e do envelhecimento, seguindo a doença um curso crónico e raramente reversível a partir daí (30-40%);

C - Não registaram melhoria sensível da sintomatologia após o regresso mantendo-se nesse estado até ao presente, ainda que sofrendo algumas flutuações. Neste grupo minoritário incluem-se em regra os que continuaram a consumir álcool abusivamente (10-20%).



[Modelo de Aquisição]

Segundo o Modelo Conceptual Cognitivo-Comportamental (indivíduo ambiente) de D. Foy (1992), talvez o mais bem estabelecido actualmente, qualquer pessoa exposta a uma situação traumática (com as características já referidas) responde com uma "reação emocional condicionada" (por exemplo alarme, medo, horror, frustração, desespero). A resposta de evitação (cognitiva, emocional e comportamental), leva à redução da ansiedade e do medo na fase inicial, o que por sua vez reforça a resposta de evitação, conduzindo eventualmente ao aparecimento da fase aguda dos sintomas da doença.

Cada indivíduo responde também de acordo com outras variáveis adicionais (de risco ou de protecção), diferentes para cada um de nós, tanto de ordem biológica, psicológica como social e que vai influenciar a passagem ou não da fase aguda para a fase crónica. No entanto, os factores mais importantes da probabilidade de desenvolvimento da doença para cada traumatizado, são aqueles que têm a ver com as características de situação traumática; severidade, duração e proximidade (dos factores traumáticos).

São considerados menos importantes os outros factores adicionais já referidos (por exemplo suporte social e familiar, experiências na infância, variáveis de personalidade, doença psiquiátrica prévia, património genético, treino e experiência militar).



PPST

[Prevalência]

A prevalência actual desta doença vai depender da ocorrência de situações de guerra e de quantas pessoas lhe forem expostas. Em relação à Guerra Colonial - 1961-1975, estima-se que foram mobilizados 800.000 homens mas não sabemos quantos foram expostos ao combate. Estimativas americanas, confirmadas por estudos feitos com militares de outros países (Inglaterra, Israel, Rússia, etc.) apontam para que 30% dos expostos ao combate sofrem desta doença durante o combate e que cerca de metade (15%) continuam doentes anos mais tarde.

O único estudo epidemiológico realizado em Portugal, na população maior de 18 anos, indicou a existência de 55.000 ex-combatentes da Guerra Colonial vítimas desta doença (A. Albuquerque e outros - Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD) - Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa - Acta Médica Portuguesa - 2003). Este número é muito próximo do calculado por extrapolação para a população portuguesa dos dados americanos e dos outros países, se estimarmos que 40% dos 800.000 militares (300.000) estiveram expostos ao combate 100.000 (ou seja 30%) sofreram sintomas agudos da doença durante o combate, dos quais 50.000 (15%) passaram à fase crónica (doença actual).



[Características Clínicas]

À luz de alguns dos estudos clínicos realizados sobre os ex-combatentes portugueses ("Estudos sobre o Stress Traumático" - Suplemento 1, Revista de Psiquiatria, 1997, A. Albuquerque e outros), indicamos resumidamente algumas das suas características principais:

A - Socio-demográficas

Idade média actual
- 55 anos

Classe Social

- Maioria Classe II e III
- Reformados - 10 -20%

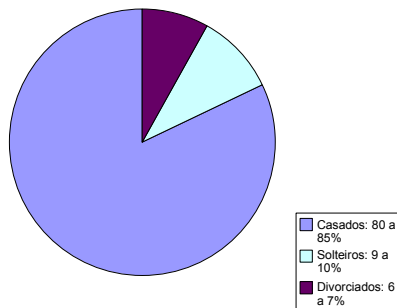
B - Características psico-patológicas

43% com antecedentes pessoais significativos (traumáticos, familiares, psiquiátricos)

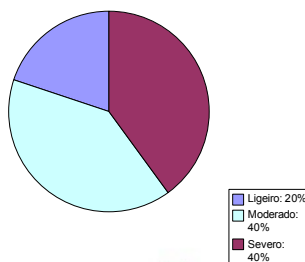
Curso crónico em 80 a 90% dos casos

C - Patologias associadas

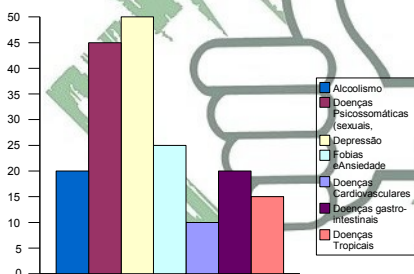
ESTADO CIVIL



GRAU DE INCAPACIDADE (Social, Laboral e Familiar)



PERCENTAGEM DE INCIDÊNCIA



[Conclusões]

A - As características encontradas nas amostras clínicas de ex-combatentes portugueses portadores da Perturbação Pós-Traumática do Stress, com origem na exposição ao combate (1961 - 1975), são no essencial semelhantes às descritas em estudos sobre população clínica de ex-combatentes de outras nacionalidades e de outras guerras;

B - O curso mais frequente da doença inicia-se (fase aguda) durante o combate (em 30% dos expostos) que pode ou não evoluir, ao fim de alguns meses, para a fase crónica (em 15%), indicando-se para Portugal a existência de 50 - 55 mil vítimas desta doença (em 2003);

C - A maioria dos doentes não pede ajuda médica especializada ou só o faz quando atinge uma fase da sua vida (meia idade) em que as incapacidades laborais, socio-familiares e psicológicas se acentuam e se instala um processo de deterioração progressiva que pode levar à incapacidade parcial ou total para o trabalho.

A imagem que nos ocorre é a da bomba ao retardador plantada pela experiência da guerra no organismo (e memória) destes homens, cuja mecha vai ardendo lentamente até que explode anos mais tarde. A correlação com o consumo abusivo de álcool em 10 - 20% destes doentes, torna o seu prognóstico clínico, e de reintegração socio-laboral, mais reservado.

(Dr. Afonso de Albuquerque)



APOIAR

[NASCIMENTO E FORMAÇÃO]

Em 1994, a APOIAR é legalmente constituída como Instituição Particular de Solidariedade Social, com Estatuto de Utilidade Pública.

Em 2000 a Câmara Municipal de Lisboa cedeu à APOIAR umas instalações no Bairro da Liberdade onde funciona desde 2003. Entretanto teve a sua Sede num apartamento alugado na Avenida de Roma.

As instalações constam da Secretaria, de uma Sala de Convívio e uma Biblioteca com acesso à internet.

Tem também vários gabinetes de apoio clínico, psicológico, jurídico e social onde são dadas consultas financiadas através de um protocolo celebrado ao abrigo da lei 50/2000 que criou a Rede Nacional de Apoio às Vítimas do Stress de Guerra e que é financiada pelo Ministério da Defesa Nacional.

[DEPARTAMENTOS DE APOIO]

Nos departamentos de apoio médico, psico-social e jurídico da APOIAR dão-se consultas a ex-combatentes e seus familiares. Efectuam-se Terapias Individuais, de Grupo, Auto Ajuda, Apoio Social e Familiar.

O Departamento de Apoio Médico e Psico-Social da APOIAR é composto por:

DIRECTOR CLÍNICO: Dr. Santinho Martins

CLÍNICA GERAL: Dr. Manuel Vicente da Cruz

PSIQUIATRIA: Dr^a. Lucília Bravo

PSICOLOGIA: Dr^a. Susana Oliveira, Dra. Carla Santos e

Dr. Nuno Duarte

APOIO SOCIAL Dr^a. Sofia Pires

ASSOCIAÇÃO DE APOIO AOS EX-COMBATENTES
VÍTIMAS DO STRESS DE GUERRA

APOIAR

[ACTIVIDADES]

São desenvolvidas actividades lúdicas: almoços de convívio, tertúlias, viagens, acampamentos e toda uma série de actividades pelas quais os sócios se interessem e que funcionam como terapia ocupacional.

Desta forma, criam-se condições para que se estabeleçam relações de amizade e de entreaajuda, onde os utentes e os seus familiares convivam mais intimamente e desenvolvam hábitos de sociabilização.

[REIVINDICAÇÕES DAS MULHERES]

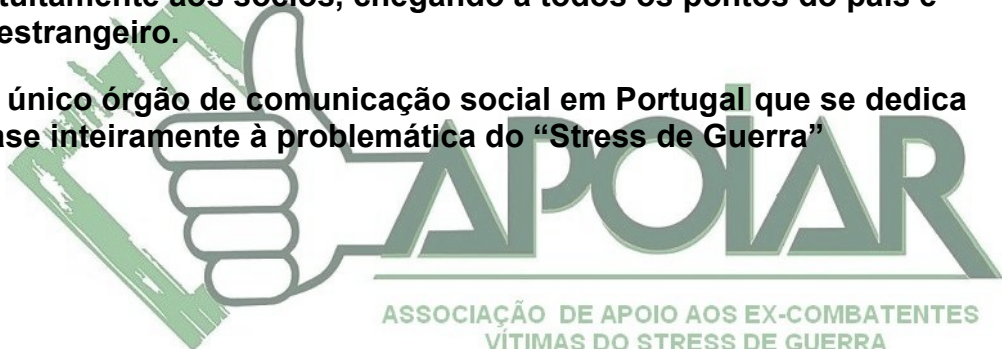
Uma das bandeiras da Apoioar tem sido o reconhecimento do PPST secundário ou Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD), problema que afecta os familiares das vítimas de PPST e carece de reconhecimento igualitário.

Para o efeito a Direcção já apresentou uma série de reivindicações expostas no grupo de auto-ajuda mútuo das mulheres e que se prendem essencialmente com a criação de legislação que as inclua.

[JORNAL]

O “APOIAR” é o órgão oficial da associação. Começou por ser feito numa máquina de escrever e fotocopiado e hoje em dia tem uma tiragem média de 8500 exemplares e é distribuído gratuitamente aos sócios, chegando a todos os pontos do país e do estrangeiro.

É o único órgão de comunicação social em Portugal que se dedica quase inteiramente à problemática do “Stress de Guerra”



APOIAR

[ACTIVIDADES]

São desenvolvidas actividades lúdicas: almoços de convívio, tertúlias, viagens, acampamentos e toda uma série de actividades pelas quais os sócios se interessem e que funcionam como terapia ocupacional.

Desta forma, criam-se condições para que se estabeleçam relações de amizade e de entreaajuda, onde os utentes e os seus familiares convivam mais intimamente e desenvolvam hábitos de sociabilização.

[REIVINDICAÇÕES DAS MULHERES]

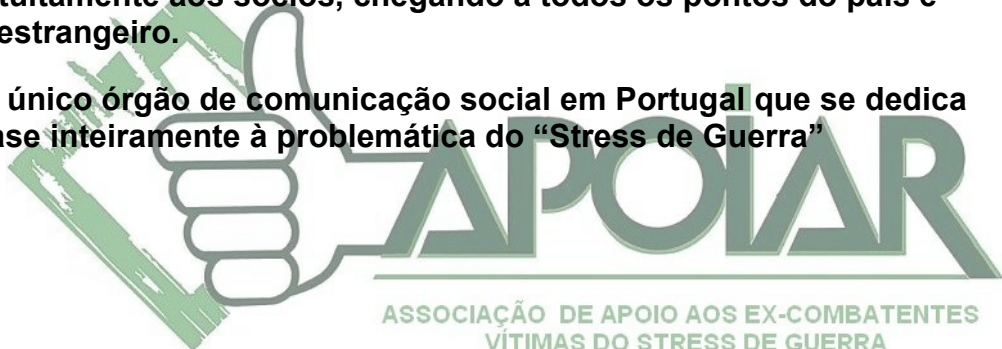
Uma das bandeiras da Apoioar tem sido o reconhecimento do PPST secundário ou Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD), problema que afecta os familiares das vítimas de PPST e carece de reconhecimento igualitário.

Para o efeito a Direcção já apresentou uma série de reivindicações expostas no grupo de auto-ajuda mútuo das mulheres e que se prendem essencialmente com a criação de legislação que as inclua.

[JORNAL]

O “APOIAR” é o órgão oficial da associação. Começou por ser feito numa máquina de escrever e fotocopiado e hoje em dia tem uma tiragem média de 8500 exemplares e é distribuído gratuitamente aos sócios, chegando a todos os pontos do país e do estrangeiro.

É o único órgão de comunicação social em Portugal que se dedica quase inteiramente à problemática do “Stress de Guerra”



APOIAR

[LUTA DOS ANTIGOS COMBATENTES]

A APOIAR tem, ao longo dos anos, participado nas mais diversas lutas e reivindicações dos antigos combatentes, participando em manifestações e reuniões com órgãos de soberania.

Essa luta é feita em unidade com outras associações que se encontram neste momento em fase de constituição de uma Federação de Antigos Combatentes isentos do poder do estado ou de qualquer credo religioso ou filiação partidária.

