

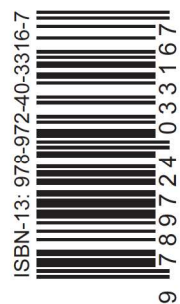


*Hospital Militar Regional N.º2
Serviço de Psiquiatria | Coimbra
Coord: Luísa Sales*

PSIQUIATRIA DE CATÁSTROFE

*Memória do Encontro
Psiquiatria de Catástrofe
e Intrevenção na Crise*

Allen Gomes
Ângela Maia
António Lopes João
Bruno Brito
Carlos Gonçalves
Fernanda Mendes
Fernando Nobre
Fernando Passos
Francisco Orenço Garcia
Graça Freitas
Ilan Kutz
Isabel Alberto
Jacques Houart
João Figueira
João Pedro Oliveira
Joaquim Reis
Jorge Dinis
José Adriano Fernandes
José Decq Mota
Júlio Carvalho
Lopes Henriques
Lourenço da Silva
Louzã Henriques
Luís Gamito
Luís Pimentel
Luísa Sales
Manuel Velloso
Martins Ferreira
Mateus Cardoso
Nunes Marques
Paulo Teixeira
Penha Gonçalves
Pezarat Correia
Pinto da Silva
Pio de Abreu
Ribeiro da Silva
Santos Cabral
Sara Rosado
Silveira Sérgio
Valdemar Porto
Vanessa Neves
Victor Almeida
Ximenes Belo



capa FBA | fotografia da capa: iStockphoto

COM OS APOIOS:



PSIQUIATRIA DE CATÁSTROFE

HOSPITAL MILITAR REGIONAL N.º 2
SERVIÇO DE PSIQUIATRIA
COIMBRA

PSIQUIATRIA DE CATÁSTROFE

MEMÓRIA DO ENCONTRO PSIQUIATRIA
DE CATÁSTROFE E INTERVENÇÃO NA CRISE

Coordenação
Lúisa Sales


ALMEDINA

PSIQUIATRIA DE CATÁSTROFE

COORDENAÇÃO
LUÍSA SALES

FOTO

A foto reproduzida para a apresentação deste congresso foi gentilmente cedida por Ferreira Santos

EDITOR
EDIÇÕES ALMEDINA, SA
Avenida Fernão de Magalhães, n.º 584, 5.º Andar
3000-174 Coimbra
Tel.: 239 851 904
Fax: 239 851 901
www.almedina.net
editora@almedina.net

PRÉ-IMPRESSÃO • IMPRESSÃO • ACABAMENTO
G.C. -- GRÁFICA DE COIMBRA, LDA.
Palheira – Assafarge
3001-453 Coimbra
producao@graficadecoimbra.pt

Novembro, 2007

DEPÓSITO LEGAL
265618/07

Os dados e as opiniões inseridos na presente publicação
são da exclusiva responsabilidade do(s) seu(s) autor(es).

Toda a reprodução desta obra, por fotocópia ou outro qualquer processo,
sem prévia autorização escrita do Editor,
é ilícita e passível de procedimento judicial contra o infractor.

AUTORES

Abílio Gomes

Coronel Médico do Exército especialista em Cardiologia
Assessor de Saúde Militar do Ministério da Defesa Nacional
Professor do Instituto de Estudos Superiores Militares

Adelino Gomes

Jornalista
Doutorando em Sociologia
Fez a cobertura para a rádio, televisão e, desde 1990, para o *Público*, de alguns dos grandes conflitos mundiais

Adriano Moreira

Professor universitário

Adriano Vaz Serra

Professor Catedrático da Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra
Director do Serviço de Psiquiatria dos HUC
Presidente da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

Afonso Albuquerque

Director de Serviço Aposentado (Psicoterapia Comportamental) – Hospital Júlio de Matos
Fundador e primeiro Presidente da ALPEST (Associação de Língua Portuguesa para o Estudo do Stress Traumático)

Alice Silveira e Castro

Chefe de Serviço de Psiquiatria no Instituto da Droga e Toxicoddependência – Coimbra
Vogal do Conselho de Administração do IDT
Terapeuta Didacta da Sociedade Portuguesa de Psicodrama

Allen Gomes

Chefe de Serviço Aposentado dos HUC
Fundador da Consulta de Sexologia – HUC e da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica
Anterior Director do Serviço de Psiquiatria do Hospital Militar de Coimbra

Ângela Maia

Psicóloga
Doutora em Psicologia Clínica
Professora Auxiliar – Departamento de Psicologia da Universidade do Minho

António Lopes João

Capitão Médico Veterinário do Exército
Mestre em Parasitologia Médica
Investigador do Laboratório Defesa Biológica do Exército

Armas Gonçalves

Coronel Médico do Exército especialista em Cardiologia
Médico Chefe (*Force Medical Officer*) da Missão de Observação das Nações Unidas em Angola (MONUA-1998)
Director do Hospital Militar Regional N.º 2 (Coimbra)

Bruno Brito

Psicólogo da Chefia de Investigação Criminal do Comando-Geral da GNR

Carlos Gonçalves

Coronel do Exército Aposentado
Comandante dos Bombeiros Sapadores de Coimbra
Director do Gabinete de Protecção Civil e Segurança Municipal – Coimbra

Fernanda Mendes

Chefe de Serviço de Psiquiatria – Hospital Divino Espírito Santo, Açores
Sócia Fundadora da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica e Terapeuta didacta da Sociedade Portuguesa de Psicodrama
Deputada e Vice-Presidente da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores

Fernando Nobre

Doutor em Medicina e Cirurgia
Fundador e Presidente da Fundação AMI (Assistência Médica Internacional)
Professor convidado de várias Universidades

Fernando Passos

Psicólogo
Chefe do Gabinete de Psicologia da PSP
Assistente convidado da Universidade “East Ásia”

Francisco Orengo Garcia

Psiquiatra, Presidente da Sociedade Espanhola de Psicotraumatologia e Stress Traumático
Co-director do *Master* em Psicotraumatologia da Faculdade de Psicologia da Universidade Autónoma de Madrid

Graça Freitas

Chefe de Serviço de Saúde Pública – Lisboa
Subdirectora Geral de Saúde
Assistente de Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Ilan Kutz

Director de Serviço de Psiquiatria
Director da Clínica de Trauma Agudo do Meir General Hospital – Israel
Professor em diferentes universidades (Israel e USA) na área do Trauma Psicológico

Isabel Alberto

Doutora em Psicologia – Avaliação Psicológica
Docente na Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra
Áreas de Interesse – crianças e adolescentes vítimas de maltrato infantil; PTSD; psicologia forense; terapia familiar

Jacques Houart

Professor Associado do Departamento de Antropologia da Universidade de Coimbra

João Figueira

Docente da licenciatura em Jornalismo da Universidade de Coimbra
Autor do livro “Os jornais como actores políticos”
Conquistou o Prémio Reportagem Imprensa (1999) com o conjunto de trabalhos sobre
“Stress pós-traumático de guerra”

João Pedro Oliveira

Major General Médico da Força Aérea
Especialista em Medicina Interna
Director de Saúde da Força Aérea

Joaquim Reis

Jornalista da RDP
Várias Experiências Jornalísticas em Cenários de Guerra

Jorge Dinis

Professor Auxiliar do Departamento de Ciências da Terra – Faculdade de Ciências e
Tecnologia da Universidade de Coimbra
Doutor em Geologia (Sedimentologia e Estratigrafia)
Investigador de Paleoambientes costeiros actuais e relação Homem-Ambiente

José Adriano Fernandes

Médico Psiquiatra
Director Clínico Hospital Conde de Ferreira – Porto
Estruturou e dirigiu equipas de saúde mental em várias situações de catástrofe

José Decq Mota

Anterior Deputado Regional nos Açores
Vereador na Câmara Municipal da Horta
Integrou a Comissão Parlamentar de Acompanhamento da Reconstrução do Sismo de 1998

Júlio Carvalho

Tenente Médico Veterinário do Exército Português
Pós-graduado em Gestão da Qualidade e Segurança Alimentar, e Mestrando em Saúde Pública e Segurança Alimentar
Investigador do Laboratório Defesa Biológica do Exército

Lopes Henriques

Major General Médico do Exército
Doutor em Cirurgia, Professor Convidado da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa
Director do Hospital Militar Principal do Exército (HMP)

Lourenço da Silva

Major da GNR – Brigada de Trânsito
Oficial de Informações e Relações Públicas da BT-GNR
Chefe do Gabinete do Comandante

Louzã Henriques

Psiquiatra – Coimbra
Membro activo da oposição antes do 25 de Abril de 1974
Por motivos políticos, foi alvo de medidas de segurança e prisão maior

Luís Gamito

Psiquiatra
Docente Universitário

Lúisa Sales

Chefe de Serviço de Psiquiatria – Coimbra
Terapeuta didacta da Sociedade Portuguesa de Psicodrama
Investigadora associada do Centro de Estudos Sociais – Universidade de Coimbra

Manuel Velloso

Perito da UE para a área das Operações de Protecção Civil
Director de Serviços de Planeamento e Operações do Serviço Nacional de Protecção Civil
Responsável em múltiplas missões internacionais (Moçambique, Kosowo, Turquia, Timor Leste, Costa da Galiza, Sumatra)

Martins Ferreira

Major General do Exército

Exerceu funções na NATO (Bélgica e Bósnia Herzegovina) e nas Nações Unidas (Timor Leste)
Comandante da Brigada de Intervenção da Força Operacional Permanente do Exército

Mateus Cardoso

Major General Médico do Exército
Especialista em Medicina Interna
Director de Saúde do Exército

Nunes Marques

Major-General Médico do Exército
Assessor de Saúde Militar da Direcção Geral de Pessoal e Recrutamento Militar,
Ministério da Defesa Nacional
Consultor em Medicina Interna e Especialista em Oncologia Médica
Ex-Director dos Serviços de Saúde do Exército

Paulo Teixeira

Presidente da Câmara Municipal de Castelo de Paiva (desde 1998)
Membro do Conselho Geral da Associação Nacional de Municípios Portugueses
Presidente da Mesa da Assembleia Geral das Águas do Douro e Paiva, SA

Penha Gonçalves

Tenente Coronel Médico Veterinário do Exército
Doutor em Imunologia
Director do Laboratório Defesa Biológica do Exército e Investigador responsável por
Projecto de Bioterrorismo, Vigilância e Protecção

Pezarat Correia

Major General do Exército na situação de reforma
Professor e Conferencista Convidado na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Cumpriu seis comissões durante a Guerra Colonial

Pinto da Silva

Tenente Coronel de Artilharia
Psicólogo Clínico, Mestrando em Ciências da Educação – Investigação e Intervenção
Educativa
Chefe do Gabinete de Estudos e Formação do Centro de Psicologia Aplicada do Exército

Pio de Abreu

Doutor em Psiquiatria e Professor Associado de Faculdade de Medicina – Universidade
de Coimbra
Anterior Presidente da Sociedade Portuguesa de Psicodrama
Publicou vários livros no âmbito da Psicologia, Psicoterapia e Investigação Científica

Ribeiro da Silva

Major General Médico da Força Aérea
Especialista em Otorrinolaringologia
Director da Escola do Serviço de Saúde Militar

Santos Cabral

Juiz Conselheiro do Supremo Tribunal
Anterior Director nacional da Polícia Judiciária
Anterior Presidente da Associação Jurídica República do Direito

Sara Rosado

Psicóloga Clínica, licenciada pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra
Desempenha funções em contexto de emergência pré-hospitalar, integrando o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise do INEM

Severiano Teixeira

Ministro da Defesa Nacional

Silveira Sérgio

Major General Médico da Força Aérea
Ortopedista, Doutor em Ciências da Motricidade Humana, Professor Agregado da Universidade de Trás-os-Montes
Representante de Portugal no Comité de Chefes de Serviço de Saúde da NATO

Valdemar Porto

Contra-Almirante Médico Naval
Especialista em Dermatovenerologia
Director do Serviço de Saúde da Marinha

Vanessa Neves

Licenciada em Geografia e pós-graduada em Ciências da Educação.
Docente de Geografia
Voluntária do Serviço Jesuíta aos Refugiados

Victor Almeida

Médico Anestesiologista do Hospital São Teotónio – Viseu
Presidente da Associação Portuguesa de Medicina de Emergência

Ximenes Belo

Bispo resignatário de Díli
Prémio Nobel da Paz

INDICE

Autores	5
Índice	11
Nota Introdutória <i>Ministro da Defesa Nacional Doutor Nuno Severiano Teixeira</i>	15
Apresentação <i>Dr.^a Luísa Sales e Coronel Médico Carlos Armas Gonçalves</i>	17
Initius – Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise: Um Encontro com a Realidade <i>Major General Médico Mateus Cardoso</i>	23
1 Uma Perspectiva da Crise <i>Prof. Doutor Adriano Moreira</i>	27
2 Catástrofes e as suas repercussões no Ser Humano <i>Prof. Doutor A. Vaz Serra</i>	37
3 Ameaças de Catástrofe	
• A Ciência e as Comunidades face aos Geoperigos: Catástrofes, Paraíso e Pecado Original na relação Homem-Natureza – <i>Prof. Doutor Jorge Dinis</i>	51
• Terrorismo e Terrorismos – <i>Juiz Conselheiro Dr. Santos Cabral</i>	73
• A Ameaça Biológica – <i>Tenente Coronel Médico Veterinário Penha Gonçalves</i>	93
• Aspectos Históricos e Sociais das Epidemias – <i>Capitão Médico Veterinário António Lopes João</i>	99
• A Gripe das Aves – <i>Dra. Graça Freitas</i>	113

4	Catástrofes em Portugal	
	• Catástrofes Naturais nos Açores – <i>José Decq Mota</i>	119
	• A Tragédia de Entre-os-Rios – Saber Gerir a Comunicação em Situações de Crise – <i>Dr. Paulo Teixeira</i>	131
	• Acidentes de Viação – <i>Major Lourenço da Silva</i>	147
	• Incêndios em Portugal – <i>Coronel Carlos Gonçalves</i>	151
	• Hospitais Militares no Terramoto de 1755 – <i>Major General Médico Lopes Henriques</i>	163
	• Catástrofes em Portugal – A Análise do Psiquiatra – <i>Dr. Allen Gomes</i>	167
	• Catástrofes em Portugal – Comentário Final – <i>Contra Almirante Médico Naval Valdemar Porto</i>	171
5	Catástrofes Internacionais	
	• Respuestas Internacionales al Terrorismo desde una Perspectiva Psicotraumatologica: el Caso del 11 de Marzo de 2004 en Madrid – <i>Prof. Doutor Francisco Orengo Garcia, Espanha</i>	179
	• Living on the Slope of the Volcano – Personal Perspectives on Stress, Trauma and Resilience – <i>Prof. Doutor Ilan Kutz, Israel</i>	185
	• A Guerra – <i>Major General Pezarat Correia</i>	189
	• A Voz dos Refugiados – <i>Dra. Vanessa Neves</i>	201
	• Catástrofes Internacionais – Comentário final – <i>Major General Médico Nunes Marques</i>	209
6	O Papel dos <i>Media</i> na Crise	
	• Os <i>Media</i> em Situações de Catástrofe – <i>João Figueira</i>	215
	• Catástrofes: Reflexões de um Jornalista (I) – <i>Adelino Gomes</i>	221
	• Catástrofes: Reflexões de um Jornalista (II) – <i>Joaquim Reis</i>	227
	• O Papel dos <i>Media</i> no <i>Stress</i> Pós-traumático – <i>Dra. Alice da Silveira e Castro</i>	233
	• Catástrofes e <i>Media</i> – <i>Dr. Luís Gamito</i>	241

7	Que Actuação Antes da Crise?	
	• Da Crise Individual à Catástrofe Colectiva – <i>Prof. Doutor Jacques Houart</i>	249
	• Como Sobreviveram Emocionalmente os Presos Políticos em Portugal? (Que Factores de Protecção?) – <i>Dr. Louzã Henriques</i>	255
	• Metodologia da Preparação Psicológica dos Militares Portugueses em Missões Internacionais – <i>Tenente Coronel Pinto da Silva</i>	257
	• Factores Predictores de PTSD e Critérios de Selecção em Profissionais de Actuação na Crise – <i>Prof.ª Doutora Ângela Maia</i>	263
	• Planos de Preparação para Emergências Biológicas – <i>Tenente Médico Veterinário Júlio Carvalho</i>	277
	• Actuação antes da Crise: A Análise da Psiquiatra – <i>Dra. Fernanda Mendes</i>	279
	• Antes da Crise – Comentário Final – <i>Major General Médico Ribeiro da Silva</i>	283

8	Que Intervenção na Crise?	
	• Intervenção do Serviço de Saúde Militar nas Operações de Resposta a Crises – <i>Coronel Médico Abílio Gomes</i>	287
	• Timor – As Forças Armadas no Apoio ao Desenvolvimento de um Novo Estado – <i>Major General Martins Ferreira</i>	301
	• Emergência Médica em Ambiente de Guerra: Experiência Pessoal no Iraque – <i>Dr. Victor Almeida</i>	311
	• Pós <i>Stress</i> Traumático: Intervenção em Crise – <i>Dr. José Adriano Fernandes</i>	317
	• Modelo de Intervenção na Crise do Gabinete de Psicologia da PSP – <i>Dr. Fernando Passos</i>	321
	• Como Actuar no Terreno (Incidentes Críticos) – <i>Dra. Sara Rosado</i>	325
	• Como Actuar no Terreno (Grandes Catástrofes): Modelo de Apoio Psicossocial da GNR – <i>Dr. Bruno Brito</i>	329

• Intervenção na Crise: Comentário final – <i>Major General Médico João Pedro Oliveira</i>	335
9 Intervenções Após a Crise	
• Un Programa de Tratamiento Psicoterapeutico para Mujeres con Estrés Postraumático – <i>Prof. Doutor Francisco Orego Garcia</i>	341
• Mental Health Interventions in a General Hospital Following Terror Attacks: The Israeli Experience – <i>Prof. Doutor Ilan Kutz</i>	361
• Crianças Maltratadas – <i>Prof. Doutora Isabel Alberto</i>	375
• Breve História do Stress de Guerra em Portugal – <i>Dr. Afonso de Albuquerque</i>	383
• Psicodrama e PTSD – <i>Dra. Luísa Sales</i>	389
• Trauma Vicariante – <i>Comandante Manuel Velloso</i>	395
• Como Sobrevive Emocionalmente o Técnico Após a Crise – <i>Prof. Doutor Fernando Nobre</i>	403
• Intervenção Após a Crise: A Análise do Psiquiatra – <i>Prof. Doutor Pio Abreu</i>	407
• Intervenção Após a Crise: Comentário Final – <i>Major General Médico Silveira Sérgio</i>	411
10 Solidariedade Sem Fronteiras e as ONG'S	
<i>Prof. Doutor Fernando Nobre</i>	415
<i>Terminus</i>	
<i>D. Ximenes Belo</i>	421
Programa do Congresso	425
Comissão Organizadora	428

NOTA INTRODUTÓRIA

NUNO SEVERIANO TEIXEIRA

A consciência, por parte das sociedades contemporâneas, de que certas ameaças e riscos – guerras, terrorismo, acidentes e catástrofes naturais – têm um efeito directo sobre a integridade psíquica individual e colectiva e da necessidade de preparação adequada das estruturas de saúde directamente envolvidas para lhes fazer face, têm incentivado uma ampla reflexão e um estudo mais aprofundado deste tipo de matérias.

“Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise” constitui a memória ampliada e revista do Encontro, com o mesmo nome, organizado pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital Militar de Coimbra, entre 21 e 23 de Setembro de 2006.

Este Encontro congregou personalidades ilustres, com diferentes sensibilidades, formação e experiências que partilharam entre si e com os demais participantes, reflexões sobre o tema das crises (lato sensu) e respectivas formas de intervenção.

Através do testemunho de acontecimentos ocorridos, tanto em Portugal como noutras partes do mundo, e da reflexão sobre as ameaças que se vislumbram, levantaram-se questões que mereceram, à posteriori, a reflexão dos técnicos. Como prevenir a crise? Como actuar em caso de catástrofe? Como responder no rescaldo do trauma?

A diversidade dos temas e a variedade dos contributos, dos intervenientes e dos testemunhos, completaram de forma eficaz, o “mosaico” que constitui a abordagem das situações de catástrofe.

Esta forma de estudar a catástrofe mostra bem como, no mesmo palco, se movimentam os variados actores, que têm de adaptar a sua missão habitual aos desafios colocados pelas diferentes crises.

O sofrimento psicológico perante grandes adversidades tem sido, ao longo dos tempos, motivo de particular interesse e especial saber, por parte das estruturas de Saúde Militar e especificamente da Psiquiatria e Psicologia

Militares. O interesse por esta área, que conheceu um primeiro desenvolvimento com a atenção dada às sequelas resultantes dos conflitos militares, tem vindo a generalizar-se progressivamente às situações resultantes de outras tipologias de crise.

É, pois, com especial interesse e manifesto empenho que o Ministério da Defesa Nacional assiste à publicação deste livro. Deste modo, obtém-se uma mais ampla difusão das questões ligadas à Psiquiatria de Catástrofe e evidencia-se a vantagem da conjugação de sinergias entre os saberes da Sociedade Civil e os da Instituição Militar.

A dedicação, o empenho e o entusiasmo emprestados à realização do Encontro que esteve na base desta publicação foram amplamente recompensados. Não só pela adesão e participação, como pela excelência das intervenções e conclusões, às quais se pretende, agora, com esta publicação, dar maior divulgação e visibilidade.

APRESENTAÇÃO

LÚISA SALES
ARMAS GONÇALVES

- *Constatando nas sociedades actuais crescentes ameaças à integridade do indivíduo, desde a violência pré-definida da guerra e do terrorismo à violência indiscriminada dos acidentes e das catástrofes naturais, desde a abrupta opressão das rupturas sócio-políticas à sub-reptícia opressão dos pequenos núcleos familiares;*
- *Reconhecendo, igualmente, a necessidade de preparação específica das Equipas de Saúde que ocorrem, de modo cada vez mais precoce, ao sofrimento psíquico das vítimas;*
- *Assumindo a tradição precursora dos Serviços de Psiquiatria Militar no estudo dos comportamentos humanos em situações-limite;*

Propõe-se o Hospital Militar de Coimbra (HMR-2), com o seu Serviço de Psiquiatria, organizar este Encontro de Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise.

Pensámo-lo dirigido a Técnicos de Saúde, mas aberto a todos os que se preocupam com as reacções psicológicas inerentes ao DESASTRE.

É objectivo analisar CATÁSTROFES ANTERIORES, extrair grelhas de leitura passíveis de melhor prevenir as AMEAÇAS que se vislumbram, partilhar estratégias de INTERVENÇÃO NA CRISE e aprender a acautelar a vulnerabilidade dos técnicos no terreno.

Ao procurar reunir um leque tão valioso e diversificado de pessoas com reconhecido “saber de experiência feito”, desejamos estimular reflexões serenas, conclusões abertas e aprendizagens frutuosas.

Este escrito foi preâmbulo do Encontro de Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise, realizado em Coimbra, entre 21 e 23 de Setembro de

2006. Congregou as motivações primeiras e os objectivos últimos daqueles que sonharam, materializaram e consumaram o Encontro em causa.

Este livro é registo para memória futura das vozes presentes ao longo dos três dias de debates. Os escritos correspondem, na sua maioria, às adaptações que cada palestrante fez das suas próprias comunicações orais. Aparentemente simples, esta é uma tarefa que se revelou, na prática, árdua e morosa. Permitiu-nos, no entanto, preservar (graças ao trabalho generoso dos autores) não só as comunicações formais, mas, igualmente, os sábios contributos dos Moderadores e dos Presidentes de Mesa.

Este texto será espaço de agradecimento público a todos os que nos ajudaram a concretizar o Encontro passado e o Livro presente, e a deles fazer privilegiados *fora* de discussão e confluência sobre o tema das Catástrofes.

A referência primeira é, neste âmbito, dirigida aos doentes, sobretudo aos ex-combatentes vítimas de Stress Traumático. Foi a sua arrastada dor que despoletou no Serviço de Psiquiatria do Hospital Militar de Coimbra especial atenção às patologias decorrentes do Trauma. Foi o seu pungente sofrimento que tornou imperativo procurar conhecer vias preventivas que limitem este adoecer.

Este Encontro, este Livro, são evidências do percurso indagado, do caminho percorrido.

Para além do apoio e da honra que nos deram com a sua presença o Governo Civil de Coimbra, a Câmara Municipal de Coimbra, a Administração Regional de Saúde do Centro e a Universidade de Coimbra, há a referir um conjunto de entidades a quem ficámos particularmente gratos aquando do Encontro de Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise:

- O Seminário Maior de Coimbra, na pessoa do seu Reitor, Monsenhor Aurélio Campos, que tão generosamente nos cedeu as suas belíssimas instalações para os três dias do Encontro;
- O Coro dos Antigos Orfeonistas do Orfeon Académico de Coimbra, o seu Grupo de Fados e o guitarrista Paulo Soares que, através de magníficas interpretações, nos entreabriram a porta encantatória da música de Coimbra, da música do Mundo;
- Os funcionários civis e os militares do Hospital Militar de Coimbra; a Comissão Executiva do Encontro. Ao permitirem-se embarcar, colectivamente, no projecto do Serviço de Psiquiatria, transformaram-no, de modo vibrante, numa colectiva confluência de vontades e saberes.

Por último, é imperioso referir e agradecer as muito prestimosas colaborações dos Laboratórios Pfizer, que se disponibilizaram de pronto a

patrocinar e a viabilizar esta publicação e da Dr.^a Aida Dias que, de modo perseverante, sustentou o progressivo desabrochar deste livro. De destacar é, ainda, o significativo contributo do Dr. Guardado Pereira e da Dra Zaida Ferreira.

Chegou a hora de dar voz aos verdadeiros intérpretes desta obra – os autores – a quem nunca conseguiremos agradecer suficientemente a disponibilidade com que se propuseram partilhar o seu tempo, o seu saber.

O objectivo final é-nos a todos comum: diminuir o sofrimento inerente às Catástrofes e melhorar as respostas de Intervenção na Crise.

Que a sua leitura seja, pois, proffcua no alcance deste objectivo e na busca das melhores soluções e das melhores práticas!

Coimbra, 16 de Agosto de 2007

DO ENCONTRO

INITIUS

Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise: Um Encontro com a Realidade

JORGE DURO MATEUS CARDOSO

Ensina-nos a História que as numerosas situações de catástrofes, de crises e de guerras, que desde os primórdios dos tempos têm atingido tragicamente as sociedades humanas, sempre desencadearam nas mesmas reacções de adaptação e de conformismo diversificadas, seguidas por maiores ou menores sequelas sociais, com graus variáveis de sucesso na superação dos seus traumas individuais e colectivos.

Nas sociedades modernas, a par da recuperação do tecido social e da reconstrução dos bens destruídos, desenvolveram-se, em torno das consequências psíquicas observadas em alguns veteranos de guerra submetidos a vivências traumatizantes, um significativo edifício de conhecimentos que, hoje sabemos, se podem aplicar às mais diversas experiências extremas da vida. Para além do reconhecimento e do tratamento dos doentes atingidos por aquelas perturbações, procura-se hoje identificar metodologias que permitam prevenir e proteger os intervenientes em eventos potencialmente geradores de reacções pós-traumáticas.

Esta temática, que neste Encontro é apresentada e largamente debatida, interessa-nos a todos, quer sejamos militares, técnicos de saúde, académicos, especialistas em protecção civil ou segurança, ou simples cidadãos anónimos. Diz-nos a experiência que as catástrofes, sejam estas naturais e espontâneas ou desencadeadas dolosamente ou por erro humano, representam uma permanente e enorme ameaça às sociedades contemporâneas e um desafio às suas estruturas e recursos orgânicos, os quais, nesses momentos de crise, necessitam reunir todas as suas forças anímicas e maximizar os recursos e reservas para a sua superação e/ou minimização.

Das várias organizações e recursos envolvidos, as Forças Armadas, cuja missão principal é assegurar a defesa armada do território nacional e garantir

a sua soberania, desempenham um papel central, em articulação com as Forças de Protecção Civil e de Segurança Interna. Em situações de crise nacional elas constituem, de facto, a última reserva da nação, estatuto que lhes advém do seu enquadramento nacional, da sua disciplina e organização, a par do seu inquestionável espírito de missão.

Parece-nos, pois, muito oportuno, e congratulamo-nos particularmente por isso, que a presente iniciativa do Serviço de Saúde do Exército, através do Serviço de Psiquiatria do Hospital Militar de Coimbra, venha publicamente suscitar a discussão e as trocas de opinião e de experiências relacionadas com catástrofes e crises por parte de diversas entidades nacionais e individualidades estrangeiras envolvidas nestas situações e, com a sua ajuda, reflectir sobre estas questões e perspectivar procedimentos e atitudes para eventualidades futuras, que sabemos imprevisíveis e, muitas vezes, inevitáveis.

Tendo presente o excelente espectro de participantes associados a este evento, iremos certamente assistir a diferentes abordagens, multisetoriais e multifacetadas, com uma ênfase focalizada nos aspectos sociais, psicológicos e psiquiátricos das situações de crise, na sua prevenção e tratamento.

É algo que transcende o apoio médico e psicológico comum, as intervenções humanitárias, o apoio religioso, o suporte de engenharia e as medidas de salvamento e busca; é uma intervenção insuficientemente investigada e praticada que teremos aqui oportunidade de conhecer e aprofundar com os ilustres prelectores dos vários painéis de discussão ao longo deste Encontro de três dias, que agora iniciamos.

1

UMA PERSPECTIVA DA CRISE

ADRIANO MOREIRA

Uma Perspectiva da Crise

ADRIANO MOREIRA

Assumindo a perspectiva que tornou a palavra crise na mais identificadora da imagem do mundo recolhida pelos que vivem a transição do milénio, talvez o conceito mais abrangente da experiência seja o da incerteza.

A confiança na capacidade de reorganizar a compreensão da natureza pelo exercício da razão, e de “compreender a realidade histórica e os acontecimentos que fizeram do mundo moderno aquilo que é” – (Arendt), foi severamente atingida quando, na vida da mesma geração, duas guerras mundiais violaram todos os padrões da ética matricial dos ocidentais, e abalaram todas as referências da vida habitual.

No breve espaço de tempo que decorreu entre 1918 e 1939, ainda floresceu a esperança do regresso a uma segurança suficiente, mas depois de 1945, depostas as armas de uma das conflagrações mais destrutivas de todas quantas ficaram registadas na memória colectiva, em vez da paz para os nossos dias, prometida pelos vencedores, aquilo que tivemos foi meio século de uma ordem baseada no medo da destruição total da Humanidade no caso de se romper o equilíbrio instável da guerra fria entre os dois Blocos militares que se defrontaram até à queda do Muro de Berlim em 1989.

Não foi possível oferecer bases do saber que pudessem apoiar a prospectiva do futuro, não obstante essa tarefa ter beneficiado de avanços extraordinários no domínio das ciências humanas, todavia sempre fragilizadas pela impossibilidade de conhecer todas as variáveis e de intuir a criatividade da intervenção dos detentores dos poderes na área política e na área da sociedade civil.

Porque não foi apenas no campo dominado pelas soberanias em confronto que a imprevisibilidade dos comportamentos se tornou dominante, também na sociedade civil, que sofre os desmandos do poder político, a *vida habitual* deixou de ser a circunstância envolvente dos destinos individuais.

É esclarecedor que o ambicionado título de licenciado, fornecido pelas universidades, e que garantiu um lugar e uma função naquele modelo de sociedade ocidental, evolucionasse no sentido, correspondente à realidade emergente, de significar apenas a licença concedida ao formando para estudar sozinho, sem qualquer certeza ou promessa de que a sociedade o espera e o utiliza.

Foi lidando com esta circunstância, numa data em que o destino do seu povo judeu a convocava com dramatismo, que Hannah Arendt escrevia: “nada há nesta situação que seja inteiramente novo. Estamos familiarizados com explosões periódicas de desespero apaixonado contra a razão, o pensamento e o discurso racional que são as reacções naturais dos homens que sabem pelas suas próprias experiências que o pensamento e a realidade se divorciaram, que a realidade se tornou opaca à luz do pensamento e que o pensamento, não continuando ligado aos acontecimentos como o círculo fica ligado ao seu centro, é conduzido quer a perder completamente o significado, quer a reaquecer velhas verdades que perderam toda a pertinência concreta” (*La crise de la Culture*, 1972).

Esta observação tornou-se mais provocante à medida que a evolução da conjuntura se deu em tempo acelerado, e a nossa capacidade de compreender vai sendo exercida em tempo demorado, e por isso mantendo a sobrevivência de conceitos e valores de referência vítimas de erosão, por vezes definitiva.

Os grandes textos que no fim da guerra de 1939-1945 encorajaram o processo do regresso à paz e ao desenvolvimento sustentado, foram todos escritos por ocidentais, que ali consagraram os valores do Estado soberano, da jurisdição interna, dos direitos do homem, da igualdade sem dependência da etnia, da cultura, ou da religião, da família como célula fundamental da organização da sociedade.

À medida que os novos Estados, nascidos da descolonização, foram sendo admitidos e exerceram o direito de falar com voz própria em nome das suas antigas submissas culturas, os modelos de família mostraram-se múltiplos, as leituras dos direitos humanos não foram coincidentes, o conceito de paz e de guerra justa adquiriu conteúdos diferenciados, as variáveis do desenvolvimento hierarquizaram as potências, a globalização desvalorizou as fronteiras, a teologia de mercado acelerou o descontrolo das migrações, a realidade nacional, que foi uma criação secular, demorada e rara, tendeu assim para ser de novo moldada pelo multiculturalismo, a ordem internacional prometida foi conduzida à anarquia em que nos encontramos.

Em mais de uma região do mundo os Estados, organizados ainda tendo em vista a semântica da soberania, tendem agora para se organizar em grandes *espaços políticos*, de que é exemplo avançado a União Europeia,

transferindo para centros coordenadores algumas das antigas competências, sem grande previsão do modelo final.

Mas a evidência é que a sobrevivência da semântica continua a perturbar a visão de mais de um governo, como se torna patente no difícil funcionamento da ONU: não existindo mais do que uma superpotência sobrança, que são os EUA, países como a França continuaram a proceder como se o seu direito de veto correspondesse a um poder efectivo, gerindo uma realidade apenas virtual, e tecendo um véu de ignorância em relação ao mundo globalizado.

Entretanto, os centros de decisão económica, orientados por uma verdadeira *teologia de mercado*, independentizaram-se dos poderes políticos, desenvolvem redes transnacionais de poderes, fazem circular capitais especulativos incalculáveis, afinam as teorias da deslocalização, desenvolvem uma distinção entre *geografia da fome e geografia da afluência*, que absorve velhas diferenciações nacionais, culturais, étnicas, históricas. Os relatores do PNUD – Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento, todos os anos divulgam a imagem da consolidação desta fractura, pontuada de conflitos armados que vão somando genocídios, devastações, guerras por procuração, e sobretudo a heterodoxia da guerra representada pelo *terrorismo global*.

Esta circunstância, que tem a referência do 11 de Setembro, também tornou evidente uma severa alteração das perspectivas que foram dominantes no período da guerra fria. Esta, como vimos, correspondeu a uma ordem baseada no medo recíproco. Agora, os poderes atípicos que se erguem contra o ocidente, como a Al-Qaeda, ou os Estados emergentes como o Irão que se apresentam candidatos ou possuidores de armas atómicas, exibem a novidade tremenda de terem eliminado a contenção pelo medo, que parece tender para residir exclusivamente nas áreas dos ocidentais.

O facto dominante é que os ocidentais, antigos detentores do governo mundial, são agora objecto do assédio desse antigo *resto do mundo* que longamente considerou composto de povos bárbaros e selvagens.

Aconteceu-lhe que fiando o crescimento do modelo de *sociedade da informação e do saber*, tendo desenvolvido a ciência e a técnica que serviu uma teologia de mercado de competitividade dominante, sofre daquilo que Soros chamou a *lei da reflexividade*: esse *resto do mundo*, invocando um *capital de queixas* secular, responde com uma agressividade fortalecida por essa mesma ciência e técnica postas a circular pela economia de mercado sem código de conduta.

A *sociedade da informação e do saber* não agregou a exigência da *sabedoria*, isto é, a necessidade de reverenciar uma escala de valores participadas pela generalidade das áreas culturais, incluindo o valor da paz que todos os livros santos reverenciam.

Ainda recentemente, Jimmy Carter, o antigo presidente dos EUA que são a superpotência sobranceira, num livro intitulado *Our Endangered Values* (2005) proclamava o alarme causado pelo unilateralismo do seu país, a debilitação dos valores internacionais e da sociedade civil, confessando: “tenho a consolação de pensar que durante o período da minha administração nem uma gota de sangue de um único cidadão foi derramada pela espada da guerra”.

Enquanto que as sociedades ocidentais, presididas pela teologia de mercado dominante, com sobrevivência semântica de passadas capacidades políticas, desenvolveram as sociedades afluentes, que visam substituir o músculo pela máquina e a memória pelo computador, dirigindo a criatividade para o efémero da vida divertida, com abandono do antigo desígnio da imortalidade histórica pela obra feita, é nesse antigo *resto do mundo* que os conceitos estratégicos se armam de valores religiosos furtados à santidade dos textos, fazendo deles o *eixo da roda* com que ameaçam as estruturas ocidentais.

Uma emergência que encontra esta área destituída de lideranças fortes e acreditadas, com a cidadania desafiada por uma multiplicidade de referências – *o povo da origem, o espaço político maior como é a União Europeia, os deveres para com a Humanidade* –, e com difícil relação directa com as redes sobreviventes do poder político e com a realidade do globalismo avassalador. De facto, a rede dos *meios de comunicação* tende para criar um mundo virtual no qual se alienam os poderes políticos existentes, os cidadãos destinatários, as comunidades emergentes, redes apoiadas na incapacidade de identificação e avaliação dos colectores dos factos seleccionados para as redacções, dos responsáveis pela tarefa de editar, dos titulares dos capitais, das dependências ideológicas e políticas: a primeira grande crise da UNESCO resultou do projecto, orientado pelo então chamado terceiro-mundo, de criar uma *nova ordem da informação*.

Para um país como Portugal, toda esta mudança acentua a sua condição exógena. Na mesma geração teve *fronteiras multicontinentais* que apenas o relacionavam com países ocidentais (com excepção de Macau) até ao processo descolonizador da ONU mudar a estrutura mundial; depois de 1974 ficou apenas com uma fronteira, a de Espanha; com a adesão à Europa, a fronteira geográfica, como a dos restantes parceiros, evolucionou para apontamento administrativo em resultado da livre circulação de pessoas, capitais e mercadorias; a evolução da União acentua a evolução das soberanias para soberanias funcionais; as migrações transformam a composição do povo, lembrando os tempos em que os soberanos eram os Reis das Três Religiões; a teologia de mercado transferiu a gestão da macroeconomia para sedes comunitárias; a relação do sistema político com os cidadãos é afectada pela

alienação na comunicação, e pela distância e falta de informação sobre os procedimentos dessas sedes comunitárias.

A questão emergente é a da necessidade de um novo *conceito estratégico nacional*, que reavalie a relação das capacidades do Estado com a conjuntura, tendo presente que a formação para os novos tempos, a qualidade da investigação e do ensino, são exigências da soberania funcional, a enfrentar com critérios de despesas de soberania no caso de se reconhecer que aqui está o alicerce que permitirá estar presente, com voz respeitada, nos centros internacionais das decisões. A alternativa é ser apenas objecto delas. E daqui a urgência de contribuir para uma reorganização confiável da governança mundial, tendo sempre presente que a paz é indivisível, e que os valores participados são uma referência sem a qual o encontro das várias áreas culturais, a falar com voz própria pela primeira vez na história, dificilmente ultrapassará sem perdas a fronteira entre a conflitualidade e a convergência.

Ainda conservamos uma instância, que é a ONU, a qual é o único lugar do mundo onde todos falam com todos, e o diálogo é um instrumento sem equivalente. Não é razoável concentrar todas as atenções no Conselho de Segurança onde a distância entre as capacidades efectivas dos seus membros e o apego a conceitos mortos de soberanismo absoluto é coberta pela ineficácia e frequentemente pelo descrédito.

Lembremos antes as organizações especializadas como a UNESCO, a FAO, a OMS, o PNUD, sem as quais o mundo estaria em muito piores condições do que aquelas que nos desafiam e que nos angustiam. Ajudemos as vozes que apelam à convergência das várias confissões religiosas em defesa dos valores comuns, uma iniciativa de que João Paulo II, com a Nova Mensagem de Assis, foi apóstolo. Valorizando os exemplos raros de homens como Gandhi e Mandela que trouxeram a santidade para a política. Procurando romper o véu de ignorância que o sistema mundial de comunicação tece entre a realidade que muda em tempo acelerado, e a demorada capacidade de compreender e construir as respostas, para além dos novos deveres, que se exigem à cidadania mundial. Tendo sempre presente que, independentemente da etnia, da cultura, da história, cada ser humano é um fenómeno que não se repete na história da Humanidade.

Durante meio século, a paz instável mundial foi assegurada pelo medo recíproco dos países alinhados nos dois blocos militares que se defrontaram na linha instável da partilha do território europeu. No resto do mundo foi constante o confronto militar, algumas vezes com empenhamento das forças pertencentes a soberanias identificáveis, a maior parte das vezes usando as guerras por procuração, isto é, apoiando, incitando, municinando facções locais, talvez estas nem sempre conscientes de serem meros instrumentos de uma disputa mundial pelas hegemonias. A cobertura ideológica foi manipulada

com alguma mestria, mas o objectivo de obter o controlo dos recursos raros, das fontes de energia, das posições estratégicas, nunca desapareceu.

Como nunca desaparecera, pelo menos na área das potências dominantes, a evidência de que o medo recíproco da destruição total assegurada era a variável, sem precedente, do equilíbrio pelo terror da paz instável. A vida habitual das sociedades civis incorporou a permanência do risco, como que amparada pela convicção difusa de que a razoabilidade apoiaria a contenção dos decisores políticos e militares, os quais de tempos a tempos formulavam em tratado as mensagens tranquilizantes das barreiras à proliferação das armas de destruição maciça, anunciavam projectos de construção de defesas invioláveis pelos adversários, faziam demonstrações públicas da perícia diplomática e estratégica como aconteceu na crise dos mísseis da era Kennedy.

A queda do Muro em 1989 foi celebrada como sendo um ponto final nesse meio século de equilíbrio pelo terror, com os inerentes corolários da reunificação das várias metades europeias, redução das despesas militares, dinamização do desenvolvimento global sustentado, mais uma vez a paz para os nossos dias. Esta foi talvez uma das últimas significativas manifestações da tendência ocidental de excluir o que foi longamente chamado o *resto do mundo*, dos exercícios prospectivos que, desde meados do século, animavam as tentativas de programar o futuro. Cumprindo a habitual relação do previsto com os factos, aconteceu outra coisa, isto é, aquilo que não constava nem das previsões, nem dos projectos, nem das promessas.

O *resto do mundo* comprovou a lei da reflexividade utilizando a ciência e a técnica dos antigos poderes hegemónicos, mobilizou o capital de queixas para a retaliação e não para enriquecer a sabedoria da governança mundial, estruturou uma heterodoxia de combate, desactualizou a polemologia clássica fazendo do terrorismo global o conceito emblemático da entrada no novo milénio. Não faltam comentários no sentido de que esta nova era, de início muito convencionalmente marcada pelo 11 de Setembro, criaria também uma habitualidade das sociedades civis envolvidas pela fria táctica de sacrificar em primeiro lugar inocentes, isto para destruir ao mesmo tempo a relação de confiança dos cidadãos com os governos, e o modelo contratualizado da sociedade civil.

Em que sentido pode estruturar-se uma habitualidade é uma das previsões frequentes da arte prospectiva disponível, mas neste caso talvez seja apropriado considerar o facto de que se trata agora da experiência de o *resto do mundo* fazer dos ocidentais o alvo principal da sua agressão, de que o medo *recíproco* da guerra fria não é a variável em vigor, que este combate, do qual o terrorismo global é a componente de maiores custos, acrescenta a retaliação ao esquema da luta pelas supremacias, sendo uma componente que afasta seriamente o uso da razoabilidade.

De facto, a variável do medo tem nova definição, porque é um resultado que a agressão procura instalar nas sociedades civis ocidentais, promovendo no seu próprio campo a total indiferença pela vida dos adversários e a total disponibilidade dos seus para o sacrifício recompensado pela salvação. A função estabilizadora do medo recíproco foi específica da guerra fria entre os blocos das sociedades afluentes do norte, actuou apoiada na hegemonia política e militar sobre o resto do mundo.

Perdida esta hegemonia ocidental a perspectiva defensiva ameaça tornar-se dominante, o terror erosivo da relação de confiança será um objectivo da estratégia agressora, a crise dos valores um corolário. Seria um desastre que a memória do equilíbrio da guerra fria gerasse sentimentos de ter sido um bom tempo. A reforma da governança mundial parece a resposta positiva, abrangente, renovadora, com propostas oferecidas. Propostas adiadas, enquanto o perigo se agudiza, sem lideranças ocidentais que restaurem a confiança.

Hospital Militar de Coimbra
2006.09.21

**CATÁSTROFES
E AS SUAS REPERCUSSÕES NO SER HUMANO**

ADRIANO VAZ SERRA

Catástrofes

As Suas Repercussões no Ser humano

ADRIANO VAZ SERRA

A abordagem do tema

Vamos abordar o tema seguindo os passos a seguir discriminados.

- A. O que é um acontecimento traumático?
- B. As catástrofes como ocorrências traumáticas.
- C. Tipos de catástrofes.
- D. Factores indutores de stress na ocorrência de uma catástrofe.
- E. Determinantes das sequelas pós-traumáticas.

Síntese final

Referidos estes pontos vamos agora tratar de cada um deles.

A. O que é um acontecimento traumático?

De acordo com as classificações DSM-IV-TR (2000), da Associação de Psiquiatria Americana e a CID-10 (1992), da Organização Mundial de Saúde, um acontecimento traumático é “Qualquer ocorrência (tanto de curta como de longa duração) que, pelas suas características, constitui uma ameaça para a vida ou segurança da pessoa, de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica”.

No seu decurso, pelo menos durante algum tempo, o indivíduo sente medo, desespero ou horror intensos. A gravidade do acontecimento leva a considerar que a maioria das pessoas se sentiria igualmente perturbada numa situação idêntica. Contudo, a gravidade da situação deve ser tida em conta em função da importância que lhe é atribuída considerando o contexto cul-

tural em que o indivíduo vive, as alterações que determina nas suas actividades usuais e a afectação que induz em objectivos pessoais considerados significativos. Assim, embora este tipo de ocorrência constitua um acontecimento fora do comum que objectivamente se desenrola em determinado tempo, o grau de importância que lhe é atribuído tem muito a ver com a avaliação subjectiva que o indivíduo faz, tendo em conta os aspectos descritos e as aptidões e recursos pessoais e/ou sociais que sente ter ou não ter para se confrontar com a situação. Quando as aptidões e os recursos escasseiam o facto induz uma reacção de *stress* intenso.

Um acontecimento pode ser traumático não só para a vítima como igualmente para qualquer indivíduo que testemunhe a ocorrência. Ver alguém a morrer queimado; observar um ser humano a ser gravemente espancado ou torturado; olhar o desespero de uma pessoa a morrer afogada são ocorrências que se podem constituir como traumáticas para qualquer observador. Quanto maior é a ligação afectiva que este tem em relação à vítima, maior é o sofrimento induzido no observador.

A partir da DSM-IV (1994), passaram também a ser englobados nos acontecimentos traumáticos as situações em que o indivíduo toma conhecimento da morte violenta ou inesperada de alguém seu conhecido, ou da ameaça de morte vivida por um familiar ou amigo íntimo, a quem estava ligado por elos afectivos fortes.

Assim, as *vítimas de uma tragédia não são apenas aquelas que estão directamente envolvidas na situação*. A par destas, existem também os familiares das vítimas e ainda aqueles que prestam socorro.

Devido ao que está assinalado, o número de pessoas afectadas por um trauma pode ser muito vasto. Pode incluir não só familiares e amigos da(s) vítima(s) até todos aqueles que prestam socorro, como bombeiros, polícias, médicos e para-médicos, conhecidos, enfim, todos os que na ocasião procuram ajudar ou que tomam conhecimento repentino da tragédia ocorrida a alguém a quem de alguma forma estavam ligados afectivamente.

Uma vez descrito o que é um acontecimento traumático, vamos agora considerar as catástrofes e as suas consequências.

B. As catástrofes como ocorrências traumáticas

Os acontecimentos traumáticos, algumas vezes, afectam apenas um indivíduo. Noutras circunstâncias, têm repercussões sobre um largo número de indivíduos, famílias ou populações inteiras. Neste segundo caso são considerados catástrofes.

Weisæth (2006) refere que, nos últimos 25 anos, mais de um bilião de pessoas têm sido afectadas por desastres. Quando ocorre um desastre natural, as piores consequências são sentidas nos países mais pequenos e com maior escassez de recursos.

Segundo o CRED¹ calcula-se que, entre Janeiro e Outubro de 2005, 97.490 pessoas tenham falecido globalmente devido a desastres. Deste número, 88.117 (um pouco mais de 90%), foram vítimas de desastres naturais. De acordo com aquele centro, o número de desastres naturais registados a partir de 1900 – inundações, tempestades desencadeadas pelo vento, secas e desastres geológicos – tem vindo a aumentar. O número de pessoas afectadas por tais acontecimentos igualmente tem vindo a aumentar a partir de 1975.

De acordo com o CRED a Ásia é usualmente, entre todos os continentes, o mais afectado por desastres naturais.

Nos dois quadros seguintes apresentamos dados mencionados por aquele centro, referentes às *percentagens de pessoas falecidas devido a desastres naturais*, ocorridos em 2006 (Quadro 1) e a média ocorrida entre 2000-2005 (Quadro 2). Conforme se verifica o número de vítimas atinge uma percentagem substancialmente mais elevada na Ásia, no confronto com os outros continentes.

Continente	Ano de 2006
África	7,74 %
Américas	2,92 %
Ásia	74,20 %
Europa	15,31 %
Oceania	0,11 %

Quadro 1 – *Seres humanos falecidos em consequência de desastres naturais* (percentagens por continente).

Continente	Média 2000-2005
África	2,16 %
Américas	3,54 %
Ásia	83,70 %
Europa	10,55 %
Oceania	0,05 %

Quadro 2 – *Seres humanos falecidos em consequência de desastres naturais* (percentagens por continente, tendo em consideração a média 2000-2005).

¹ CRED – Centre for Research on the Epidemiology of Disasters – centro de colaboração com a O.M.S. que, na Bélgica, gere uma base de dados global de desastres

No Quadro 3, apresentamos números igualmente revelados pelo CRED, respeitantes aos países que, em 2006, tiveram maior número de mortes em consequência de desastres naturais. São assinaladas as catástrofes que lhes deram origem e o respectivo mês da ocorrência. Mais uma vez sobressaiem países asiáticos, embora haja igualmente países europeus e uma nação africana.

Desastre ocorrido	Mês	País	N.º de mortes
Tremor de terra	Maio	Indonésia	5.778
Tufão Durian	Dezembro	Filipinas	1.399
Desmoronamento de terras	Fevereiro	Filipinas	1.112
Vaga de calor	Julho	Holanda	1.000
Vaga de calor	Julho	Bélgica	940
Tufão Bilis	Julho	Rep. Pop. da China	820
Tsunami	Julho	Indonésia	802
Vaga de frio	Janeiro	Ucrânia	801
Tromba de água	Agosto	Etiópia	498
Tufão Samoai	Agosto	Rep. Pop. da China	373

Quadro 3 – *Desastres naturais em 2006 com maior número de vítimas por país.*

No Quadro 3 há o registo de um tsunami ocorrido na Indonésia em Julho de 2006. Contudo este foi “um pequeno tsunami”. O mais grave de todos, para este país – o tsunami de 2004 – determinou 300.000 mortos.

Feitas estas considerações gerais vamos agora passar para pormenores referentes às repercussões psicológicas e psicopatológicas das catástrofes.

C. Tipos de catástrofes

As catástrofes são habitualmente divididas em duas categorias:

- Naturais e
- Induzidas pelo ser humano.

Ao longo da história do nosso planeta sempre houve exemplos de *catástrofes naturais*. No ano 79 depois de Cristo a erupção do Vesúvio sepultou a cidade de Pompeia, matando cerca de 10.000 pessoas. No século XIV, durante a Idade Média, a “Peste Bubónica”, igualmente conhecida com o nome de “Peste Negra”, dizimou cerca de 25 milhões de pessoas, represen-

tando um terço da população da época. Entre 1918-19 uma pandemia de gripe matou entre 20 a 40 milhões de pessoas em todo o mundo (Theresa Braine, 2006).

Passando para épocas mais actuais, podemos referir que o *furacão* “Mitch”, em 1998, causou mais de 7.500 mortes nas Honduras, Nicarágua, Guatemala e El Salvador; também em 1998, as *inundações* que ocorreram na China afectaram 180 milhões de habitantes, tendo falecido cerca de 4.000 pessoas, ficando 7 milhões de casas completamente destruídas; um *ciclone* que em 1999 atravessou a região de Orissa, na Índia, afectou entre 10 a 15 milhões de habitantes, tendo determinado 10.000 mortes; as *inundações* que em 2000 ocorreram em Moçambique, ocasionaram a morte de 500 pessoas e deixaram 330.000 sem casa (Vaz-Serra, 2003).

Os *desastres induzidos pelo ser humano* são todos aqueles em que a atribuição causal é feita, directa ou indirectamente, ao ser humano. Os desastres deste tipo, refere Weisæth (2006), diferem em importantes aspectos dos desastres naturais: o evento ocorrido não é considerado natural, é determinado por uma falha no controlo de sistemas e não devia, necessariamente, ter acontecido; surge subitamente, sem qualquer sinal de aviso prévio e há alguém que é responsável e pode ser acusado de ter determinado a ocorrência.

Theresa Braine, atrás citada, salienta que *os desastres considerados naturais* resultam de uma grande variedade de causas. Nestas podem-se incluir a modificação progressiva do clima, o aquecimento global do planeta, a que se juntam factores socio-económicos que fazem com que as pessoas mais pobres habitem em áreas de risco. Além disso, há uma deficiente preparação dos governos e da população em geral para lidar com os desastres naturais. Acrescenta que, devido a estas circunstâncias, há peritos que rejeitam empregar o termo “desastres naturais”, pois argumentam que tanto na sua ocorrência como na vastidão das suas consequências, o ser humano tem grande responsabilidade.

A este respeito aponta o que afirmou Marko Kokic, um perito do Departamento para Acção em Crise, da O.M.S.: “Algumas comunidades estão mais vulneráveis aos efeitos dos desastres naturais do que há 100 anos atrás, porque tem-se assistido a uma degradação ecológica progressiva. Por exemplo, quando as tempestades tropicais atingiram as Caraíbas em Setembro de 2004, nada fazia parar as águas. Haiti foi devastada devido à desflorestação que tinha ocorrido. Em muitos países as pessoas cortam as árvores porque a lenha é o combustível mais barato que encontram”.

O aquecimento global do planeta e as modificações cíclicas que determina no clima estão a causar um número maior de furacões violentos na região das Caraíbas. A juntar a este facto há um número progressivamente crescente de pessoas que vivem na zona costeira, em condições precárias de

alojamento, numa situação de risco. Em situações de crise tornam-se vulneráveis à destruição devido a uma tempestade forte e, muitas vezes, faltam hospitais e outras estruturas essenciais que as possam proteger.

Weisæth (2006) realça que há uma enorme diferença nas consequências do mesmo tipo de desastres naturais, no número de pessoas mortas, quando se confrontam países industrializados com países do terceiro mundo. A este respeito comenta: “Os tremores de terra não matam pessoas; as construções frágeis é que o determinam”.

Factos como os descritos levam a afirmar que alguns desastres naturais têm alguma responsabilidade humana nas suas consequências. Igualmente revelam de que é possível estabelecer medidas preventivas que moderem os seus efeitos que, infelizmente, nem sempre estão realizadas.

Weisæth acrescenta: “O grau de gravidade de exposição a desastres de vários tipos pode ser medida combinando a *intensidade da ameaça*, o *número de vítimas* e as *perdas materiais*”.

No Quadro 4, a seguir apresentado, procuramos efectuar uma síntese do que é descrito por aquele autor.

Tipo de acontecimentos	Perda de vidas	Tipo de ameaça	Perdas materiais
Ataques terroristas, desastres industriais, desastres de transportes	Número grande	Grave	Moderadas
Incêndios florestais, tremores de terra, tempestades e erupções de vulcões	Moderada	Grave	Muito grandes
Inundações, secas, colheitas perdidas	Pequena	Pequena	Muito grandes
Acidentes nucleares, derramamentos tóxicos	Pequena	Intensa	Pequenas

Quadro 4 – *Intensidade da ameaça, número de vítimas e perdas materiais consoante o tipo de catástrofes* (adaptado de Weisæth, pág. 74).

Quando se comparam os desastres naturais com aqueles que directa ou indirectamente são imputados a falha humana, há uma diferença grande que se estabelece em relação ao auxílio recebido. Nos primeiros a comunidade tende a prestar ajuda, tanto a nível nacional como internacional. Nos segundos, a atenção que é prestada aos motivos que levaram ao acontecimento, a atribuição da culpa da ocorrência, criam uma divergência de atitudes que determina que o auxílio prestado possa não corresponder ao que é individualmente desejável (Vaz-Serra, 2003).

Vamos agora considerar de uma forma mais concreta os factores que induzem stress no decurso de uma catástrofe.

D. Factores indutores de stress na ocorrência de uma catástrofe

De acordo com Weisæth (2006) o acontecimento traumático representado por uma catástrofe é usualmente constituído por factores múltiplos de stress. Estes devem ser considerados como primários (que determinam o que há para fazer de imediato) e secundários (o que fica para fazer depois, em função das consequências ocorridas).

Aquele autor explicita que os factores primários de stress dependem de diversas circunstâncias:

- A forma súbita ou eventualmente prevista como a catástrofe surgiu, o grau de controlo e predictabilidade de novas ocorrências.
- A existência ou não de sinais de aviso que tivessem feito pressupor a sua chegada.
- O grau de preparação da comunidade para lhe fazer frente, a presença ou ausência de “leaders” com competência, capazes de orientar o que há para fazer.
- A existência ou inexistência de meios que permitam lidar eficazmente com a situação criada.
- O local geográfico em que ocorre, a magnitude das pessoas atingidas, o grau de coesão que entre elas existe e a duração da exposição ao acontecimento.
- O número de mortes e de outras perdas.

A nível imediato, em relação a qualquer indivíduo, é necessário ter em atenção o risco que há para a sua vida, a presença de lesões sofridas que requerem tratamento, o estado de exaustão em que se encontra, as experiências que testemunha noutras pessoas e que igualmente o podem perturbar.

Da variabilidade destes factores depende o grau de desespero das vítimas, a sua ansiedade, inibição ou determinação, confusão sobre o que se deve fazer e eventuais conflitos que podem surgir.

Dos factores primários de stress decorre a morbilidade psiquiátrica que se verifica após o desastre.

Quando um desastre é colectivo um indivíduo tem a sensação de se sentir mais apoiado do que se estiver isolado. Igualmente se sente melhor se estiver com pessoas de família do que se se encontrar no meio de pessoas estranhas, que não conhece ou em relação às quais há dificuldades de comunicação por falarem línguas diferentes. A situação é mais grave quando há grupos de

pessoas afastadas umas das outras, em que só algumas têm acesso a meios de socorro e, outras, só dificilmente os poderão obter. Quando há elementos de uma família que se perderam uns dos outros, pode haver indivíduos que se recusem a ser salvos enquanto não encontrarem os entes perdidos.

Estes factos podem ocorrer nas mais diversas circunstâncias, tais como um tremor de terra com aluimento de terras, um marmoto, inundações extensas ou um ataque terrorista que provoque um número grande de vítimas. Quando em Madrid, no dia 11 de março de 2004, as bombas explodiram nos comboios, tendo morto 191 pessoas, houve indivíduos que ficaram em choque e desesperados à procura dos seus familiares.

Por vezes há fenómenos de contágio colectivo de medo que complicam o problema. Quando ocorreu um acidente com a central nuclear de Three Mile Island, na Pennsylvania, o governo mandou evacuar todas as mulheres grávidas que existissem numa área de 5 milhas. O contágio do medo foi tão grande que 300.000 pessoas, numa área de 20 milhas, procuraram ser evacuadas de imediato, criando uma situação grave de catástrofe social.

Consideremos agora as determinantes das sequelas pós-traumáticas.

E. Determinantes de sequelas pós-traumáticas

O risco de traumatização psicológica após um desastre aumenta, segundo Weisæth, consoante o grau de envolvimento na causalidade do perigo criado.

Os traumas violentos e intencionais acompanham-se de uma prevalência mais elevada e igualmente mais grave de sequelas pós-traumáticas.

Neste aspecto Weisæth salienta que as reacções das vítimas são diferentes em função de quatro tipos de riscos que representam ameaças comuns e vão ser a seguir apresentados.

Tipos de ameaças	Reacções usuais das vítimas
Desastres naturais	Aceite como uma fatalidade acidental A natureza é perigosa "mas não é má" Não representa uma ameaça para a auto-estima
Falha humana	Acusações de falta de controlo e de medidas preventivas Questiona a auto-estima
Negligência humana	Acusações fortes, perda de confiança Cria desafios à auto-estima
Causa humana intencional	Luta (agressão); fuga (medo); submissão (vergonha); humilhação; ofensas narcísicas; ódio; desejo eventual de vingança; ciclos de violência. Agressão à auto-estima da vítima

Contudo, cientistas como Breslau (1998) e Shalev e Yehuda (1999), com base em estudos epidemiológicos, referem que as reacções dos seres humanos, perante os acontecimentos traumáticos, não são uniformes. Segundo Connor e Davidson (1998) os indivíduos mais vulneráveis são aqueles em que há uma *história familiar* de transtornos de ansiedade, depressão ou sociopatia; uma *história pessoal* de transtornos de ansiedade e de depressão; defeitos de personalidade e inexistência ou inadequação de apoio social.

O apoio social deve ser considerado um aspecto significativo a ter em conta.

Green, Grace e Gleser (1985) estudaram 117 sobreviventes de um incêndio violento em que tinham falecido 165 pessoas. Deste grupo, 67 indivíduos foram reavaliados dois anos após a ocorrência do incêndio. Os autores procuraram conhecer se a quantidade e a qualidade do apoio social estavam ou não relacionadas com perturbação psicológica, consumo de drogas e aparecimento de sintomas. Efectivamente comprovaram que os resultados piores se observavam nos indivíduos que tinham tido pior apoio social.

No entanto há pormenores relacionados com o acontecimento que têm importância em relação às consequências que determina.

Quando uma ameaça, considerada *grave*, surge de forma *súbita e inesperada* tem um impacto maior do que uma circunstância que, apesar de poder ser ameaçadora e grave, se desenrola de forma gradual e esperada. Este último tipo de acontecimento, mesmo que seja ameaçador, pode permitir que a pessoa se prepare e se envolva antecipadamente em estratégias para lidar com ele. Tem, por isso, um impacto psicológico menor que um evento que ocorra de forma súbita e imprevista. Foa *et al.* (1992) referem a este respeito que, tanto sob o ponto de vista psicológico como biológico, a gravidade dos acontecimentos traumáticos está relacionada com a sua intensidade, inevitabilidade, incontrolabilidade e imprevisibilidade.

Directamente relacionado com o acontecimento estão também as suas repercussões no indivíduo, no sentido de serem ou não reversíveis. Quando surgem situações médicas irreversíveis que alteram por completo a rotina do indivíduo, que o obrigam a uma mudança radical de vida, que o impedem de alcançar objectivos considerados importantes, então as consequências psicológicas são mais graves.

Um outro aspecto importante é a sensação com que o indivíduo pode ficar, após o acontecimento, de *ter perdido recursos a que dá muito valor*. Hobfoll (1989) refere que a conservação de recursos pessoais e sociais é muito significativa para o bem-estar do indivíduo. As coisas que uma pessoa tem e dá valor são denominadas *recursos*, que podem ser da mais variada natureza. Por exemplo: *objectos* (tais como uma casa ou um automóvel); *características pessoais* (como aptidões para lidar com facilidade com determinado tipo de circunstâncias ou ser criativo); *condições específicas de vida*

(p. ex., sentir que tem um bom casamento); *fontes de energia* (num sentido amplo, como ter dinheiro ou “saber científico” que constituam em si uma meta atingida ou que sirvam como meios para alcançar outros objectivos). Quanto maior é o número de perdas que o indivíduo sente terem ocorrido após um acontecimento traumático, maior é o impacto psicológico que a ocorrência tem sobre si e pior é o ajustamento após o trauma.

Para se ter uma ideia das consequências que pode ter uma circunstância traumática podemos assinalar, a este propósito, um estudo elaborado por Koopman, Classen e Spiegel (1997) relativo a um incêndio de grandes proporções que ocorreu em Oakland (E.U.A.) em 20 de Outubro de 1991. O incêndio prolongou-se por mais dois dias. Ao fim tinha destruído 3.135 residências, provocado 24 mortes e originado numerosos feridos. Muitas pessoas perderam recursos a que davam grande valor. Estes disseram respeito não só à habitação mas igualmente a muitos outros objectos pessoais que ficaram irrecuperáveis e, alguns deles, por serem bens antigos de família, insubstituíveis. O acontecimento, para além das perdas, gerou secundariamente várias outras condições de *stress*: ter de contrair um empréstimo, viver em condições não usuais de vida, alterar hábitos e costumes. As pessoas mais afectadas, em termos de perdas, foram aquelas para quem o acontecimento se tornou mais perturbador.

Terminados estes comentários podemos agora estabelecer uma síntese final.

Síntese final

- Uma catástrofe é um acontecimento traumático que tem repercussões sobre um largo número de indivíduos, famílias ou populações inteiras.
- Habitualmente consideram-se de dois tipos diferentes: naturais e induzidas pelo ser humano.
- Contudo, em muitas catástrofes naturais o ser humano igualmente tem uma quota-parte de responsabilidade.
- Como exemplos de catástrofes podem ser assinalados: ataques terroristas, ocorrência de guerras, desastres industriais, desastres com meios de transporte, incêndios florestais, tremores de terra, tempestades, erupções de vulcões, secas, perdas de colheitas, inundações, acidentes nucleares ou derramamentos tóxicos.
- Os acontecimentos com piores consequências para os seres humanos são aqueles que se revestem de maior violência, não são previsíveis nem evitáveis, sobre os quais um indivíduo não tem controlo.

- As consequências tornam-se mais graves quando constituem uma ameaça de morte, levam a danos físicos irreparáveis e a perda irrecuperável de recursos.
- O apoio social é um factor importante, capaz de atenuar os efeitos de um acontecimento traumático.

BIBLIOGRAFIA

- BRAINE, T. (2006) – Was 2005 the year of natural disasters? – Bulletin of the World Health Organization, Volume 84 (1): 1-80 – <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/1/news10106/en/index.html>
- BRESLAU, N. (1998) – Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder – Cap. 1, pp. 1-29 in “Psychological Trauma”, R. Yehuda (ed.) – Washington, DC e London: American Psychiatric Press, Inc.
- CRED – Centre for Research on the Epidemiology of Disasters – Department of Public Health – Université Catholique de Louvain, Brussels – Belgium (www.cred.be).
- DSM-IV (1994) – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Edition – Washington DC: American Psychiatric Association.
- DSM-IV-TR (2000) – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. Edition, Text Revision – Washington DC: American Psychiatric Association.
- FOA, E.B., ZINBARG, R. e OLASOV ROTHBAUM, B. (1992) – Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: an animal model – “*Psychological Bulletin*”, 112: 218-238.
- GREEN, B.L., GRACE, M.C. e GLEESER, G.C. (1985) – Identifying survivors at risk: Long-term impairment following de Beverly Hills Supper Club fire – “*Journal of Consulting and Clinical Psychology*”, 53: 672-678.
- HOBFOLL, S.E. (1989) – Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress – “*American Psychologist*”, 44: 513-524.
- ICD-10 (1992) – The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical descriptions and diagnostic guidelines – Geneva: World Health Organization.
- KOOPMAN, C., CLASSEN, C. e SPIEGEL, D. (1997) – Multiple Stressors Following a Disaster and Dissociative Symptoms – Cap. 2, pp. 21-35 in “Posttraumatic Stress Disorder – Acute and Long-Term Responses to Trauma and Disaster”, C.S. Fullerton e R.J. Ursano (eds.) – American Psychiatric Press, Inc.
- SHALEV, A.Y. e YEHUDA, R. (1999) – Longitudinal Development of Traumatic Stress Disorders – Cap. 2, pp. 31-66 in “Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder”, R. Yehuda (ed.) – Washington, DC e London: American Psychiatric Press, Inc.
- VAZ-SERRA, A. (2003) – O Distúrbio de Stress Pós-Traumático – Vale & Vale Editores, Lda.
- WEISSETH, L. (2006) – Collective Traumatic Stress: Crisis and Catastrophes – Cap. 4, pp. 71-91 in “Stress in Health and Disease”, B.B. Arnetz e R. Ekman (eds.) – Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KgaA.

AMEAÇAS DE CATÁSTROFE

JORGE DINIS

JOSÉ ANTÓNIO HENRIQUES DOS SANTOS CABRAL

CARLOS PENHA GONÇALVES

ANTÓNIO EDUARDO BRUNO LOPES JOÃO

GRAÇA FREITAS

A Ciência e as Comunidades Face aos Geoperigos: Catástrofes, Paraíso e Pecado Original na Relação Homem – Natureza

JORGE DINIS

Propósitos

Em 2004, a IUGS (International Union of Geological Sciences), determinou que 2008 seria o Ano Internacional do Planeta Terra, uma iniciativa científica e social que em seguida (2005) seria apoiada politicamente pela UNESCO e aprovada pela Assembleia-Geral das Nações Unidas (www.esfs.org). Um dos temas científicos básicos desta actividade é “Perigos – minimizando o risco, maximizando consciencialização”, visando demonstrar e implementar o potencial das Ciências da Terra para um desenvolvimento sustentável, seguro e salutar da Sociedade (Beer et al., 2004). É neste espírito que apresentamos estas linhas, sobretudo no pressuposto de que a consciencialização acima referida tem tradução no comportamento individual e colectivo face à ocorrência de catástrofes naturais de natureza geológica.

A nossa casa Terra: um planeta dinâmico

A Humanidade habita um corpo celeste muito dinâmico, interna e externamente, pelo que desde sempre coexiste com catástrofes naturais. É muito provável que esta mesma vitalidade peculiar do planeta Terra seja o factor determinante da existência e da evolução da Vida. De facto, os grandes mecanismos globais são como que motores accionados por diferentes tipos de energia. O calor interno, gerado pelo decaimento radioactivo, movimenta a crosta, reciclando os fundos oceânicos e animando os continentes, lentamente mas com espasmos por vezes intensos e destrutivos – os sismos e os vulcões.

A radiação solar, além de alimentar a Vida, tem variações de distribuição diárias, sazonais e latitudinais (entre outras) que controlam o sistema climático, isto é, a agitação da atmosfera e dos oceanos. A relação com os vizinhos Sol e Lua tem outros tipos de consequências, desde as marés oceânicas, resultantes das atracções gravíticas, aos ciclos climáticos que reflectem as variações de irradiação solar à escala de décadas, ou a forma mais circular ou mais elíptica da órbita da Terra, variando entre extremos em cada cem mil anos, principal responsável pelas alternâncias entre glaciações e clima global mais ameno.

A vida desde sempre foi condicionada pelas convulsões planetárias, a começar pelas condições particulares que permitiram o seu aparecimento há cerca de 3,8 mil milhões de anos, ainda a Terra era um jovem planeta, se consideramos que terá uma idade próxima dos 4,6 mil milhões de anos. A evolução biológica, com a sua crescente complexidade, é um processo de destilação complexo, baseado em tentativas e erros, de tal modo que se estima terem terminado em extinção 99,99% das espécies que já existiram. Nas palavras de Bill Bryson (2006), “vivemos num planeta exímio em promover a vida, mas que ainda o é mais em acabar com ela”, muitas vezes de modo radical e catastrófico, como demonstra Tony Hallam (2004) na sua reflexão sobre as extinções em massa que marcam a história da Terra.

Conceitos

Lembre-mos que Ecologia (do Grego *Oikos*, a *Casa* comum) é a análise das relações entre os seres vivos e tudo o que o envolve, seja o solo, a água ou o ar. Pode-se dizer que na Biosfera se cruzam a Geosfera (no caso, a parte superior da crosta), a (parte inferior da) Atmosfera e a Hidrosfera.

As complexas interacções típicas da superfície da Terra incluem a actividade dos seres vivos, sendo mesmo difícil, em muitos casos, discernir os fenómenos eminentemente biológicos dos físicos e químicos – depois de mais de 3 mil milhões de anos de Vida, a superfície da Terra e a sua atmosfera estão profundamente marcadas pela actividade biológica, como demonstra a cobertura vegetal dos continentes, a atmosfera rica em oxigénio, bem diferente da primordial e anterior à Vida, ou a modificação da composição da água do mar por extensas bioconstruções recifais e plâncton calcário (Holland, 2005), para mencionar apenas uns poucos casos.

Não significa isto, contudo, que não se possa assumir a existência de catástrofes eminentemente biológicas, como as epidemias, em contraponto com catástrofes naturais abióticas que podemos denominar como Geocatástrofes. Na mesma lógica se podem usar os termos Georisco e Geoperigo (“Geohazard”).

Convém, também, concretizar o que se pode entender formalmente como catástrofe, bem como outros conceitos afins (Tab. 1), nomeadamente Riscos Naturais e Susceptibilidade, em particular porque o sentido comum não coincide, por vezes, com a aceção científica. Formula-se Risco como Perigosidade x Exposição x Vulnerabilidade.

É de realçar que actualmente a comunidade científica e os decisores concordam que, na análise dos riscos naturais, se devem “contabilizar” os danos psicológicos directos ou indirectos, individuais ou colectivos, imediatos ou diferidos, aspectos nucleares desta publicação.

Perigo: ameaça potencial sobre os bens; são eventos de severidade elevada que podem produzir desastres ou catástrofes em função da Exposição de bens

Severidade: intensidade de fenómeno traduzida na capacidade de produzir danos (ex: escala de Mercalli de Magnitude de sismos)

Exposição: conjunto de elementos ligados ao Homem e sujeitos a Perigos (vidas, saúde física e psicológica, instalações, dinheiro, espaços naturais, etc.)

Perigosidade: probabilidade de um Perigo ocorrer com determinada Severidade (ex: ciclone de força 3)

Vulnerabilidade: perda esperada de um elemento em risco (função da severidade e das medidas de prevenção)

Risco: dano ou perda estimado em consequência da acção de um Perigo sobre um Bem (expresso em quantidade, total ou por tempo e ou espaço, ou valor qualitativo, como: aceitável ou não, baixo ou alto...relativo).

Catástrofe: concretização extremada, em termos de danos ou perdas, de um Risco.

Tabela 1 – *Conceitos associados a Riscos.*

Geocatástrofe será, pois, um evento (geoperigo) que ocasiona um grande efeito (geodesastre). A classificação de dado acontecimento como desastre natural, ou como o superlativo catástrofe, acaba por ser mais uma função da vulnerabilidade de pessoas do que da severidade do evento (Lonergan et al., 1999 *in* Leroy, 2006).

Os Geoperigos

Um Geoperigo corresponde a um fenómeno que pode atingir máximos de energia (Severidade) suficientes para alterar de modo substancial a distribuição de massas na natureza (de distintos tipos e escalas), ameaçando vidas humanas. Assim, interessa considerar o impacto desses fenómenos na antroposfera, isto é, a parte da geosfera em que se tem vindo a instalar a espécie humana, nomeadamente analisando o potencial de perdas de vidas humanas.

Ainda que o conceito de catástrofe enfatize as situações de elevada dimensão, rapidez e morbidade, os Georiscos distribuem-se por largos espectros de tempo e de espaço.

Dimensão Temporal do Evento: súbito e repentino, ou “instantâneo” (p. ex: terramoto, queda de meteorito); à escala de tempo humana, de anos a décadas (perceptível no quotidiano, p. ex: erosão costeira) ou gradual e em escalas de tempo histórico ou geológico, normalmente só evidenciado por estudos (p.ex: alterações climáticas).

Dimensão de Impacto do Evento: local (p. ex: deslizamento de terreno), regional (ex: tsunamis e terremotos) ou global, ameaçando a existência de espécies, incluindo a própria humanidade, como é o caso da queda de grandes asteróides ou as rápidas e radicais alterações climáticas.

Pode-se assumir uma classificação genética dos georiscos que inclui os tipos geológicos, hidro-meteorológicos, geofísicos (Beer et al., 2004) e ainda os cósmicos.

Geológicos: resultantes de movimentos de massa à superfície da Terra, tais como vulcanismo, derrocadas, aluimentos, erosão costeira e fluvial, erosão do solo, etc. Em sentido amplo, inclui riscos geoquímicos associados a movimentos de elementos e compostos particulares, como o gás radioactivo Radão, a salinização de aquíferos e a libertação súbita de metano acumulado em sedimentos.

Hidro-meteorológicos: causados por movimentos da atmosfera e da hidrosfera (ciclones, cheias, tempestades marítimas, desertificação...)

Geofísicos: produzidos por movimentos da crosta terrestre com origem profunda, essencialmente os terremotos e maremotos associados.

Cósmicos: radiações e corpos celestes que colidem com a Terra (meteoritos e cometas).

A análise da complexa realidade do planeta, ao longo do espaço e do tempo, revela que tal proposta de classificação possui uma série de pontos fracos, o menor dos quais não será o facto inequívoco de muitos dos eventos catastróficos resultarem de uma conjugação de circunstâncias de diferentes daqueles tipos. Por exemplo, a maior parte das mortes humanas causadas pela actividade vulcânica resulta de fenómenos associados, como tsunamis, torrentes de lama ou mesmo da fome nas regiões envolventes, e não directamente das erupções (Press et al., 2003).

Vale a pena, a este propósito, lembrar que o espaço da Biosfera e da Geosfera que inclui a espécie humana, a que podemos chamar Antroposfera, se tem vindo a expandir em todas as direcções, sobretudo em superfície, e com velocidade crescente. À medida que a população global cresce, cada

vez mais pessoas vivem em zonas perigosas, e sobretudo nos países com baixo grau de desenvolvimento, pelo que as perdas de bens e vidas aumentam de igual modo. Segundo Solvano Briceno, director da agência das Nações Unidas para a redução das catástrofes naturais, a mortalidade devido às catástrofes naturais aumentou 60 % entre os anos de 1980 e 2000; entre 1994 e 2004, afectaram 2,7 milhões de pessoas e causaram a perda de cerca de 800 000 vidas humanas, com perdas económicas estimadas em 850 milhões de dólares (Briceno, 2004). Das catástrofes mais recentes, cite-se o tsunami de Dezembro de 2004 com mais de 275 000 mortos, o furacão Katrina que causou mais de 1800 vítimas mortais e 150 mil milhões de dólares de prejuízos calculados, e o terramoto no Paquistão em 8 de Outubro de 2005, cujas mortes se estima serem superiores a 87 000.

Verifica-se nestas estatísticas que a grande maioria das vítimas – da ordem dos 95 % – pertenciam aos países mais pobres, em parte porque essas regiões têm grande perigosidade, mas sobretudo devido à ausência de sistemas de alerta, ao ordenamento do território anárquico e à grande devastação do coberto vegetal, que favorece fenómenos como as inundações e os movimentos de terrenos. Porém, é de realçar que exemplos como o do Katrina contrariam esta lógica! Tudo estava previsto e tinham acontecido simulacros eficazes. Isto significa que mesmo nas zonas com conhecimento científico, tecnologia de ponta e planeamento, o risco pode sempre desembocar em desastre.

O Impacto Antrópico

A denominação Natural, atribuída a muitos dos riscos, tem implícita uma origem não associada à actividade humana, pelo menos directamente. Enfatizamos a ressalva “não directamente”, pois na realidade muitas das catástrofes são um elo de uma cadeia de acontecimentos inicialmente gerados pelo Homem, ou fruto da sua interferência em ciclos naturais. Entre os inúmeros exemplos destas situações podemos referir inundações calamitosas nas zonas urbanizadas associadas à impermeabilização do solo pelas construções, a interrupção do fluxo de areias nos rios causada pelas barragens, que por sua vez causa erosão costeira e destruição de estruturas fluviais, ou as más práticas agrícolas que contribuem para a desertificação, podendo esta levar à fome – veja-se o caso da grande depressão no centro dos EUA, na década de 1930, retratada nas “Vinhas da Ira” por John Steinbeck.

Está hoje provado que a ideia de que as sociedades primitivas tinham uma relação de perfeita harmonia com a natureza é um mito, do qual é emblemática a ideia Enciclopédica de J. J. Rousseau do “bom selvagem”

(Foladori & Taks, 2004). De facto, muitos estudos paleo-ambientais, arqueológicos e antropológicos demonstram que desde o passado remoto da espécie se verificaram situações em que as actividades de comunidades tecnologicamente pouco desenvolvidas induziram roturas no seu meio ambiente, frequentemente com algum tipo de prejuízo para as próprias comunidades (Dearing, 2006). Por exemplo, a extinção da mega-fauna (grandes mamíferos, aves e répteis) tem sido associada em vários locais do globo à colonização por recém chegadas comunidades de caçadores-recolectores, ainda que com a ajuda das mudanças climáticas então em curso – na Austrália há perto de 46 mil anos e na América do Norte há perto de 12.000 (Hallam, 2004). Mais recentemente, mas correspondendo a uma sociedade cujo estágio de desenvolvimento é similar às do Neolítico na Europa, o povoamento da Ilha da Páscoa terminou abruptamente porque as tradições culturais do povo – concretamente a intensa desflorestação para usar rolos de madeira no transporte das estátuas *Moai* – provocaram a exaustão dos solos e perda de capacidade de alimentação, o que culminou em terrível mortalidade e conflituosidade social (Diamond, 2005).

A história está repleta de exemplos, mas talvez a mais intensa e generalizada alteração antrópica, desde sempre, seja a contribuição para o aquecimento global iniciado no Sec. XIX, resultante dos gases com efeito de estufa libertados, sobretudo, pela queima de combustíveis fósseis (Watson e Core Writing Team, 2001). No início de 2007 será publicado novo relatório que sintetiza o esforço de pesquisa dos cerca de 2500 peritos internacionais do IPCC (sigla em inglês de Painel Intergovernamental para as Alterações Climáticas). A comunicação social (Gray, 2006) levantou a ponta do véu sobre este relatório, que indica um aumento do nível de carbono de dióxido nos últimos 5 anos, de tal modo que a manter-se a mesma taxa se espera para 2100 um aumento de 4.5° C da temperatura média da atmosfera. Em relação à sua previsão estabelecida em 2001, o mesmo documento reduz para cerca de metade a subida de nível do mar para 2100, ainda assim de 86 a 43 centímetros. As consequências serão dramáticas, com inundações ou aumento de erosão de vastas áreas costeiras, e tornando muito mais frequentes as ondas de calor e as grandes tempestades. Apesar das incertezas resultantes da complexidade dos fenómenos atmosféricos e oceânicos, e embora ainda se discuta a intensidade, a verdade é que os dados e as modelações informáticas (por exemplo Hansen et al., 2006) indicam que a interferência humana é provavelmente muito importante e converge com a tendência exclusivamente natural de aquecimento global. É, aliás, importante afirmar que existe nesta matéria um amplo consenso científico, rebatendo os que usam as incertezas no conhecimento das dinâmicas naturais para travar as medidas de redução na emissão de gases com efeito de estufa (Oreskes, 2004).

As zonas costeiras possuem uma vulnerabilidade particularmente elevada, ao conjugarem perigos como as tempestades (até furacões); as cheias fluviais, os tsunamis, a erosão costeira e a subida do nível do mar. Ao mesmo tempo, constituem vastas áreas de grande exposição, designadamente por acumularem cerca de 60 % da humanidade, proporção com forte tendência para aumentar. A erosão costeira é um fenómeno que afecta uma parte muito significativa das costas mundiais, e em particular a Europa, onde, se excluirmos o caso geologicamente particular da Escandinávia, cerca de 25% das costas estão afectadas (Doody et al., 2006). Se este fenómeno resulta em parte da subida do nível do mar à escala global, a causa principal é a construção de barragens (Dias et al., 2000), sobretudo a partir dos anos 50 (Sec. XX), que impedem a chegada da sedimentos à costa, onde a ondulação e as correntes arrastam os aí existentes, sem que se possa dar a reposição natural. A nível global, mais de metade dos rios têm os seus regimes hídricos e sedimentares afectados por barragens, situação que na Europa se eleva a mais de 60%, estando grandes obras em curso ou projectadas, sobretudo na Ásia e na África (Nilsson et al., 2005).

O Pecado Original

Apesar da longa história de impactos antrópicos, é certo que se pode estabelecer um paralelismo entre o crescendo da capacidade técnica e a dimensão dos danos ambientais gerados pelas actividades humanas, cada vez mais amplos na intensidade e na dimensão geográfica.

A chamada “Revolução Neolítica”, ocorrida em diversos pontos do globo há cerca de 10.000 anos e que corresponde à domesticação de plantas e, depois, de animais para sustentar as comunidades humana (Bellwood, 2004), foi o primeiro de vários passos importantes que conduziram à actual “civilização ocidental”, de base fortemente tecnocrática e parasitária dos combustíveis fósseis. Nas proto-civilizações do Médio Oriente, concretamente no vale do Rio Jordão, se localiza o mais antigo celeiro conhecido, datado de 9500 AC (Kuijt & Finlayson, 2002). A estabilidade e a quantidade de alimentação terão permitido o desenvolvimento das organizações sociais complexas a que chamamos civilizações, cuja mais antiga, tanto quanto sabemos, será a Suméria, formalmente iniciada cerca de 4.000 a 3.500 AC com o uso da escrita cuneiforme. A bem conhecida fertilidade do “Crescente Fértil” foi certamente um dos factores que explicam o sucesso evolutivo desta civilização, mas a emergência de outras em zonas relativamente isoladas (Índia, Peru, China) estará relacionada com as melhorias climáticas à

escala global na sequência da última glaciação, culminando no denominado Ótimo Climático Holocénico, que terá ocorrido aproximadamente entre há 9.000 e 5.000 anos (p.e. Davies et al., 2003).

Todavia, apesar do progresso civilizacional, a domesticação de animais e plantas desde logo ocasionou “danos colaterais”. As dietas menos variadas, os hábitos sedentários e a competição pelos terrenos diminuíram a saúde e qualidade de vida, por exemplo pelo aumento de doenças orais e osteoartroses (Larsen, 2006). Desde o início da domesticação também se verificou que a expansão das áreas com ocupação antrópica permanente e intensa causavam uma diminuição da biodiversidade, (McKee, 2005). Não menos importante foi a transmissão ao Homem de doenças infecciosas próprias de animais domésticos, tais como o sarampo, a tuberculose e a gripe, como ainda actualmente acontece com a ameaça pandémica da gripe aviária. A rigidez comportamental, social e de produção alimentar terá também sido responsável pelo declínio de sociedades evoluídas face a alterações climáticas, como o caso do império Acádico, que durou apenas cerca de 200 anos entre 2350 e 2150 AC e que colapsou devido a uma fase de seca (Weiss, 2001 in Dearing, 2006).

Do exposto, parecem-nos muito sugestivas as convergências entre a alegoria bíblica do “Pecado Original” e a as consequências da referida “Revolução Neolítica”, designadamente no tempo (Neolítico final/Idade do Bronze), no local (o Próximo Oriente) e na perspectiva da relação entre o Homem e a Natureza. De facto, a expulsão do Paraíso terreno invoca o início do trabalho do Homem, as árvores de fruto e o fim da recolocção como fundamentos da estrutura social. Enfim, marca uma profunda mudança de paradigma – a independência do Homo em relação à Natureza (Deus), através do conhecimento (sapiens) – mas apresenta já o preço a pagar pela alteração – o desequilíbrio ecológico.

Os exemplos da História

Importa, afinal, salientar as energias e as reorganizações no espaço e no tempo que caracterizam a dinâmica do planeta Terra, em contraponto à imagem de imutabilidade que por vezes impregna as comunidades humanas e se instala nos indivíduos.

Ainda assim, se atentarmos às lições da história (incluindo a pré), e ao que nos tempos que corre conhecemos directamente ou que indirectamente vem a público, estamos em crer que é possível destilar algumas ideias a este propósito. Muitas grandes civilizações foram profundamente afectadas ou mesmo colapsaram devido ao impacto de desastres naturais.

Veremos, em pinceladas breves, exemplos paradigmáticos dos diferentes tipos acima referidos, para a Humanidade ou para Portugal. Apresentam-se sinteticamente os quadros geológicos e os factores desencadeantes de catástrofes ou evoluções ambientais desastrosas.

- O Dilúvio bíblico, já mencionado no mais antigo texto literário conhecido, a epopeia suméria de Gilgamesh, parece ter sido identificado no registo geológico do Mar Negro (Ryan & Pitman, 1998). Na máxima extensão dos gelos da última época glacial (há cerca de 22 000 anos), o mar estava quase 150 m abaixo do nível actual. Nestas circunstâncias, o Mediterrâneo e o Mar Negro não se comunicavam, sendo este um lago de água doce. Só a rápida subida devida ao degelo permitiu que o Mediterrâneo ultrapassasse a barreira do Bósforo e inundasse catastroficamente o Mar Negro há cerca de 7.500 anos (Ryan & Pitman, 1998). O facto de quase todas as culturas ancestrais do mundo possuírem um mito semelhante estará, muito provavelmente, associado a casos regionais resultantes da referida subida global do nível do mar, ocorrida entre 18.000 e 7.000 anos atrás (Dias et al., 2000). Embora o acontecimento não tenha sido instantâneo, perdurou na memória colectiva como algo de fulgurante e mais rápido do que a capacidade de ajustamento de muitas comunidades, levando, presumivelmente, a um dos grandes surtos migratórios da história.
- Na actualidade, o aquecimento global está a causar a subida do nível do mar, através do degelo das acumulações sobre continentes (calotes polares e glaciares) e da expansão térmica dos oceanos. Aproxima-se, pois, uma nova inundação “diluviana”, desta vez verdadeiramente global. Como vimos atrás, a este efeito junta-se a retenção de sedimentos nas albufeiras como causadores principais da erosão costeira que afecta vastas áreas das costas do planeta. Neste capítulo, Portugal é um dos exemplos mais graves, resultando na perda de terrenos e aumentando substancialmente a vulnerabilidade a eventos de erosão ou inundação por tsunamis ou tempestades em mais de 50% da zona costeira (Dinis, 2005).
- O terramoto e o conseqüente tsunami de 1 de Novembro de 1755 (dito de Lisboa) afectaram uma vasta zona, essencialmente o sul e centro de Portugal, Algarve e margens norte (Espanha) e sul (Marrocos) do Golfo de Cádiz. Causaram danos sobretudo na capital do Reino, onde se estima que apenas 3 000 dos 20 000 edifícios escaparam à destruição e o número de mortos terá sido de 10 000 a 15 000 (Campos, 2005). Estudos recentes apontam para um epicentro localizado cerca de 100 km a oeste do cabo de S. Vicente, numa grande

fractura orientada quase norte-sul e baptizada falha Marquês de Pombal (Baptista et al., 2003), eventualmente com movimentos noutras fracturas despoletadas pelo sismo principal. A natureza geológica do fenómeno obriga-nos a admitir a sua repetição, dentro da mesma escala de intensidade, no futuro.

- A mesma zona costeira conheceu em épocas históricas evoluções ambientais extremamente rápidas, com consequências directas no modo de vida das comunidades. A reconhecida vocação marítima dos portugueses resulta duma conjugação de factores que inclui, sem dúvida, a existência de bons portos naturais. Quase todos os relevantes se instalaram em estuários como o Minho, o Douro, o Mondego, o Tejo, o Sado e o Arade (Silves), ou em lagunas como as Pederneira, Alfeizerão e Óbidos, reentrâncias costeiras inundadas aquando da subida do nível do mar que sucedeu à última glaciação. Constituíam plataformas económicas que articulavam o interior com as rotas marítimas nacionais e ultramarinas (Castelo-Branco, 1958) e neles se localizavam os estaleiros navais. Após a estabilização do nível do mar, há cerca de 5 a 7 mil anos, iniciou-se a natural tendência de assoreamento, mas, muito provavelmente, a agricultura e a desflorestação que cresceram de modo explosivo na sequência da reconquista cristã, aceleraram a erosão das bacias de drenagem, de tal modo que portos que chegaram a ter papel importante na saga dos Descobrimientos decaíram inexoravelmente até ao desaparecimento por volta dos Séc. XVI-XVII (Dinis, 2006). Destes se salientam os da antiga laguna da Pederneira (junto à Nazaré), de Alfeizerão (testemunhado pela baía de S. Martinho do Porto) e de Atouguia da Baleia, actualmente substituído por Peniche. Em menos de um século, as tradições marítimas destas comunidades ficaram reduzidas às actividades de pesca local. Fenómenos semelhantes de assoreamento levaram à decadência de cidades como Éfeso e Tróia, antigos potentados litorais que hoje se encontram a vários quilómetros da linha de costa.
- O sismo que em 1556 teve o seu epicentro na zona de Shaanxi e afectou outras oito províncias da China fez, estima-se, 830 000 vítimas, sendo provavelmente o mais mortífero da história. Apesar de não ter resultado de uma libertação de energia excepcionalmente elevada, a sua mortalidade é explicada pela construção típica da região. Cerca de 60% da população das zonas mais atingidas foi dizimada, pois a maioria das habitações eram as chamadas Yaodongs, cavernas escavadas em terrenos constituídos por materiais finos e inconsistentes, o “loess” soprado do deserto do Gobi, que abateram ou foram destruídas por deslizamentos de terreno causados pelo abalo sísmico

(Shirong, 1983). A morfologia da região foi muito afectada, com mudanças topográficas e dos cursos de água. A reconstrução foi feita maioritariamente em madeira e bambu, mais resistentes a sismos, no que constituiu uma precoce e empírica concretização da actual engenharia sísmica.

- Fenómeno indubitavelmente catastrófico foi o tsunami de 26 de Dezembro de 2004, resultante de um sismo localizado a leste de Sumatra, e que afectou toda a costa do Oceano Índico. Foi o segundo maior sismo registado desde a invenção dos sismógrafos modernos no início do Séc. XX, atingindo a magnitude de momento de 9,3 (impropriamente referida como de Richter modificada). A compressão entre as placas tectónicas Euroasiática e Australiana provocou um movimento vertical que atingiu 15 m ao longo de uma fractura submarina com 1200 km de extensão horizontal, pelo que o ajustamento da superfície do mar se deu criando a onda catastrófica de que resultou a perda de 300 000 a 275 000 vidas humanas. Na sequência, e seguindo o adágio de “casa roubada, trancas à porta”, tem-se vindo a implementar um sistema de detecção e alerta de tsunamis para o Índico, semelhante ao que existe no Pacífico. Todavia, a elevada probabilidade de ocorrência de um cataclismo deste tipo era, desde há décadas, óbvia entre a comunidade científica e conhecida dos decisores políticos. Dois anos volvidos sobre a catástrofe, a recuperação física e social das áreas mais atingidas é ainda limitada, e na maioria dos casos com uma lógica de ordenamento semelhante à anterior. Em contraponto, embora comparativamente pouco danificadas e com poucas vítimas, as zonas turísticas da Tailândia estiveram sempre sob os holofotes dos media, pelas facilidades de comunicação e presença de ocidentais, estando já a funcionar em pleno.
- Krakatoa é uma ilha vulcânica no estrito de Sunda, Indonésia, localizada na mesma posição geológica de fronteira entre as placas tectónicas Euroasiática e Australiana. Em Maio de 1883 o vulcão entra em actividade e no dia 27 de Agosto explode violentamente, gerando vários tsunamis, cujo maior pode ter atingido 40 m de elevação, lançando cinzas que tornam o dia em noite em centenas de quilómetros em redor (Winchester, 2003). A dramática explosão foi ouvida a quase 5 000 km de distância, sendo considerada o mais intenso som jamais ouvido pela humanidade. O tsunami teve impacto significativo na África do Sul e foi registado no canal da Mancha. Depois da explosão, a ilha afundou-se sobre a câmara magmática, mas desde 1927 novas erupções construíram novo cone a que os habitantes locais chamam Anak Krakatao, o filho de Krakatoa. Os dados

oficiais das autoridades coloniais holandesas indicam 36 417 mortos, tendo as cinzas coberto uma área de 1,1 milhões de km², parte da qual nunca foi habitada, constituindo actualmente o parque nacional de Ujung Kulon. Com estas proporções, não surpreende que o acontecimento tenha causado mudanças em todo o mundo: devido às cinzas na atmosfera a temperatura desceu 1.2°, só regressando à normalidade em 1888; a quantidade de enxofre no ar aumentou muito e causou chuvas ácidas. Um dos reflexos mais óbvio foi o efeito óptico das partículas, criando espectaculares pôr-do-sol vermelhos durante anos. Nos céus da Noruega, o pintor Eduard Munch fixou-os nas telas de “O Grito”, que descrevia dizendo “senti um grito sem fim trespassando a natureza.”.

- Investigações geológicas e arqueológicas recentes formularam a interessante possibilidade de a erupção catastrófica que ocorreu no arquipélago de Santorini – também conhecida como de Thera – no final da Idade do Bronze corresponder à destruição da mítica Atlântica, descrita por Platão (de Boer e Sanders, 2002). Um evento similar ao do Krakatoa, neste caso correspondendo à zona de colisão entre as placas tectónicas Africana e Euroasiática e ejectando muito mais magma, segundo as mais recentes investigações (Sigurdsson et al., 2006). As erupções estão geologicamente documentadas, sendo a mais recente e violenta datada de cerca de 1640 AC. As quatro ilhas actuais são remanescentes de um grande cone, que abateu após essa explosão, gerando um tsunami no Mediterrâneo e lançando cinzas até ao Mar Negro e em todo o Mediterrâneo oriental. O que é facto é que na ilha existia uma rica cidade minóica em Akrotiri, provavelmente sede de uma economia florescente que beneficiava de uma posição estratégica, a distâncias semelhantes de Creta, da Grécia continental e da Anatólia. A civilização minóica era a mais evoluída e dominante no Mediterrâneo nesse Bronze final, e terá sido profundamente marcada por um evento desta dimensão, que terá, naturalmente, afectado directamente outras áreas e cidades. Aos efeitos directos e aos indirectos imediatos (como os tsunamis, incêndios e avalanches) se sucederiam fomes, pragas e a destruição da economia mercantil marítima. A descrição que chegou até nós tem origem em relatos egípcios, tendo sido incorporado na mitologia grega pelo político e poeta Sólon, e descreve o desaparecimento sob as águas de um grande e desenvolvido império, em resultado de uma catástrofe que incluía inundações e terramotos. Esta descrição é compatível com as erupções e posterior colapso do aparelho vulcânico de Thera, e apesar do debate ainda em curso é claramente plausível como origem do mito da Atlântida.

- Outra lendária erupção vulcânica deu-se no Vesúvio em 79 DC, destruindo as cidades de Pompeia e Herculano (ver Scandone et al., 1993). O historiador Plínio, o Novo, descreveu de maneira muito pormenorizada os terríveis acontecimentos a que assistiu, pelo que o tipo de actividade vulcânica mais explosiva é hoje denominado Pliniana. A erupção principal ocorreu na sequência de vários anos de tremores de terra premonitórios. Nas palavras deste, em vez de atemorizarem os habitantes, os tremores apenas criaram uma sensação geral de invulnerabilidade face às catástrofes, o que contribui para explicar o facto de muitos habitantes terem sido apanhados pela erupção. Aliás, após uma fase de intensa queda de cinzas e pedrapomes, muitas pessoas voltaram a suas casas e foram então, conjuntamente com que tinham ficado, vítimas da súbita e mortífera chegada do fluxo piroclástico, uma densa nuvem de gases e fragmentos a temperatura elevadíssima. Porém, a muito próxima cidade de Nápoles não se despovoou, e mesmo as zonas das antigas localidades foram reocupadas entre os Séc. II e V. Sempre perdurou a memória do cataclismo, e os achados das cidades enterradas eram frequentes. Embora mais com o fito de encontrar “tesouros” as escavações iniciadas no Séc. XVIII foram pioneiras das técnicas da moderna arqueologia. O Vesúvio é o único vulcão activo da Europa continental, sendo particularmente perigoso pela irregularidade na frequência e no tipo de actividade; o aparelho vulcânico tem pelo menos 300.000 anos e o cone actual cerca de 17.000. A erupção de 79 DC foi a mais intensa testemunhada e terá provocado à volta de 3.000 mortos, mas a mais mortífera erupção deu-se em 1631 (3 a 4 mil mortos), mais uma vez sem que se tenha registado evacuação após claros sinais premonitórios. Actualmente, vivem na zona de influência directa do vulcão aproximadamente 1 milhão de pessoas, com densidades que chegam a 30.000 habitantes por km²; cerca de 3 milhões de pessoas podem ser fortemente afectadas por uma erupção do género das descritas.
- A queda da ponte de Entre-os-Rios foi a mais mediática das catástrofes ocorridas em Portugal. Em 4 de Março de 2001, durante a noite, o colapso de um dos pilares levou a que um autocarro e três automóveis se precipitassem no Douro, então com grande caudal, provocando a morte a 59 pessoas. A discussão em torno das causas e das culpas ainda hoje se mantém, apesar do julgamento em 1ª instância ter absolvido seis engenheiros civis arguidos. Este processo foi movido pelos familiares das vítimas, em grande medida numa tentativa de contribuir para o seu bem-estar psicológico. Se quanto

a culpabilidades pode haver incertezas, a causa material da queda é o défice de areia no leito do Douro, que deixou em suspenso o pilar que deveria sustentar. E porque faltou a areia sob o pilar? O nexó de causalidade é extremamente simples de perceber: na natureza, um rio de água é também um rio de sedimentos, ou seja, a energia que anima a água transmite-se às partículas erodidas a montante, e a um caudal líquido corresponde um caudal sólido. Porém, as barragens permitem a passagem do caudal líquido, embora controlado, mas as suas albufeiras retêm o caudal sólido, e particularmente a totalidade das partículas que viajam junto ao fundo. Assim, a jusante das barragens a água do rio continua a ter energia para carregar os sedimentos do fundo, sem que outros os venham substituir de montante, como sucederia em situação natural. A este efeito se pode juntar, julgamos que claramente como contribuição menor, a extracção de sedimentos pelos chamados areeiros. Como vimos, este processo relaciona-se, em termos de causa, com a erosão costeira que afecta gravemente as costas portuguesas. Este caso ilustra de modo exemplar uma interferência humana, concretamente quebras no *Continuum naturale* dos sistemas, com implicações próximas e diferidas (no tempo e no espaço). Se a modificação deste tipo de impactos antrópicos não é passível de modificação à escala de anos, os seus custos devem ser doravante assumidos em termos de empreitada, assim como se deve desde já procurar uma atitude ambiental que leve a que as gerações vindouras optem por uma inserção da sociedade humana com fórmulas de melhor articulação com os sistemas naturais (Dinis, 2003).

A Previsibilidade

Há longas décadas que se conhecem, na essência, os mecanismos da imensa maioria das geocatástrofes. Se conjugarmos esse conhecimento técnico-científico com a memória dos povos, precisa ou efabulada, o arquivo instrumental e o registo geológico, é possível ter ideias acerca da distribuição no espaço e no tempo das geocatástrofes. Admitindo que as condições naturais não se alteraram substancialmente, podemos ter uma previsão relativamente fiável das áreas onde podem ocorrer novamente certo tipo de catástrofes e das situações mais propícias ao seu despoletar. Isto mesmo tem acontecido, de modo mais científico ou mais empírico, ao longo da História. Na actualidade, a Análise de Risco é uma disciplina científico-técnica cujo objecto é a identificação e análise dos factores de risco (perigosidade, expo-

sição e vulnerabilidade), procurando a avaliação do risco e a adopção de medidas de mitigação. Em 1755, Portugal assistiu a um evento que marcou a génese do conceito de gestão do risco, assumindo como pilares os conceitos de memória e conhecimento (Almeida, 2005).

Importa, pois, analisar como convive a nossa espécie – ou, se quisermos, os indivíduos e as comunidades humanas – com os riscos naturais abióticos. Conhecendo como conhecemos a geosfera, torna-se óbvio que onde há Homem há georisks. Já as previsões acerca do momento e da intensidade de ocorrência são, genericamente, muito mais imprecisas, embora se possa estabelecer uma probabilidade com base em estatísticas de eventos prévios. Uma das características marcantes de muitos dos fenómenos naturais, incluindo a quase totalidade dos Geoperigos, é a sua natureza não-linear e com comportamentos em patamares de estabilidade (Phillips, 2006). Isto significa que pequenas e rápidas mudanças podem produzir resultados desproporcionadamente grandes e duradouros, como o famoso exemplo do bater de asas da borboleta que ocasiona um furacão a milhares de quilómetros. Outras dinâmicas permitem que variações significativas de certos parâmetros não alterem os equilíbrios durante longos períodos, mas com reacções intensas ao atingir um determinado patamar de estabilidade, como acontece com a acumulação de tensões nas falhas que antecedem a rotura de que resultam sismos. Estes comportamentos são decorrentes da sua complexidade, com múltiplos factores inter-actantes, em direcções, com intensidades e com taxas de variação frequentemente muito diversas. Afinal, trata-se também de avaliar a chamada Resiliência de um sistema: a capacidade de absorver variações de um factor sem mudar estruturalmente, ou a velocidade de recuperação do estado inicial após uma mudança significativa. Tal tipo de análise pode-se efectuar mesmo sem compreender todos os detalhes de funcionamento do sistema, se baseada nos dados de uma evolução passada. Nesta perspectiva, as Ciências da Terra – com a Geologia como núcleo – têm um papel determinante. A problemática do aquecimento global torna a ser um excelente exemplo disto mesmo: grande parte dos dados que sustentam a existência de uma interferência antropogénica e permitem avaliar consequências, resultam de estudos geológicos, nomeadamente os que permitiram identificar e caracterizar as grandes glaciações da história recente da Terra (o Quaternário).

Como consequência destas características dos georisks, a previsibilidade dos sistemas, particularmente a ocorrência e intensidade de eventos catastróficos, contém uma incontornável componente probabilística, não sendo possível assumir evoluções dos sistemas numa determinada e exclusiva trajectória ou cadeia de eventos.

O Homem e as Catástrofes

Como vimos, as comunidades humanas são condicionadas por catástrofes, muitas delas registadas indelevelmente na sua memória. Embora a tentativa de separar a origem natural da sobrenatural remonte já ao Período Clássico grego, com a escola de Mileto (Mullen, 1998 in Leroy, 2006), a verdade é que até muito recentemente se encontravam explicações míticas e religiosas para a ocorrência dos fenómenos catastróficos. Na história moderna de Portugal encontram-se dois casos muito interessantes desta dicotomia, ambos respeitantes a terremotos que afectaram a zona da capital. O de 1531 motivou a carta de Gil Vicente a El-Rei D. João III (Vicente, 1902), em que invectivava os frades de Santarém que defendiam não ser o abalo de “curso natural” mas resultado da ira de Deus pelos “pecados que em Portugal se faziam” – isto em época de plena actividade da Inquisição, de tal modo que dizia mestre Gil, para provar a sua convicção, “ainda quero que me queimem...”. Em 1755 o padre Malagrida repetia a argumentação dos frades, mas desta vez a ordem estabelecida (leia-se o 1º Ministro Carvalho e Melo) estava decididamente em sintonia com os naturalistas, e com a convergência de razões políticas o orador sacro foi queimado em auto-de-fé em 1761 (Fonseca, 2005). O mesmo acontecimento despoletou um significativo avanço para a ciência da Sismologia dado pelo naturalista inglês John Michell (Coelho, 2006) e motivou reflexões filosóficas e naturalistas de fundadores da modernidade como Voltaire, Rousseau, Kant e Leibniz.

No presente, e como vimos, é possível a prevenção dos perigos – e nalguns casos a previsão. Todavia, mesmo em caso extremos, muitas comunidades revelaram-se verdadeiras Fénix que renascem no mesmo lugar. Afinal, Nápoles está no sopé do Vesúvio, Lisboa lá continua, os turistas afluem a Phuket (Tailândia), e muitos, muitos etc. de exemplos se poderiam invocar. Em relação às mudanças ambientais rápidas e desastrosas, impõem-se alterações comportamentais, desde a geopolítica, aos decisores nacionais e locais, aos valores comunitários e ao indivíduo. Até que ponto estamos dispostos a alterar elementos básicos da nossa organização social, como os combustíveis fósseis sendo a principal fonte energética, o desperdício e contaminação no uso da água (principalmente doce), as más práticas agrícolas e florestais, agressivas para o solo? Embora a maior parte dos problemas de sustentabilidade estejam identificados e propostas de alteração vão surgindo (Cook, 1998), a verdade é que as consequências das barragens não se mencionam no ordenamento do território e o consumo energético mantém-se em crescendo acelerado.

A organização social que construímos tem reduzida capacidade de adaptação dada a grande rigidez, sobretudo em relação aos *modi operandi*.

Se a globalização facilita a disseminação do conhecimento e acaba por evidenciar a diversidade cultural, não é menos verdade que implementa lógicas, técnicas e valores que não são forçosamente os mais ajustados para a sustentabilidade, o que tende a diminuir a “culturodiversidade”, isto é, eliminando alternativas que em alguns casos seriam potencialmente mais favoráveis. E, afinal, que lições tira a Humanidade dos eventos catastróficos e das catástrofes ambientais? As raízes sociológicas e os interesses são mais fortes que o medo e o bom-senso? Ou, ainda, que mecanismos psicológicos intervem?

Reflexões finais

A Ciência e a Política

Os riscos podem conhecer-se, os perigos podem prever-se e, como o conceito já implica consequências de um evento, as catástrofes podem minimizar-se.

O Ordenamento do Território baseado na Análise de Risco constitui a prevenção básica do perigos, seja qual for o tipo, assim como é determinante no planeamento da mitigação de catástrofes. É hoje consensual que a política, enquanto gestão do interesse público das comunidades, deve fomentar o desenvolvimento sustentável e defender o bem-estar e direito à vida das populações. É nesta aceção axiomática que a análise do risco é um dos pilares das estratégias sociais, ou seja, as decisões políticas devem ser fundamentadas no conhecimento científico. Assim, as estruturas de criação de conhecimento sobre os sistemas naturais merecem ser apoiadas. Referimo-nos nestas considerações aos geossistemas em particular, mas também é indispensável que se fomente o diálogo activo entre grandes áreas como a geologia, a geografia, a biologia, a arqueologia, a agricultura, a antropologia, a sociologia e a economia, entre outras (Cook, 1998).

A Consciência do Risco e a Educação

Desde logo, o planeamento e ordenamento do território, cuja importância já mencionámos, pode implicar oportunidades ou limitações para os interesses de indivíduos ou comunidades. A adesão aos planos e decisões é tanto maior quanto maior seja a cultura científica da comunidade, em contraste com o obscurantismo, o fundamentalismo e a resistência retrógrada, comportamentos que se alimentam da ignorância.

A informação técnica e científica passará a fazer parte dos valores individuais e colectivos através da disseminação pública generalizada, mas também se veiculada por uma comunicação social que esteja interessada e apetrechada. Importa, neste capítulo, criar uma aptidão profissional que tenha por missão descodificar as actividades científicas numa linguagem acessível ao público em geral, sem a desvirtuar. Tal implica noções básicas de ciência, conhecimento das comunidades científicas (“quem é quem”) e dominar a expressão jornalística.

A Escola constitui o lugar por excelência para a aquisição da literacia científica indispensável para a plena formação social e cívica. A ligação entre a escola e a comunidade implica particular atenção a problemáticas próprias da região em que esta se insere, devendo incluir o conhecimento dos riscos, as atitudes em caso de desastre e a colaboração no socorro e mitigação dos danos. Vale a pena recordar o caso da menina inglesa que, recordando as lições de geografia, alertou familiares e outros turistas, salvando-os assim do tsunami de Sumatra em 2004 (Leroy, 2006).

Finalmente, nas situações de maior risco, estas mesmas preocupações são tarefas a serem desenvolvidas com o envolvimento de todos os agentes sociais e toda a população, naturalmente que sob orientação das entidades de protecção civil. Podem assumir, designadamente, a forma de exercícios, acções de divulgação ou mesmo recordar saberes ancestrais que o estilo de vida moderno tinha olvidado.

A Consciência do Risco e a Reacção Psíquica

O modo como uma comunidade reage aos riscos e aos desastres depende certamente de muitos factores, mas estamos em crer que a consciência prévia da possibilidade de ocorrência do desastre é um dos determinantes.

Julgamos que a Consciência do Risco constitui um factor favorável na resposta psíquica e psiquiátrica, a nível individual e colectivo, seja familiar, comunitário ou nacional. Constituirá, em muitos casos, um elemento identitário. De facto, o modo como são encaradas as frequentes perdas humanas por acidentes em comunidades como as de mineiros ou pescadores, parece ser de tal modo que as ondas de choque se amortecem em mecanismos psicológicos desenvolvidos em gerações, quer nas relações pessoais mais próximas quer nos grupos comunitários.

Deixamos aos especialistas a análise destas ideias e os veredictos, nomeadamente em páginas desta publicação, mas se elas não forem despropositadas de todo resulta uma acrescentada importância para o estudo dos fenómenos naturais no âmbito da ciência do risco. Trata-se, pois, de prevenir também os danos do foro psíquico.

De novo o Velho Paradigma

O Pecado Original, na leitura que fazemos, pode ilustrar o paradigma emergente desde tempos pré-civilizacionais, claramente assumido na caminhada civilizacional até ao presente, mesmo se sob formas e com intensidades diferentes: “o Homem pode dominar a Natureza, usando-a em seu proveito e a seu bel-prazer”. Embora de modo geral não explícita, expressa uma dicotomia que impregna a questão da relação entre o Homem e a Natureza, quase de “matar” ou “morrer”: ou dominamos ou corremos o risco de perecer.

Por outro lado, julgamos que assumir que grande parte das catástrofes naturais e crises ambientais são resultado do desenvolvimento tecnológico, não só é simplista como acarreta o risco de estigmatizar (por vezes “diabolizar”) a ciência e a técnica.

A ciência do risco tem um papel determinante nesta questão. As determinações preventivas e os alertas têm que ser fundamentados em dados científicos rigorosos, claros e de modo a ultrapassar a tendência para o catastrofismo que se manifesta periodicamente nas sociedades.

Se, incontestavelmente, o sucesso da espécie humana se baseia nas concretizações práticas de um intelecto impar na história da Terra, não é menos verdade que estamos no limiar da capacidade de encaixe do planeta. Para evitar o paradoxo de o nosso sucesso ser também a nossa perdição, teremos que caminhar de modo decidido para atingir a sustentabilidade. Nas últimas décadas, os cientistas aperceberam-se desta realidade e tomaram iniciativas que contagiaram já outros actores relevantes da sociedade, incluindo políticos. As Cimeiras da Terra, o Protocolo de Quioto e muitas legislações nacionais, europeias e internacionais exprimem já, de modo concreto, esta orientação.

Em suma, o novo paradigma da humanidade deve ser **Adaptar-se Ou Morrer**. O profundo significado deste paradigma é, simplesmente: impõe-se respeitar os sistemas naturais, o que implica Conhecimento. Voltar, afinal, ao Paraíso, anterior ao Pecado Original.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA A.B. 2005. The 1755 Lisbon Earthquake and the Genesis of the Risk Management Concept. *Proceedings International Conference 25th Anniversary of the 1755 Lisbon Earthquake*, Lisboa, 57-64.
- BAPTISTA M.A., MIRANDA J.M., CHIERICI F., ZITELLINI N., 2003. New study of the 1755 earthquake source based on multi-channel seismic survey data and tsunami modelling. *Natural Hazards and Earth System Sciences* 3, 333-340.

- BEER T., BOBROWSKY P., CANUTI P., CUTTER S., MARSH S., 2004. Hazards – minimising risk, maximising awareness. *Prospectus for a key theme of the International Year of Planet Earth 3*, Earth Sciences for Society Foundation, 12 p.
- BELLWOOD P., 2004. *First Farmers: The Origins of Agricultural Societies*. Blackwell Publishers, 360 p.
- BRICENO S. 2004. Une politique active sauve des vies. *Libération* 7341, 17 de Dezembro.
- BRYSON B., 2006. *Breve História de quase tudo*. 8ª ed., Quetzal Ed., Lisboa, 495 p.
- CAMPOS M.J.V., 2005. O terramoto de 1755. *História* 80, 20-27.
- CASTELO-BRANCO F., 1958. Do tráfego fluvial e da sua importância na economia portuguesa. *Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa* 76, 1-3, 39-66.
- COELHO A.G., 2006. Conjecturas sobre a causa e as observações dos fenómenos dos tremores de terra, em particular do grande terramoto de 1º de Novembro de 1755, que tão fatal se revelou para a cidade de Lisboa e cujos efeitos foram sentidos em África e mais ou menos em toda a Europa, pelo Reverendo John Michell (1724-1793). In: *Sobre as causas dos terremotos*, vol. 4, FLAD e Público, Lisboa, 19-196.
- COOK P.J. 1998. The role of the earth sciences in sustaining our life-support system. *Comunicações do Instituto Geológico e Mineiro* 85, 3-18.
- DAVIS B.A.S., BREWER S., STEVENSON A.C., GUIOT J., 2003. The temperature of Europe during the Holocene reconstructed from pollen data. *Quaternary Science Reviews* 22, 1701-1716.
- DE BOER J.Z., SANDERS D.T., 2002. *Volcanoes in Human History: The Far-Reaching Effects of Major Eruptions*. Princeton University Press, 295 p.
- DEARING J.A. 2006. Climate-human-environment interaction: resolving our past. *Climate of the Past* 2, 187-203.
- DIAMOND J. 2005. *Collapse: How Societies Choose to Fail or Succeed*. W. W. Norton & Company, New York. 575 p.
- DIAS J.M.A., BOSKI T., RODRIGUES A., MAGALHÃES F., 2000. Coast line evolution in Portugal since the Last Glacial Maximum until present – a synthesis. *Marine Geology* 170, 177-186.
- DINIS J.L., 2003. Da sustentabilidade do desenvolvimento: aspectos do “continuum naturale” versus obras de condicionamento no litoral e na bacia hidrográfica do Mondego (Centro de Portugal). *Livro de Resumos II Congresso sobre Planeamento e Gestão da Zona Costeira dos Países de Expressão Portuguesa*, Recife (Brasil), 12-19 de Outubro, p.336; *Anais* (CD-ROM), 356.pdf, 4p.
- DINIS J.L., HENRIQUES V., FREITAS, C., ANDRADE C., COSTA P., 2006. Anthropological and natural forcing mechanisms in the Holocene evolution of three coastal lagoons of Central Portugal. *Quaternary International* 150, 1, 41-51.
- DINIS J.L., TAVARES A.O., 2005. Susceptibilidade geomorfológica da costa ocidental portuguesa a tsunamis. *Comunicações ao III Congresso sobre Planeamento e Gestão das Zonas Costeiras dos Países de Expressão Portuguesa*, Maputo (Moçambique), 5-8 de Outubro; (CD-ROM), 32.pdf, 17 p.
- DOODY P., FERREIRA M. et al. (Eds.), 2006. *Viver com a erosão costeira na Europa – Sedimentos e espaço para a sustentabilidade*. Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, Luxemburgo, 38 p.
- FOLADORI G., TAKS J. 2004. Um olhar antropológico sobre a questão ambiental. *Mana* 10, 2, 323-348.
- FONSECA J.D., 2005. 1755. *O Terramoto de Lisboa. The Lisbon Earthquake*. Argumentum, Lisboa, 139 p.

- GRAY R., 2006. UN downgrades man's impact on the climate, *Sunday Telegraph*, 11 de Dezembro.
- HALLAM T., 2004. *Catastrophes and lesser calamities. The causes of mass extinctions*. Oxford University Press, 226 p.
- HANSEN J., SATO M. et al., 2006. Dangerous human-made interference with climate: a GISS modelE study. *Atmospheric Chemistry and Physics Discussions* 6, 12549-12610.
- HOLLAND D.H. 2005. Sea level, sediments and the composition of seawater. *American Journal of Science* 305, 220-239.
- KUIJT I., FINLAYSON B., 2002. The 2002 Excavation Season at Dhra', Jordan: Preliminary Excavation Results from the Jericho IX and Pre-Pottery Neolithic A period Components. *Neo-Lithics: Southwest Asian Lithic Research* 2, 2, 17-21.
- LARSEN C.S., 2006. The agricultural revolution as environmental catastrophe: Implications for health and lifestyle in the Holocene. *Quaternary International* 150, 12-20.
- McKEE J.K., 2005. *Sparing Nature: The Conflict Between Human Population Growth And Earth's Biodiversity*. Rutgers University Press, 210 p.
- NILSSON C., REIDY C.A., DYNESIUS M., REVENGA C., 2005. Fragmentation and flow regulation of the World's large river systems. *Science* 308, 5720, 405-408.
- ORESQUES N., 2004. Beyond the ivory tower – the scientific consensus on climate change. *Science* 306, 5702, p. 1686.
- PHILLIPS J.D., 2006. Evolutionary geomorphology: thresholds and nonlinearity in landform response to environmental change. *Hydrology and Earth Systems Science* 10, 731-742.
- PRESS F., SIEVER R., GROTZINGER J., JORDAN T.H. 2003. *Understanding Earth*. W. H. Freeman & Co., 568 p.
- RYAN W., PITMAN W. 1998. *Noah's Flood: the new scientific discoveries about the event that changed History*. Simon & Schuster, New York, 319 p.
- SCANDONE R., GIACOMELLI L., GASPARINI P., 1993. Mount Vesuvius: 2000 Years of volcanological observations. *Journal of Volcanological and Geothermal Research*, 58, 5-25.
- SHIRONG M., 1983. New features of the earthquake science in China. In: *30 Years' Review of China's Science and Technology, 1949-79*. Shanghai Scientific Press, 100-110. Acessado em 26 de Novembro de 2006, em <http://books.google.com/>.
- SIGURDSSON H., CAREY S. et al., 2006. Marine investigations of Greece's Santorini volcanic field. *Eos* 87, 34, 337+342.
- VICENTE G., 1902. *Carta a El-Rei D. João III sobre o terramoto de 1531*. As três Bibliothecas, Lisboa, 97-99.
- WATSON R.T., Core Writing Team (Eds.), 2001. *Climate Change 2001: Synthesis Report Stand.* IPCC (Intergovernmental Panel on Climate Change), Geneva, Switzerland. 184 p.
- WINCHESTER S., 2003. *Krakatoa: The Day the World Exploded, 27 August 1883*. HarperCollins Publishers, Nova Iorque, 432 p.

Terrorismo e Terrorismos

JOSÉ ANTÓNIO HENRIQUES DOS SANTOS CABRAL

Um dos conceitos mais difíceis de afinar em termos de direito internacional penal é o conceito de terrorismo. A razão de tal dissonância prende-se com a interligação que o mesmo assume em relação ao contexto cultural, político e histórico e em face dos objectivos em que estão envolvidos os grupos terroristas.

Não podendo pensar o conceito de terrorismo de uma forma monolítica, pois que está condicionado por aqueles factores, apontamos para uma procura de denominadores comuns em função de convenções internacionais e da existência de princípios caracterizadores das actividades terroristas aceites uniformemente pelos Autores que se dedicam ao estudo do fenómeno¹.

Numa aproximação ao núcleo do conceito de terrorismo podem considerar-se quatro elementos constitutivos:

- Um comportamento intencional pois que o acto terrorista é caracterizado pela sua minuciosa preparação o que em termos jurídicos se traduz na premeditação;
- O intuito de semear o terror, ou seja, a vontade de destabilizar as instituições e, essencialmente de criar um sentimento colectivo de insegurança;
- O objectivo de modificar o comportamento do alvo visado ou, como precisa a Convenção de Nova Iorque (Convenção Internacional para a repressão do financiamento do terrorismo) constranger um governo ou uma organização a praticar ou abster-se de praticar um qualquer acto.

¹ A dificuldade de acesso aos dados em matéria de terrorismo tem por consequência nas pesquisas que se elaboram: a maioria das pesquisas são construídas sobre fontes secundárias.

Para alguns autores 80% das pesquisas sobre terrorismo são construídas sobre matéria constante de livros, media ou artigos científicos já publicados.

- Por último um comportamento associado à utilização de meios de grande violência que justifica o tratamento de excepção que é outorgado ao terrorismo em termos jurídicos. O terrorista pretende dar uma dimensão espectacular ao seu acto consubstanciando o seu simbolismo.

Na literatura especializada, e nas bases de dados, são múltiplas as distinções conceptuais bem como a aglutinação grupal dos tipos de terrorismo. Pela sua importância merece uma referência especial a contraposição entre o terrorismo doméstico ou interno e o terrorismo de natureza internacional.

O primeiro confina-se a uma específica região ou contem-se dentro dos limites de um determinado Estado. Na prática é extremamente difícil encontrar-se exemplos de terrorismo doméstico no seu estado puro pois que estão quase sempre envolvidos operações transnacionais de natureza logística envolvendo movimentos de pessoas, armas ou explosivos. Por seu turno as campanhas terroristas visam a perpetração de violência com visibilidade suficiente para criar o medo e tal pressupõe a utilização dos media internacionais ou a influência sobre a opinião pública e governos estrangeiros.

Numa outra dimensão situa-se o terrorismo de natureza internacional ou, na linguagem mais sugestiva empregue por alguns Governos, e, ainda, mais pelas Agências, o terrorismo global. Aqui o campo de batalha é o Mundo. A RAND, instituição que se dedica ao estudo do fenómeno considera como actos de terrorismo internacional as acções em que os terroristas atravessam as fronteiras nacionais para realizar ataques ou atacam alvos estrangeiros dentro do seu território. As fronteiras são aqui irrelevantes.

Uma outra chave de interpretação refere-se aos respectivos agentes. Os Estados que são regimes de terror são tão antigos como a história da civilização. Não usam necessariamente as mais avançadas técnicas de controlo embora seja um denominador comum que os modernos Estados totalitários exploram os recursos e as potencialidades inerentes ao uso dos mais refinados meios de vigilância e de controle e de informação.

Por seu turno o terrorismo patrocinado pelo Estado é usado frequentemente como instrumento de política externa por regimes que usam o terror Estado para suprimir a oposição interna. Um exemplo típico deste tipo de terrorismo foi a actuação do regime de Khomeini².

² O terrorismo patrocinado pelo Estado estende-se a todo o tipo de terrorismo que se integra na estratégia global de um Estado ou de um grupo de Estados como elemento de uma estratégia directa (como a do Irão face a Israel) ou indirecta. Desde a Revolução Islâmica em 1979 que o estado Iraniano é acusado de estar implicado directa ou indirectamente em múltiplas actividades terroristas.

No que respeita à motivação de grupos terroristas pode-se estabelecer a distinção entre os grupos terroristas fundados sobre ideologia política que pretendem mudar a natureza do sistema político, social ou económico. Podemos exemplificar com os grupos de vocação revolucionária, independentemente da sua origem (v.g. Baader Meinhoff, Action Directe ou Brigate Rosse e o Sendero Luminoso). Numa outra vertente se encontram os Movimentos nacionalistas ou de origem étnica: esta categoria engloba os movimentos separatistas e autonomistas (IRA; ETA incluindo movimentos como Tigres Tamiã do Sri-Lanka ou PKK na Turquia).

Por último, mas não em último, uma referência às razões político religiosas nas quais, neste momento e por motivos evidentes se evidenciam os islamitas integristas radicais. Também aqui se integram organizações sionistas integristas radicais como o Kach ou as seitas milenaristas como Aum Shinrikyo.

Residual apresenta-se o terrorismo que visa um objectivo específico bem definido no contexto global do sistema (Animal Liberation Front ou o Anti-abortion bombers nos EU).

Relativamente aos meios empregues pode-se distinguir entre terrorismo de alta e baixa tecnologia:

O terrorismo de baixa tecnologia visa técnicas convencionais e investe intuitivamente no elemento Humano sendo os bombistas suicidas um exemplo extremo. Trata-se de um terrorismo “low-tech” que incide na utilização de meios mais artesanais e menos elaborados. Além disso, esta forma de terrorismo refere-se a maior parte das vezes a técnicas e modos operacionais clássicos, que lhe estão inerentes, e traduzem, assim, a sua relativa indiferença no que diz respeito a inovações tecnológicas.

Por seu turno o terrorismo de elevada tecnologia tem em conta os actos terroristas perpetrados por meio de tecnologias não convencionais e que necessitam de um elevado grau de conhecimentos científicos ou, ainda, de meios financeiros importantes. Trata-se aqui de um terrorismo “high-tech” que utiliza meios como as armas nucleares, as armas químicas, biológicas e bacteriológicas ou que, utilizando meios convencionais, os empregam de uma forma mais elaborada potenciando os efeitos destrutivos (caso dos atentados de 11 de Setembro).

A diversidade de aproximações categoriais suscitada pelo conceito de terrorismo provoca uma pluralidade de perspectivas que correspondem a visões parcelares de uma mesma questão global.

Assim, para alguns, o terrorismo deve ser visto como uma guerra. Como defende Sederberg não é surpreendente que os ataques terroristas e o

combate aos terroristas evoque a metáfora da guerra. Para ele, os Governos sempre tiveram a tendência a utilizar a retórica da guerra quando fazem face a uma nova ameaça ou um novo desafio. A utilização de grupos militares evoca sempre imagens de solidariedade e de sacrifício; de heroísmo e patriotismo. Estas imagens têm um forte poder e galvanizam os cidadãos dando-lhes a percepção de que podem viver com uma ameaça e vencê-la.

Para outros o terrorismo é percebido como um fenómeno criminal, grave e global, mas sempre, e além do mais, um crime, o que constitui uma segunda metáfora possível. Em abono de tal perspectiva é certo que os actos terroristas fazem parte dos crimes catalogados nos Códigos Penais e, também, como afirma Sederberg, apesar de numerosas diferenças, as actividades dos grupos terroristas podem, em vários pontos, ser comparadas à dos grupos criminosos organizados. Nos dois casos existe coordenação nas trocas de dinheiro, de informações, de pessoal e de material.

Igualmente é exacto que a forma pela qual os grupos terroristas têm procurado misturar-se com a população, e encontrar vulnerabilidades susceptíveis de os ajudar a cometer os seus actos terroristas, permite também uma aproximação com as operações ligadas ao crime organizado. Neste sentido, não é por conseguinte, surpreendente que os instrumentos utilizados para combater o terrorismo assumam paralelismo com alguns dos utilizados para prevenir o crime.

Dois segmentos concretos de actuação de polícias e serviços de informações permitem vislumbrar exemplos de tais pontos de contacto. Assim, a actividade de produção e análise de informações é essencial para as polícias tal como está no cerne da luta anti-terrorista. Os serviços de informações recolhem dados que têm um interesse para a segurança do Estado, quer seja a nível nacional ou internacional e, pela sua análise, tentam identificar os indivíduos, ou os grupos, que colocam uma ameaça real à segurança do país. Fala-se aqui de ameaça "real", a não confundir com ameaça "percebida" (embora seja necessário admitir que a diferença entre os dois é às vezes difícil de estabelecer).

A informação compreende duas esferas de acções: – por um lado, as informações externas que visam acompanhar o desenrolar das actividades diplomáticas, militares e económicas e, por outro, as informações nacionais que têm por objectivo identificar as ameaças dirigidas contra a ordem interna do país e conter as actividades dos serviços informação estrangeira.

Um dos objectivos mais importantes que as agências de informação anti-terroristas procuram é ter êxito a antecipar o comportamento dos terroristas e por conseguinte, ter êxito a predizer os seus ataques. No entanto,

em matéria de informações, as previsões exactas são muito raras, porque aquelas são, a maior parte das vezes, de ordem muito geral. Além disso, um dos problemas com que se debatem as agências de informações, e que trava fortemente, a sua capacidade, é a má circulação da informação. Esta má circulação está presente a nível internacional (entre as agências de diversos países), mas igualmente a nível nacional (entre as agências de um mesmo país).

A informação é considerada em geral como um bem precioso que pode ser compartilhado após um processo de negociação intenso. Resumidamente, a livre troca de informação não existe no mundo da Intelligence e, ainda que um acordo exista, pode suceder que os elementos chave da informação partilhada sejam omitidos deliberadamente.

Uma boa coordenação entre as diferentes agências de informações é, por conseguinte, essencial para levar a efeito as operações que visam proteger as nações. No entanto esta coordenação é muito imperfeita quer no sentido vertical quer horizontal.

Além disso, a quantidade de informações produzida é tal que é impossível de analisar rigorosamente o que constitui o paradoxo da informação. Por um lado, assistimos ao crescimento da disponibilidade das informações; as tecnologias de informação facilitam imensamente a recolha e o armazenamento de informações, quer seja pelas formas clássicas quer a partir de vigilância electrónica. Por outro lado, estas mesmas tecnologias geram efeitos perversos como uma multiplicação das fontes de dados e um crescimento demasiado rápido da importância destas mesmas tecnologias.

Os serviços de informação têm de prever que a superabundância de informações pede um trabalho extremamente laborioso de limpeza ou análise de informação. Demasiados dados e informações a tratar, mas sem as pessoas para as analisar, geram uma situação de bloqueio em que a quantidade entra em rota de colisão com a qualidade. As autoridades são ultrapassadas e ficam incapazes de responder aos desafios das tecnologias de ponta.

Exemplo clássico do exposto são os acontecimentos do 11 de Setembro. Os serviços americanos possuíam informação necessária e relevante sobre a ameaça terrorista, mas foram incapazes de a tratar e analisar, e transmitir, por forma a possibilitar uma percepção da tempestade que se aproximava.

Um outro ponto de aproximação entre o combate com o fenómeno criminal e o contra-terrorismo surge na aproximação ao tema de prevenção, nomeadamente a prevenção situacional. Para Cusson a prevenção situacional designa as intervenções não penais que visam impedir a passagem ao acto, alterando as circunstâncias específicas nas quais uma série de delitos

semelhantes é cometida ou podia ser cometida. A premissa que subjaz à teoria da prevenção situacional é de que um agente insensível ao apelo de justiça, ou sanções morais, poderá pelo menos ser dissuadido pela mensagem veiculada por uma medida de prevenção: isto implica que a prática do delito exigirá mais esforços, será mais arriscada e menos benéfica para o seu autor (critério de risco benefício que um criminoso procura lidar a seu favor).

Grande parte das medidas anti-terroristas sobre as quais actuam as agências públicas ou privadas são medidas de prevenção situacional: a televigilância; os controlos de acessos e o target hardening fazem parte deste grupo.

Resta-nos uma referência á terceira metáfora possível que é a do terrorismo visto como um vírus, ou seja, uma doença que se propaga através do mundo e do qual ninguém está salvaguardado. Como um vírus propaga-se sem respeito pela idade, ao sexo ou o estatuto. A sua génese encontra-se nas ideias apreendidas e nas difíceis condições económicas ou sociais. Para combater o terrorismo os meios “musculados” são passíveis de serem utilizados mas não tocam realmente o cerne do problema.

Quando se vê o terrorismo como um cancro ou um vírus, é inútil tentar remediar por meios de superfície. De acordo com esta lógica a prevenção do terrorismo tocará, por conseguinte, por medidas doutro tipo e os métodos preventivos utilizados para esse efeito referem-se, geralmente, ao indivíduo e/ou ao ambiente no qual este último evolui. O objectivo destas medidas é tornar as pessoas imunes às ideias ou aos comportamentos terroristas, nomeadamente, através do desenvolvimento de melhores condições sociais/económicas/políticas e ao desenvolvimento psicológico dos jovens.

Os trágicos acontecimentos do 11 de Setembro de 2001 destacaram tendências latentes no sistema internacional. Uma das mais significativas é a emergência de uma violência transnacional que se manifesta por um fenómeno de terrorismo global visando efeitos letais e mediáticos cada vez mais importantes.

Face a tal desafio vital os Estados tendem a organizar-se e a elaborar respostas colectivas. Gradualmente, apesar das dificuldades jurídicas e políticas, inicia-se a construção de um vasto sistema de cooperação internacional a todos os níveis.

Este novo formato do antigo fenómeno do terrorismo inscreve-se na mudança global do mundo na sequência do desaparecimento da Guerra-fria e da própria globalização³. Mas, no seu perfil genético existe, essencial-

³ A partir dos anos oitenta do século passado inicia-se o desaparecimento do equilíbrio bipolar com que o mundo tinha vivido, desde o final da II Guerra Mundial. Durante o tempo

mente, uma mudança sócio política em relação às condições de surgimento destes grupos e a sua constituição. Nesta nova configuração o terrorismo procedente dos grupos islamistas radicais desempenha o papel essencial.

De uma lógica de grupos estruturados com reivindicação explícita de natureza ideológica passou-se para uma nova geração de combatentes transnacionais procedentes das escolas do Afeganistão, e da fronteira paquistanesa, com palavras de ordens genéricas e universais. Esta globalização do conteúdo da mensagem suprimiu a dialéctica que, paralelamente ao acto terrorista, atestava a violência política entre o Estado e o terrorista. Doravante, desferiu-se o atentado de forma maciça, e sem qualquer sentido de proporcionalidade, indiferente a qualquer resposta do adversário a qual, aliás, é irrelevante (restituição de prisioneiros, resgate) – não se dá nem se espera misericórdia. “O chahid”, o mártir, o suicídio programado dos autores anima este sentimento de vontade inquebrantável.

Verdadeiramente o que está em causa é uma guerra sem limites declarada por um grupo de pessoas determinado não só a atingir um tipo de sociedade (sociedade ocidental) mas todos aqueles que não comungam do mesmo credo e valores e que, como tal, são infiéis. Esta situação estilhaça as fronteiras entre o conceito clássico de guerra e de terrorismo ou entre o conceito de segurança interna e externa. A alegação de inserção numa organização supranacional é, frequentemente, puramente formal.

Podemos dizer que a evolução do fenómeno aponta características que constituem uma mudança substancial do paradigma existente:

- O terrorismo tornou-se mais sangrento. Nos anos 80, e no contexto de outro tipo de terrorismo, o objectivo do terrorista era, essencialmente, ter “muita gente a ver”. Existia uma constrição nas acções, ou um certo código de comportamento operacional, que estava ligado à necessidade de manter a coesão do grupo; de evitar a fuga de apoiantes ou de evitar a indignação da sociedade.

Tal actuação deu hoje lugar à violência indiscriminada e em, larga escala, uma vez que os terroristas estão envolvidos em conflitos étnicos e religiosos cada vez mais brutais. À medida que o terrorismo se torna um lugar comum a atenção dos media internacionais e nacionais prende-se com a desumanização dos meios e o número de mortos (Muita gente a ver e muita gente morta).

que durou o «equilíbrio do terror», baseado na ameaça nuclear e na mútua destruição assegurada, as esferas de influência, exceptuando algumas franjas, encontravam-se delimitadas. Por isso, os conflitos eram laterais, travando-se por interpostos agentes e através do apoio a regimes ou grupos insurgentes.

Por alguma forma tal pressuposto prende-se com as previsões de alguns peritos apontando para a possibilidade de uma aumento qualitativo do grau de violência com uso de instrumentos de destruição maciça. Daí também a importância da análise de intenções do inimigo baseada na vulnerabilidade.

Em segundo lugar o terrorismo desenvolveu novas formas de financiar as suas operações.

Terceiro: o terrorismo depende cada vez menos de Estados que o apoiem.

Com o fim da Guerra-fria e a partida da União Soviética do Afeganistão os conflitos locais deixaram de ter um significado estratégico. Este desenvolvimento facilitou a resolução de alguns dos conflitos existentes, onde guerrilhas e governos fizeram a paz. Outros ficaram no terreno entregues a objectivos ultrapassados: alguns como os velhos Palestinos ficaram enfraquecidos. Outros, como na América Central, tornaram-se bandidos locais. Mas muitos outros como os veteranos do Afeganistão sobreviveram, tornaram-se mais fortes e criaram organizações autónomas.

Em quarto lugar desenvolveram-se novos modelos de organização terrorista transformando-se em sofisticadas organizações.

O objectivo que norteia toda a organização do terrorista é a sobrevivência que depende da manutenção do secretismo e da segurança operacional, impedindo infiltrações e punindo os traidores. As organizações maiores, e as operações mais ambiciosas, têm uma especialização funcional, com indivíduos devotados a recrutar, a treinar, na área de Intelligence, no reconhecimento, no planeamento, na logística, nas finanças, na propaganda, e nos serviços sociais (vg a sustentação para viúvas, órfãos e famílias de terrorista suicida). A especialização funcional conduz normalmente à hierarquia e à burocracia, como na Al-Qaida antes de 9/11. Alguns grupos são organizados como exércitos diminutos com equipas de funcionários e brigadas. Mas as hierarquias têm a desvantagem de estarem abertas à penetração externa e podem fazer perder a vantagem da iniciativa.

A Al-Qaida parece ser um dos primeiros grupos a organizar-se de acordo com um modelo internacional de empresa de negócios: organização hierárquica mas não piramidal, descentralizada mas ligada em rede, capaz de juntar e alocar recursos e coordenar operações, mas difícil de escrever ou penetrar. As organizações em redes têm benefícios operacionais numerosos: são rápidas na apreensão, adaptáveis. Para funcionarem bem as redes requerem a partilha de crenças fortes; uma visão colectiva, uma base original para a confiança, e comunicações excelentes.

A importância desta transformação implicou que as redes terroristas se tenham tornado em objecto de análise intensa na comunidade de Intelligence.

Quinto: os terroristas são capazes de promover campanhas à escala global. Mais do que qualquer consideração a realidade do atentado 9/11 ou o movimento Jhadista fala por si.

Em sexto lugar os terroristas exploram as novas tecnologias de comunicação. Para os terroristas, a tecnologia mais significativa não são as armas, mas uma comunicação directa com audiências múltiplas. O terrorismo, como se referiu, visava originalmente chamar a atenção do público. Os desenvolvimentos tecnológicos nos 1960 e 70s – a ubiquidade da televisão; as câmaras de televisão portáteis, satélites de comunicações, up links aos grupos remotos da notícia, redes globais de comunicação em rede – permitem aos terroristas alcançar audiências mundiais quase instantaneamente. Através de actos de violência dramáticos, os terroristas podem virtualmente garantir a cobertura mediática, intensificar o terror e inflacionar a sua própria importância.

Por último, os terroristas pretendem conseguir resultados estratégicos.

Com os actos de violência dramáticos, os terroristas atraíram sempre a atenção, o alarme, provocando a crise e obrigando os governos a esquecer os imperativos da segurança, fazendo, ocasionalmente, concessões. Estratégicamente, embora menos eficazes, podem às vezes pressionar negociações e impedir a definição dos conflitos. Em democracias frágeis, poderiam mesmo fragilizar e até provocar a queda de um governo por alteração da correlação de forças.

Entretanto, os terroristas desenvolveram gradualmente formas de conseguir resultados estratégicos a níveis qualitativos superiores.

O melhor exemplo é 9/11, que provocou a morte de quase 3.000 pessoas, causou centenas de biliões de dólares nos danos, e afectou ainda a economia americana, influenciando profundamente a política internacional.

A estratégia final do terrorista não é baseada em conseguir a superioridade militar, mas em tornar insuportável a vida do inimigo infligindo grande número de baixas, destruindo o turismo e acabando com o investimento. Quanto maior for a escala a que tal se verifica, mais cumpridos se encontram os objectivos deste novo terrorismo.

Para além do exposto, importa ter presente as evoluções sociológicas suscitadas pela globalização, tornando cada vez mais nebulosas as barreiras entre crime organizado e terrorismo, e difícil a caracterização destes novos grupos. A desregulação financeira trouxe com ela os peritos no contornar das regras fiscais nacionais, bem como os circuitos internacionais de todo o género de tráficos. Na verdade, ligadas muitas vezes a organizações terroristas, encontram-se actividades como o tráfico de droga e articula-se uma galáxia de tráfegos subalternos (cigarros, automóveis, armas, pessoas humanas, etc.). Frequentemente, as aparências caritativas são a camuflagem de organizações de apoio a actividades terroristas que prosseguem objectivos globais ou sectoriais. Os acontecimentos do 11 de Setembro mostraram que

as redes terroristas islamistas apoiavam-se sobre organizações parcialmente caritativas (fundações islâmicas etc.).

Estes grupos transversais, que vivem à margem do Estado e do sistema internacional, quando não o combatem directamente, conjugam regras e princípios modernos de gestão da acção criminosa com justificações políticas e/ou religiosas. Defendendo as suas posições pelas armas, copiam, às vezes eficazmente, os Estados, reivindicando o uso exclusivo da violência. Esta toma geralmente a forma do terrorismo com capacidades técnicas acrescidas e aumentadas, e/ou guerrilha (Farc; máfias colombianas ou russas, Sendero Luminoso, Al-Qaida, etc.).

A mudança exerce-se, também, no campo sociológico. Os novos terroristas, nomeadamente os militantes do Islão radical, recrutam-se doravante nas universidades científicas e técnicas do mundo árabe muçulmano quando não ocidental, junto de imigrantes de uma terceira geração mal integrada e de jovens, de cujo fundamentalismo radical ninguém suspeitaria.

Saiu-se do atentado primitivo sem qualquer elaboração, para o da sofisticação conceptual e do apuro técnico, em que o objectivo é provocar a maior destruição possível. Esta conjugação entre um nível intelectual de primeiro plano, uma vontade sem falha e a escolha do sacrifício, torna estes homens e estes grupos extremamente perigosos.

Refira-se, ainda, que é necessário destacar a inserção destes grupos na mundialização e a exploração desta em seu proveito. Esta inserção faz-se em dois níveis: por um lado, pela conexão de grupos díspares que se juntam e se afastam e comunicam pelo uso sofisticado da internet e da rede mundial.

Por outro lado, estes grupos exploram as falhas da globalização financeira valorizando o seu apoio sobre as praças financeiras offshore e os paraísos fiscais. A cooperação internacional dos Estados, corresponde uma cooperação internacional das organizações terroristas

Suprimindo-se a dialéctica entre o Estado e o terrorista, não existe ponto de contacto que não o do terror. A ausência de qualquer expectativa de resposta, ou empatia pelas vítimas ou pela sociedade, dá livre curso aos impulsos mais destrutivos para com aos alvos mais variados. Estamos em crer que tal factor exponencia a probabilidade de ameaças de terrorismo nuclear, radiológico, biológico ou químico (NRBC)⁴.

⁴ Pela sua actualidade destaca-se o estudo de Christoph Wirz e Emmanuel Wenger "Use of nuclear weapons by terrorists International Review of Red Cross Setembro de 2005 em que

Três temas de reflexão sobre o terrorismo

As principais referências relativas à Al Qaeda e sobre organizações similares tendem a reproduzir, como por mimetismo, as formas de transmissão especializadas e descontextualizadas, produzidas pelos serviços de informações.

Estas formas de saber processam-se por vezes á margem de qualquer responsabilidade democrática e avaliações críticas efectuadas por outras

se conclui que os obstáculos para os terroristas adquirirem armas nucleares são extremamente altos. Fabricar um engenho nuclear é uma tarefa difícil mesmo para países.

O Iraque tentou-o há quinze anos com um projecto no montante de 10 biliões de dólares e 7.000 empregados e não o conseguiu. O tratado de Não Proliferação Nuclear, principal pilar da não proliferação nuclear, foi fortalecido e introduzidas salvaguardas. Para os membros do NPT é muito difícil desenvolver armas nucleares sem causar suspeita, especialmente em relação àqueles países sujeitos às regras da Agência Internacional de Energia Atómica e, nomeadamente, o Protocolo Adicional de Salvaguarda de 1997.

A actual situação de concretização de poderio nuclear pela Coreia do Norte e concretização de tal poder pelo Irão, induz profundas alterações no equilíbrio geoestratégico, anunciando uma corrida às armas nucleares por países até agora afastados de tal corrida.

Os instrumentos normais contra a proliferação impedem o terrorismo nuclear. Um empenhamento maior no fortalecimento do NPT, a redução do número de ogivas nucleares e a redução do material crítico de fissão nuclear, reduziria ainda mais os riscos do terrorismo nuclear.

Em contraste com o nuclear, conclui o mesmo estudo que não existem obstáculos intransponíveis para a aquisição e uso de armas radiológicas por um grupo terrorista bem organizado, mesmo considerando tal acção como envolvendo alta tecnologia. Os peritos calculam a probabilidade de tal ataque nos próximos dez anos e cerca de 40%.

O estudo em apreço merece toda a credibilidade. Porém, omite uma parte do problema que ainda hoje se encontra envolto em penumbra. Na verdade, após a queda do bloco soviético os controles sobre as bases militares daqueles países onde se encontravam engenhos nucleares sofreu uma diminuição ou, eventualmente um descontrolo. A Rússia, a Ucrânia, a Bielo-Rússia e o Cazaquistão tornaram-se dos principais fornecedores de materiais nucleares obtidos ilegalmente. O mercado das “bombas evadidas”, como é chamado por vezes, é dos segredos mais bem guardados da luta contra o terrorismo. Porém, a transacção de tal tipo de material, inexistindo controles, não é difícil, pois que a produção de uma arma nuclear necessita de pouca matéria-prima: 3 a 24 Kg de urânio enriquecido ou 1 a 8 KG de plutónio, para construir uma bomba atómica tão potente como a que destruiu Hiroshima.

Um facto inegável é o de que, em 1993 em Svmorput, perto de Murmansk, foi detido um indivíduo detendo 4,5 Kg de urânio enriquecido, apto a fabricar um engenho nuclear e proveniente do combustível de reactores de submarinos nucleares. Em 1998 o FSB (ex KGB) desmantelou uma rede que se propunha furtar 18,5 Kgs de matérias fissíveis em Cheliabinsk no laboratório militar ali existente. Segundo informação corrente no mundo dos serviços de informações, dezenas de malas bomba contendo engenhos nucleares de reduzida potência, desapareceram dos arsenais da antiga URSS sem que se conheça o seu paradeiro.

Segue-se a tese defendida por Jean François Daguzan.

instituições. O saber produzido pelos serviços de informação beneficia de uma espécie de estatuto privilegiado a esse respeito. Contudo, este estatuto depende precisamente da ausência de crítica aberta, o que constitui a condição *sine qua non* da distinção entre saber e dogma.

Em segundo lugar, os pedidos de novas formas de segurança começaram a agir como pedidos de novas formas de governo. Quando as novas tecnologias são tratadas como simples adições a processos políticos estabelecidos, as técnicas e estratégias específicas podem gerar novas formas de controlo social. As formas de responsabilidade, associadas às formas modernas de governo, são subvertidas progressivamente pelos procedimentos de controlo social.

Em terceiro lugar, a fixação ao valor dado às novas tecnologias e à ideia de um caos quase apocalíptico como única alternativa ao monopólio da violência num território específico, articula as considerações sobre a segurança em redor de uma capacidade de controlar o futuro. Existem motivos de preocupação com o alargamento dos pedidos de segurança para controlar as populações, em relação não somente aos perigos que existem com referências tangíveis e concretas, mas também com as ideias especulativas, abstractas e metafísicas sobre futuros que podem apenas ser imaginados. As denominadas doutrinas de guerra preventiva e de polícia dinâmica exprimem, por alguma forma, estas tendências complexas. Acrescenta-se o facto de os profissionais da política e os membros dos serviços de informação e de segurança, se encontrarem cada vez mais em competição para avaliar o que se passou e o que vai passar-se. Ao nível da União Europeia por exemplo, o Conselho avalia as ameaças a partir dos trabalhos do Centro de Situação cujas avaliações são diferentes das produzidas pela Europol.

Em quarto lugar, os conhecimentos que emanam dos serviços de Informação e de segurança beneficiam frequentemente de um estatuto privilegiado, em relação aos que provêm dos outros actores políticos. É uma consequência da forma como os meios de comunicação social de massa emprestam atenção às vozes das elites específicas.

Por último, há que reconhecer que as reivindicações securitárias devem ter subjacente a preocupação de evitar abusos, desde logo impostos por definições globalizantes e categorias totais, como as derivadas da contraposição amigo e inimigo.

Os Direitos do Homem

A dignidade do homem e o respeito pelo património universal que consubstancia os Direitos do Homem é uma das razões da nossa Razão.

E a verdade é que, neste momento, se constata a erosão de princípios gravados na nossa matriz de sociedade livres, governadas pela Lei e pela Justiça.

Paradigma de uma situação deste tipo, é a excepção da bomba retardada, já engrenada (“ticking time bomb”) que foi apresentada como uma justificação do recurso à tortura e a outras penalidades ou tratamentos cruéis, inumanos ou degradantes, por ocasião do interrogatório de presumidos terroristas. O argumento de que é legítimo o recurso àquela tortura, ou outras formas de tratamento indigno, por forma à obtenção de informações de que uma pessoa é suspeita deter e que respeitam a uma bomba pronta para explodir, causando prejuízos incomensuráveis sobre a vida e a propriedade, é indubitavelmente controversa.

Sem procurar definir se a tortura é um método eficaz para extrair informações fiáveis, invoca-se hoje o estado de necessidade que exonera a responsabilidade penal de um agente, cuja acção ilegal era necessária para impedir uma perda mais importante de vidas humanas. O estado de necessidade é, pois, um argumento utilitário que implica a escolha do menor de dois males ou, como se diz frequentemente, o fim justifica os meios.

Os Estados Unidos justificaram-se, recentemente, com o exemplo de um prisioneiro em Guantanamo Bay, suspeito de possuir informações necessárias para impedir um ataque terrorista iminente, que sofreu técnicas de interrogatório ainda mais agressivas que as já previamente autorizadas pelas autoridades. Não foi demonstrado se existia, ou não, um verdadeiro perigo iminente ou se as técnicas de interrogatório autorizadas não eram suficientemente eficazes. Alguns universitários, como o Professor de Direito da Universidade de Harvard, Alan Dershowitz, contribuíram para o debate preconizando o emprego “de mandatos” a regulamentar o recurso à tortura, perante os cenários do tipo “bomba retardada”. O seu raciocínio é baseado no facto de este tipo de regulamento oficial permitir uma forma de controlo sobre a utilização da tortura, a fim de impedir um caso provado e iminente de terrorismo maciço.

O Tribunal Supremo de Israel inclinou-se sobre a excepção “da bomba retardada” num acórdão importante, relativo aos métodos de interrogatório empregues pelos serviços gerais de segurança israelita (GSS). O Estado de Israel não negou que os métodos de interrogatório em causa tinham sido empregues, argumentando, antes, que aqueles não constituíam formas de tortura, ou de penalidades ou tratamentos cruéis, inumanos ou degradantes e que, conseqüentemente, eram meios legais. Considerando esta tese, Israel apelava ao estado de necessidade como justificação do emprego, pelos interrogadores e, em último recurso, “de pressões físicas ‘moderadas’”.

No seu acórdão, o Supremo Tribunal de Israel decidiu que o estado de necessidade não pode servir de justificação para o recurso à tortura ou outros

meios de interrogatório proibidos: “A defesa do princípio do estado de necessidade, não pode servir de base para este exercício de autoridade”.

O raciocínio que subjaz à conclusão do Tribunal assenta sobre a natureza do estado de necessidade. O Tribunal reconheceu, todavia, que o estado de necessidade poderia, em certas circunstâncias, ser invocado como meio de defesa em processo penal por um interrogador, em função do direito penal nacional. O Tribunal notava igualmente que esta defesa tem mais possibilidades a ser suscitada no caso de cenário da bomba tardada ou de acto terrorista iminente.

Porém, e fundamentalmente, ao decidir que certos métodos de interrogatório eram proibidos, o Supremo Tribunal Israelita confirmou a aplicação das normas internacionais que proíbem a tortura e de outras formas de maus tratamentos. Como ali se refere: “Estas proibições são absolutas, não há excepções e não há que procurar um equilíbrio.”

Na verdade, a necessidade de prevenir e investigar atentados terroristas não pode colocar em causa princípios inderrogáveis da nossa civilização decorrentes da essencial dignidade da pessoa humana: a proibição de tortura.

A afirmação do mesmo estado de necessidade foi negada pelo Tribunal Constitucional Alemão, quando interpelado sobre a questão da admissibilidade do abate de avião civil, usado como arma contra vidas humanas. O Acórdão declarou inconstitucional a lei que permitiria abater aviões civis usados como armas contra vidas humanas. Entre outros fundamentos, o tribunal entendeu que a medida violaria o direito à vida, em conjugação com o princípio da dignidade da pessoa humana. Quase em simultâneo, a Duma da Rússia aprovou por larga maioria (423 votos a favor, 8 abstenções e 1 voto contra) um diploma que autoriza as forças armadas a abrir fogo sobre um avião civil depois da confirmação de que foi desviado para atingir alvos vitais.

Direito Penal do Inimigo

Nas últimas décadas do século XX eram já evidentes os sinais de uma criminalidade organizada transnacional que colocava muitas vezes em causa o relacionamento dos povos e os fundamentos do Estado de Direito, à qual se juntaram os actos de um terrorismo nacionalista e/ou ideológico que começava a fazer o seu percurso.

É neste condicionalismo que ocorrem dois acontecimentos com uma densidade histórica marcante, ou seja, a queda do muro de Berlim e, posteriormente, o 11 de Setembro. Se o primeiro representa o fim de uma era de confronto entre modelos de sociedade e a imposição de um modelo

global de economia, o segundo anuncia o choque de civilizações à escala planetária e por todo os meios possíveis.

Na verdade, o 11 de Setembro representa uma nova classe de desafios em que, a um confronto geoestratégico caracterizado por uma gestão de riscos calculada com base na correlação de forças, sucede a aliatoriedade de uma insegurança, cujos contornos se desconhecem, mas que persegue o nosso quotidiano.

Essas tendências repercutiram-se de modo inexorável, no Direito Penal falando-se hoje num Direito Penal do Inimigo. Esta expressão (*Feindstrafrecht*) foi utilizada por Jakobs, primeiramente em 1985, mas o desenvolvimento teórico e filosófico do tema, somente foi levado a cabo a partir da década de 1990 com base nas políticas de combate à criminalidade nacional e/ou internacional.

Na sua obra “Direito Penal do Inimigo: Noções e Críticas” verificamos a forma linear e apelativa com que os princípios conformadores da teoria são apresentados. Primeiramente, o autor faz a distinção entre o cidadão de bem e o inimigo, sendo que o primeiro pode até infringir alguma norma, mas os seus direitos de cidadão-acusado serão preservados. Já o inimigo não é vinculado às normas de direito e sim à coacção que, segundo Jakobs, é a única forma de combater a sua periculosidade.

Tal pressuposto, resulta da circunstância de o delinquente-inimigo infringir o “contrato social” (previamente firmado com o Estado) de tal forma que ele não é digno do seu “status” de cidadão. Ressalva-se que o título de inimigo não é destinado a qualquer um, mas, tão-somente, àqueles que se integram no perfil traçado pelas palavras de Jakobs:

“[...] um ordenamento jurídico deve manter dentro do Direito também o criminoso, e isso por uma dupla razão: por um lado, o delinquente tem direito a voltar a ajustar-se com a sociedade, e para isso deve manter o seu status de pessoa, de cidadão, em todo o caso: sua situação dentro do Direito. Por outro, o delinquente tem o dever de proceder à reparação e também os deveres tem como pressuposto a existência de personalidade, dito de outro modo, o delinquente não pode despedir-se arbitrariamente da sociedade através de seu acto”.

Em Jakobs, contrapõem-se duas tendências opostas no Direito Penal, as quais convivem no mesmo plano jurídico: o Direito Penal do Inimigo e o Direito Penal do Cidadão. Ao primeiro, cumpre a tarefa de garantir a vigência da norma como expressão de uma determinada sociedade (prevenção geral positiva). Ao outro, cabe a missão de eliminar perigos.

O pressuposto teórico para a admissão de um Direito Penal do Inimigo consiste na possibilidade de se tratar um indivíduo como tal e não como

pessoa. Nesse sentido, Jakobs inspira-se em autores que elaboram uma fundamentação “contratualista” do Estado. Assim, para Rousseau, inimigo, ao infringir o contrato social, deixa de ser membro do Estado, está em guerra com ele; logo, deve morrer como tal”. Segundo Hobbes, “Em casos de alta traição contra o Estado, o criminoso não deve ser castigado como súbdito, senão como inimigo”. Para Kant, “Quem ameaça constantemente a sociedade e o Estado, quem não aceita o estado comunitário legal, deve ser tratado como inimigo”.

Para Jakobs, inimigo é todo aquele que reincide persistentemente na prática de delitos ou que comete crimes que ponham em risco a própria existência do Estado, apontando como exemplo maior, a figura do terrorista. Inimigo é todo aquele que se recusa a entrar num estado de cidadania, não pode usufruir das prerrogativas inerentes ao conceito de pessoa. Se um indivíduo age dessa forma, não pode ser visto como alguém que cometeu um “erro”, mas como aquele que deve ser impedido de destruir o ordenamento jurídico, mediante coacção.

Tal postulado tem profundas conseqüências a nível da própria conformação do direito penal e do direito processual penal, pois que o seu objectivo, não é a garantia da vigência da norma, antes se reconduzindo à eliminação de um perigo.

Estamos em crer, que só por mera miopia jurídica se pode negar a necessidade de uma especial atenção e conformação do direito penal em relação a sujeitos, cujos actos ilícitos colocam em causa a nossa vivência colectiva e os princípios que orientam as sociedades democráticas. É que estes demonstram um desprezo olímpico por tudo e todos aqueles que não comungam dos mesmos valores e a dor e o sofrimento, são vistos como meros instrumentos de luta.

Tais realidades não se podem escamotear pois que a adaptação do direito penal a estas novas realidades e a auto-defesa da sociedade são questão de sobrevivência desta. Não admira, assim, que a construção Direito Penal do Inimigo seja vista para muitos como exigência irrenunciável da protecção do Estado e dos Cidadãos ou, por oposição, como objecto da reserva por aqueles que o vêem como uma insuportável afronta de princípios inscritos no património civilizacional das nossas sociedades.

Existe todavia um núcleo essencial de direitos, liberdades e garantias que não pode ser afectado nesta luta contra o crime, sob pena de descaracterização do Estado de direito democrático. A superioridade ético-política, confere ao Estado de direito democrático uma vantagem decisiva na luta contra o terrorismo. A vinculação a princípios jurídicos e a valores universais, não deve ser visto como um limite, mas sim a fronteira que separa o Terror daqueles que o combatem.

A Medicina do Terror

O aumento do terrorismo global, provocou exigências médicas específicas que, para alguns autores, podem ser sistematizadas sob a epígrafe Medicina do Terror. Seguindo Shapira e Cole, dir-se-á que, independentemente da questão de saber se esta deve ser estudada como uma disciplina, ou como parte autónoma da área de saúde pública, o certo, é que os seus parâmetros e especificidades, devem ser compreendidos e ensinados.

A infeliz experiência de alguns Estados nesta área, em particular Israel, provocou uma profunda evolução de conceitos e de práticas (desde 2000 morreram 1.100 civis israelitas e 7.500, ficaram feridos em resultado de explosões provocadas por bombistas suicidas). A experiência incidiu, essencialmente sobre quatro largas áreas: prevenção, gestão incidente, caracterização das lesões e respostas, e consequências psicológicas.

A prevenção implica sectores tão distintos como o estabelecimento de padrões de procedimento operacional até ao aprovisionamento de materiais. Estes materiais armazenados devem combinar as necessidades das vítimas, não somente em função da utilização de explosivos, mas também de outras armas potenciais como agentes biológicos, químicos, e radiológicos.

A prevenção implica também a capacidade de receber aumentos potenciais de vítimas numa situação de crise.

Finalmente, a prevenção requer a preparação dos profissionais da área da saúde sobre os vários agentes convencionais e não-convencionais, os seus efeitos clínicos, e suas implicações para a gestão médica e administrativa.

Uma segunda área da medicina do terror, relaciona-se com a gestão do incidente. A definição de procedimentos adequados, começa quando os responsáveis médicos do sistema da emergência, chegam a um cenário de crise e um responsável pré-designado, avalia a condição de cada vítima.

Em Israel, como referem os autores citados, uma vez que o *modus operandi* é “scoop and run”, somente o tratamento mínimo é providenciado no local do ataque, como a manutenção da respiração nas vias respiratórias ou da pressão destinada a parar a hemorragia externa. Os sobreviventes mais severamente feridos, são objecto de triagem e transportados para um centro traumático de primeiro nível, ou seja, um hospital com equipamento avançado e especiais aptidões na terapia do trauma. Feridos menos graves, podem ser transportados para centros traumáticos de segundo ou terceiro nível, com intuito de não sobrecarregar um único hospital. As ambulâncias começam a chegar aos hospitais dentro de 20 minutos após o ataque.

Uma segunda triagem ocorre em cada hospital, onde as vítimas podem chegar a uma frequência de uma, em cada 20 segundos. Na entrada da área da emergência, cirurgiões designados avaliam cada nova vítima. As mesmas

são objecto de triagem e enviadas para uma de três unidades de acordo com a severidade de ferimento: 1) severo e crítico; 2) moderado; 3) suave.

Os hospitais comunicam entre si e com as autoridades policiais de acordo com os protocolos celebrados.

A terceira área abrange a natureza dos ferimentos e a forma do tratamento. O incremento de ataques com explosivos a nível mundial sinalizou a necessidade de médicos, e outros profissionais de saúde, de se familiarizarem com os efeitos da explosão. Os analistas dividiram a informação cumulativa sobre efeitos da explosão em quatro categorias: – Os ferimentos primários da explosão, relevam das mudanças rápidas na pressão de ar, que pode romper a membrana do tímpano e afectar severamente os pulmões e outros órgãos; os ferimentos secundários da explosão correspondem às feridas penetrantes dos fragmentos e de outros projecteis, os ferimentos terciários da explosão são resultantes da compressão causada pelo colapso dos edifícios e arremesso das vítimas. A quarta categoria, cobre todos os ferimentos restantes da explosão, incluindo queimaduras, lesões derivadas do esmagamento e danos derivados da inalação de partículas tóxicas.

Refira-se que uma explosão que deflagra próximo da vítima gera uma combinação que, por outra forma, raramente seria vista num único indivíduo: a penetração resultante de projecteis pequenos que danificam tecidos macios e órgãos vitais, fracturas de ossos e várias artérias e nervos; efeitos nos pulmões, tímpanos e outros órgãos e queimaduras severas.

Ainda de acordo com Shapira e Cole, o quarto componente da medicina do terror, envolve os efeitos psicológicos provocados por eventos terroristas. Os incidentes deste tipo são reconhecidos como um tipo novo do evento traumático que combina características de assaltos criminosos, de desastres, de actos de guerra, de homicídio, e da violência política. Como manifestado por sobreviventes dos ataques de 9/11, o sentimento de raiva, a dor e o desespero, combinam-se e potenciam os seus efeitos. A experiência mostrou que as reacções psicológicas iniciais após um ataque do terror, são muito mais intensas do que de outros eventos traumáticos como acidentes de estrada. A intervenção psicológica é essencial e a sua ausência pode provocar desordens irreversíveis de stress traumático.

Diga-se, aliás, que os acontecimentos do 11 de Setembro representam um dos choques mais profundos que as nossas sociedades, e, especificamente, a americana, sofreram em muitos anos. Sucede, porém, talvez que a maior modificação se terá produzido em nós próprios e na nossa confiança no Mundo em que vivemos.

Na verdade, a harmonia das sociedades baseia-se, também, num equilíbrio original entre certos lugares de identidades e certos trajectos simbólicos, e as destruições do 11 de Setembro, e o que se seguiu, afectaram estes dois parâmetros.

Os ataques que golpearam Nova Iorque, verdadeira floresta de arranha-céus, foram transmitidos em directo. O World Trade Center não era um edifício como os outros, mas antes, um dos lugares emblemáticos de uma sociedade que se define pela sua dinâmica e pelo movimento, sendo por conseguinte um ponto de convergência traduzido na pluralidade de nacionalidades tocadas pelo massacre. Esta actividade e esta diversidade, são atingidas brutalmente, contrariando o ideal no qual, por alguma forma, se sedimenta a ideia de espaço e de liberdade. Tal sucedeu como resultado, não somente da destruição destes lugares de identidades, mas, também, da restrição da sua mobilidade – viagens anuladas ou adiadas, deslocações retardadas, medidas de segurança. E se a perda dos marcadores ambientais gera um sentimento de vazio, cujo precedente pode ser trágico, esta mesma síncope espacial desperta os temores de uma morte civilizacional sempre possível.

O choque é ainda mais intenso, porque a agressão não é doméstica e localizada, mas conduzida por redes estrangeiras, sumariamente equipadas e eficazes, fazendo descobrir a nossa vulnerabilidade. Para todos, o 11 de Setembro anuncia o fim dos paraísos territoriais, o fim dos santuários e um sentimento de angústia e de vazio.

Talvez que um dos maiores desafios que nos é proposto pelo terrorismo, seja o de continuar a acreditar que, maiores que os rios que nos separam, são as pontes que nos unem.

A Ameaça Biológica

CARLOS PENHA GONÇALVES

Os alvos civis e o bio-terrorismo

O uso de armas convencionais, como os explosivos e as armas de fogo, continua a ser o meio mais utilizado por terroristas para atingir alvos civis. No entanto, os especialistas acreditam que há agora um aumento do risco e da probabilidade de utilização de armas químicas e biológicas. De facto, o uso de agentes biológicos e químicos como agentes de armas de pequena e larga escala parece ter sido activamente desenvolvido por alguns Estados no passado. O acesso relativamente livre a estas técnicas propiciam a utilização de agentes biológicos com fins terroristas.

A maior parte das avaliações do risco associado à utilização dos agentes de armas biológicas são baseadas em critérios militares e são focados na protecção das tropas. Contudo, as populações civis parecem ser o alvo preferencial do Bio-terrorismo. As populações civis têm características diferentes da população militar especialmente porque cobrem todos os grupos etários e apresentam uma grande variedade de condições de saúde. Assim, é de esperar que ataques biológicos que tenham como alvo populações civis venham a ter consequências significativamente mais graves. Os civis também podem ser mais susceptíveis a terrorismo mediado pelos alimentos e pela água, como ficou demonstrado pela contaminação intencional de trens de salada por Salmonella em Oregon, nos EUA em 1984. Mesmo em países que dispõem dos sistemas mais seguros de distribuição da alimentação e de águas, como é o caso dos EUA e do Canadá, ocorrem com alguma frequência surtos de doença à escala nacional devido a contaminação não intencional de águas ou alimentos. Assim, há necessidade de implementar mecanismos de vigilância para proteger os recursos alimentares e os sistemas de distribuição de águas de actos de contaminação intencional.

Os agentes biológicos do terrorismo

Existem muitos agentes biológicos que podem provocar doença nos seres humanos. Contudo, nem todos têm características para poderem ser usados como armas biológicas. A identificação dos agentes passíveis de serem usados como armas biológicas, é uma condição necessária para os ordenar em prioridades e para melhor definir a ameaça.

Estudos realizados neste sentido adoptaram critérios gerais para identificar agentes biológicos com potencial alto impacto contra populações civis, e que portanto podem constituir ameaça credível. Estes critérios incluem:

- 1) Agentes com impacto na saúde pública implicando alta morbidade e/ou alta mortalidade.
- 2) Agentes com alto potencial de dispersão e alta estabilidade no meio ambiente (para atingir grandes populações ou vastas áreas).
- 3) Agentes de fácil produção em massa.
- 4) Agentes com potencial para serem transmitidos por contágio de pessoa-a-pessoa.
- 5) Agentes com potencial para induzir a percepção de pânico público e conseqüente disrupção das estruturas civis.
- 6) Agentes que implicam preparação especial no que diz respeito à disponibilidade de medidas preventivas (por exemplo vacinas), de tratamento específico ou de meios de diagnóstico especializados.

Sob estes critérios foram efectuadas análises em matrizes de risco que resultaram na identificação de agentes classificados em três categorias prioritárias (Tabela 1). Os agentes da categoria A são os que têm o maior potencial de causar efeitos adversos na saúde pública, afectando as populações em massa e exigindo medidas de prevenção e preparação de grande dimensão (optimização de medidas de vigilância e diagnóstico laboratorial e armazenagem de medicação específica). Os agentes da categoria A têm moderada a alta capacidade de disseminação em larga escala e de induzir pânico generalizado e levando à disrupção das organizações e estruturas da sociedade civil. Os agentes da categoria B retêm algum potencial para disseminação em larga escala, mas têm menor capacidade para provocar doença e morte, e portanto terão um menor impacto nas estruturas médicas e de saúde pública. Estes agentes são menos conhecidos pelo público e portanto têm menor capacidade de gerar pânico. Os agentes cuja utilização em ataques terroristas é menos provável mas que poderão emergir como importantes ameaças futuras são incluídos na categoria C.

Agentes biológico	Doença
Categoria A	
Vírus da varíola	Varíola
Bacillus Anthracis	Antrax (carbúnculo)
Yersinia pestis	Peste
Clostridium botulinum (toxinas)	Botulismo
Francisella tularensis	Tularémia
Filovírus e Arenavírus (p.ex. vírus Ebola e vírus Lassa)	Febres hemorrágicas virais
Categoria B	
Coxiella burnetii	Febre Q
Brucella spp.	Brucelose
Ameaças à segurança alimentar (p. ex. exemplo, Salmonella spp., E.coli O57:H7)	Gastroenterites bacterianas e outras doenças
Ameaças à segurança da água de consumo (p. ex. Vibrio cholera)	Cólera e outras doenças
Categoria C	
Agentes de ameaças emergentes (por exemplo Nipah virus, hantavírus)	Doenças emergentes

Tabela 1 – Sumário de alguns agentes biológicos passíveis de serem usados em armas biológicas.

Sistema de resposta ao bio-terrorismo

Por razões técnicas e por falta de motivação objectiva não é provável que os países ocidentais se venham a confrontar no futuro imediato com acções de bioterrorismo com efeitos catastróficos. O número de tecnologias capazes de produzir tais efeitos são actualmente muito limitados. No entanto, as metodologias que possibilitam acções de baixa a média dimensão são mais numerosas, tecnicamente mais simples e são as que melhor se adaptam às motivações, às limitações e aos conceitos mais tradicionais do terrorismo. Ou seja, parece haver maior probabilidade de ocorrerem acções terroristas que escolham métodos tecnologicamente menos evoluídos e que têm consequências mais limitadas (Figura 1) do que acções de grande dimensão e alcance catastrófico.

Esta análise indica que deve ser dada ênfase ao desenvolvimento de sistemas de resposta flexíveis e que sejam escalonáveis de acordo com a natureza do agente biológico utilizado e com o número de pessoas afectadas. O conceito de resposta escalonável procura que a resposta seja adequada ao tipo e à dimensão do ataque e também permite que a resposta se adapte ao passo que o evento se desenvolve. Na verdade um ataque biológico de pequena escala pode ser indistinguível de um ataque de larga escala no seu início. Por isso, deve ser dada prioridade à implementação de instrumentos

de avaliação que permitam controlar a resposta de modo ajustado e proporcional. A flexibilidade e a escalabilidade aliviarão a tensão no sistema de resposta que é criada pela necessidade premente de iniciar tratamento e profilaxia imediatamente após a detecção de um ataque e a necessidade de conhecer a natureza e extensão de um ataque antes de mobilizar uma resposta massiva (Quadro 1).

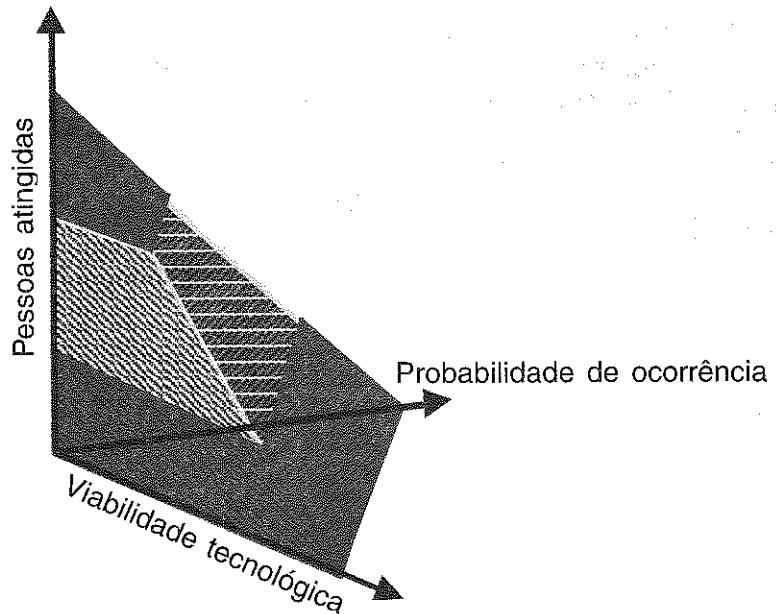


Figura 1 – A probabilidade de ocorrência de um ataque biológico é inversamente proporcional à dimensão dos efeitos pretendidos e à sofisticação dos meios tecnológicos envolvidos.

A resposta a um ataque com agentes biológicos pode ser escalonada em três fases:

Resposta inicial: A eclosão de uma doença suspeita deve despoletar uma resposta que contemple alertar hospitais, requerer amostras clínicas, procurar o diagnóstico laboratorial e notificar as autoridades. Nesta fase são accionados os instrumentos de avaliação para caracterizar a natureza do ataque e identificar os recursos médicos disponíveis.

Resposta de mobilização: Pode ser necessária quando o número de casos aumenta (chegando a 100 ou mais) ou quando os meios de avaliação indicam que o ataque é substancial. Os recursos médicos são reforçados nos locais onde os doentes acorrem e estratégias de tratamento e vacinação podem ser consideradas em áreas localizadas.

Resposta de grande escala: Deve ser iniciada quando há evidências que o ataque é disperso ao longo de território ou atinge um grande número de pessoas. Inclui a implementação de medidas sanitárias e epidemiológicas de grande alcance.

Capacidades do Exército e Bioterrorismo

No contexto da ameaça biológica o Exército tem vindo a desenvolver uma série de acções tendo em vista o aumento da capacidade de resposta à ameaça biológica. Exemplo destas acções é a construção do Laboratório de Defesa Biológica do Exército. Esta é uma estrutura laboratorial de grande especificidade dedicada à investigação e desenvolvimento na área da detecção e diagnóstico de agentes biológicos (Figura 2). O Exército também se tem dedicado a estudos e análises da doutrina militar relativa aos procedimentos e actuação em ambientes biológicos adversos. A coordenação hierárquica destas acções e de outras capacidades relevantes para a bioterrorismo possibilitará o desenvolvimento de um sistema de vigilância adequado para responder com prontidão em cenários de ameaça biológica.

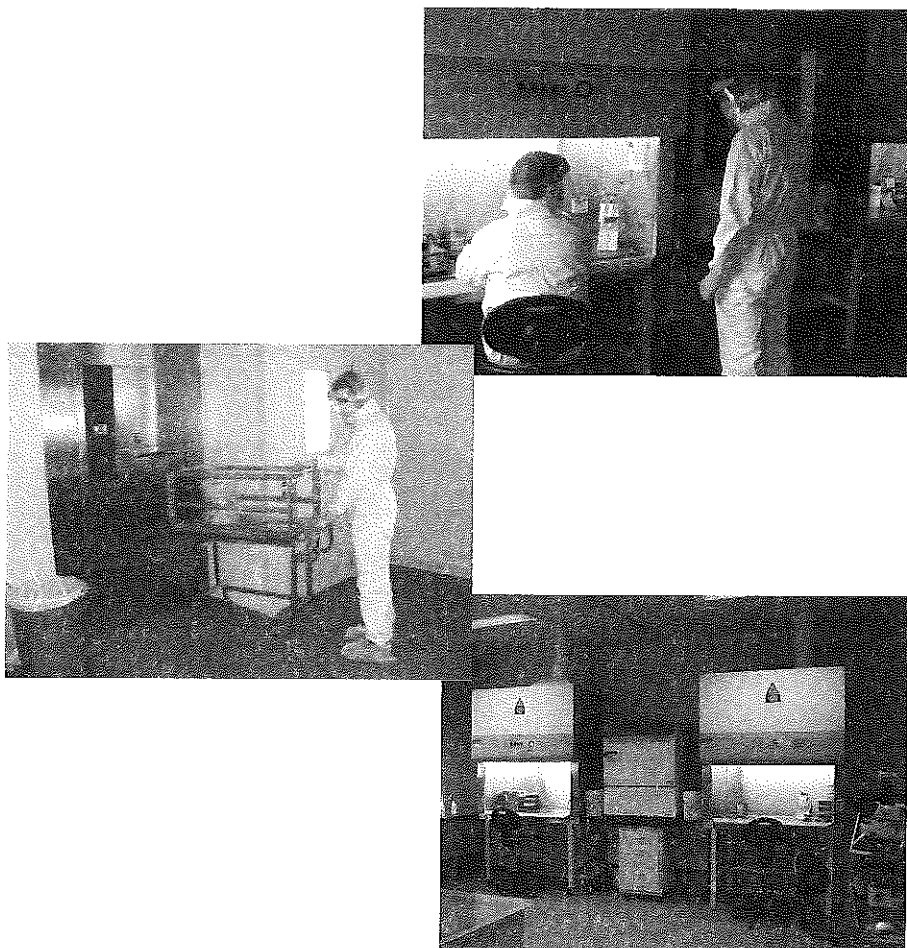
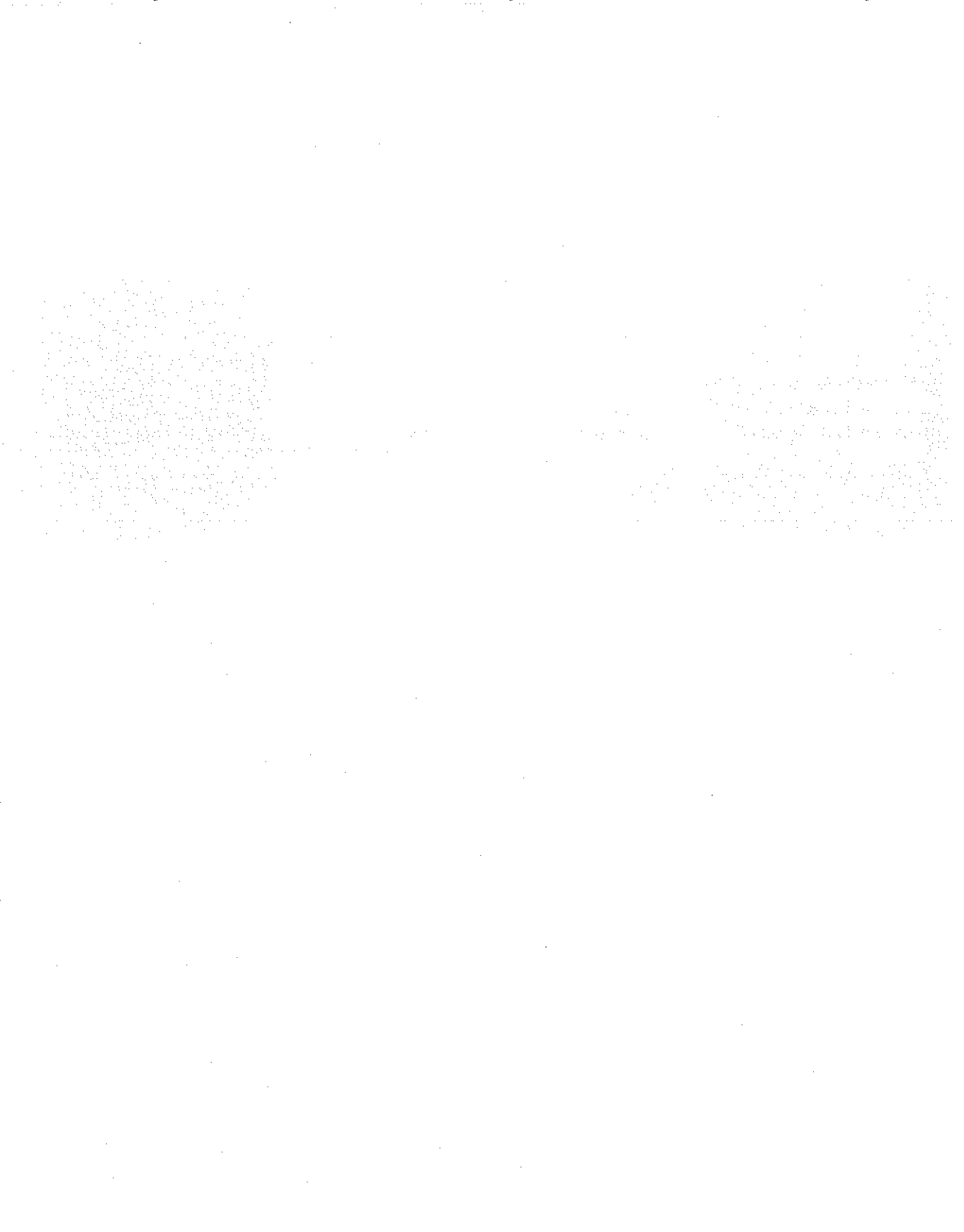


Figura 2 – Laboratório de Defesa Biológica do Exército.



Aspectos Históricos e Sociais das Epidemias

ANTÓNIO EDUARDO BRUNO LOPES JOÃO

Introdução

As doenças infecciosas acompanham a humanidade desde o princípio dos tempos. São fonte de temor, provocando no homem sofrimento e perdas muito consideráveis. Pretende-se com este trabalho abordar aspectos históricos e sociais das ameaças biológicas naturais: verificar como surgem e evoluem as doenças ao longo da História e como influenciam e condicionam as sociedades humanas.

Consideramos ameaças biológicas naturais, todos os agentes patogénicos que são capazes de causar doença no homem e que ocorrem de um modo espontâneo (independente da vontade humana).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, existem cerca de 1415 agentes biológicos capazes de causar doença humana. Esses agentes podem ser bactérias, vírus, fungos, parasitas ou príões.

Do ponto de vista epidemiológico, podemos classificar as doenças naturais em endémicas, epidémicas ou pandémicas. As doenças endémicas são características de um determinado local, temporalmente ilimitadas e com uma incidência (número de novos casos) esperada, isto é, dentro de limites previsíveis (na área da faixa endémica). Falamos em doenças epidémicas ou epidemias se o número de novos casos é superior ao esperado. As pandemias são epidemias generalizadas à escala mundial.

Origem e evolução dos agentes biológicos

A maioria dos agentes biológicos tem origem animal. De facto 61% dos agentes são responsáveis por zoonoses ou seja doenças e/ou infecções que

são transmissíveis de animais vertebrados ao homem. As principais pandemias que afectaram a humanidade tiveram a sua origem ou foram transmitidas directamente por animais (peste negra, gripe espanhola, entre outras).

Achados paleontológicos das populações humanas caçadoras/recolectoras revelaram que estas seriam, em geral, mais saudáveis e de maior tamanho que as populações sedentárias que as sucederam. As doenças que com mais frequência as afectavam eram de carácter parasitário (helmintíases) e crónico (lepra e tuberculose). Nesse tempo, não existiam condições favoráveis para o aparecimento de epidemias: as populações eram muito pequenas e estavam dispersas por vastas áreas territoriais.

A revolução neolítica vem mudar radicalmente esta situação. O aparecimento da agricultura, que obriga à sedentarização das populações, e a domesticação de animais (inicialmente cabras e ovelhas e mais tarde porcos e bovinos) vão permitir um crescimento demográfico significativo. Ocorre simultaneamente um grande armazenamento de alimentos e uma acumulação de desperdícios que potenciam o aparecimento de pragas de insectos e roedores. Os contactos com os animais tornam-se mais frequentes e prolongados, estabelecendo-se desta forma condições para o aparecimento de epidemias.

A acumulação de bens permitiu trocas entre as populações sedentárias e logo o desenvolvimento de rotas comerciais, que se vão expandindo ao longo da História, permitindo o aparecimento das primeiras epidemias à escala continental e, até mesmo, das primeiras pandemias.

Assim, pode referir-se que as doenças antigas, que evoluíram com o homem, têm um carácter mais crónico e endémico e são partilhadas pelos grandes símios (doenças parasitárias, por exemplo), enquanto as doenças recentes, que surgiram com a domesticação dos animais e o aumento populacional (formação de cidades), são geralmente mais agudas e muito contagiosas (peste, influenza, varíola).

As epidemias da Antiguidade

Os primeiros relatos históricos de epidemias remontam a muitos séculos atrás. O Antigo Testamento refere a peste que se abateu sobre os Filisteus, na cidade de Ashdod, onze séculos antes da nossa Era. A patologia humana descrita (tumores das zonas secretas, febre alta, etc.) foi associada a uma praga de ratos que ocorreu ao mesmo tempo. Pensa-se que o microrganismo responsável por esta praga terá sido a *Yersinia pestis*, o agente da peste bubónica.

Em 430 a.C., durante o cerco de Atenas pelas tropas de Esparta, surge uma doença (provavelmente a febre tifóide) que causou a morte de cerca de

25% dos Atenienses e marcou o início do declínio da Grécia Antiga. Os relatos que nos chegam deste acontecimento, pelas descrições de Tucídides na “História da Guerra do Peloponeso” (II, 2, 47-58), são impressionantes e reveladores da disrupção social que as epidemias causavam na Antiguidade:

“As pessoas entregavam-se mais livremente a prazeres que já não procuravam ocultar... Apressavam-se a gastar o que tinham e a tirar partido da vida... Ninguém se sentia coagido pelo temor dos Deuses ou pelas leis dos homens... Não havia mais distinção entre a piedade e a impiedade. E quanto aos delitos que podiam cometer, ninguém esperava viver o suficiente para o castigo.”

O Império Romano é atingido por uma Epidemia grave entre 165 e 180 d.C. que mata cinco milhões de pessoas. Na cidade de Roma, no auge da doença, morrem mais de cinco mil pessoas por dia. Calcula-se que a doença terá sido a varíola, marcando o início da decadência do Império Romano, à semelhança do que aconteceu na Grécia uns séculos antes. Ficou conhecida como peste Antonina, já que foi contemporânea do Imperador Antonino Pio. Na mesma altura, ocorre na China uma epidemia com as mesmas características, que foi determinante para a queda da dinastia Han.

A Peste Bubónica é registada na Europa no início da Idade Média, 541-544 d.C., durante o reinado do Imperador Bizantino Justiniano, sucumbindo milhões de Europeus. Em Roma, no pico da doença, ocorrem dez mil mortes diárias. Mais uma vez, as descrições dos historiadores da época são muito elucidativas acerca dos efeitos devastadores que as grandes pestes têm nas sociedades humanas:

“O luto reinava por toda a parte, e com ele as lágrimas... As casas ficavam vazias de gente... Nos prados ficaram os animais sem pastor... As crianças fugiam, deixando insepultos os cadáveres dos progenitores; esquecendo toda a misericórdia para com a sua prole, os pais abandonavam os filhos que tiritavam de febre... Não havia qualquer assassino à vista, e no entanto os cadáveres jaziam a perder de vista”.
Paul Diacre, História dos Lombardos

A Peste Negra

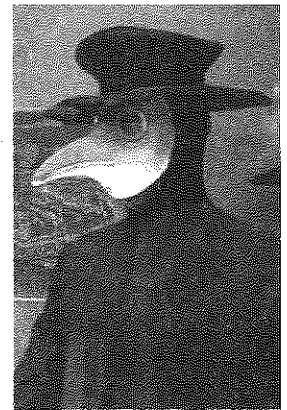
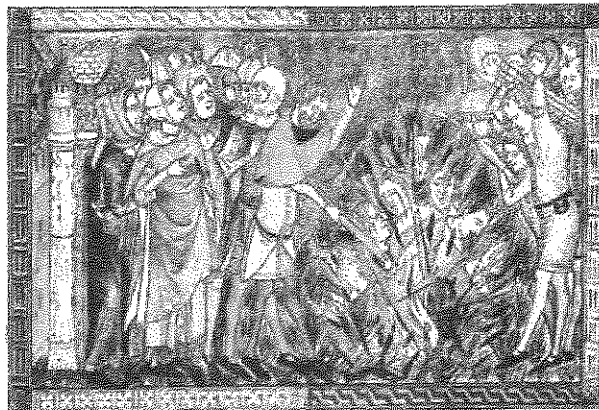
Em 1347, os mongóis sitiavam diversas fortalezas genovesas na Crimeia. Durante o cerco a peste surge entre as tropas assaltantes. Estas catapultam corpos de indivíduos que haviam morrido com a doença, para o interior das fortalezas Italianas. Os genoveses acabam por retirar pelo mar, transportando

o agente da peste e disseminando-o pelas cidades onde aportam. Chegam a Messina, na Itália, em Setembro desse ano. Em três anos toda a Europa é atingida e perde 30 a 50% da sua população. A disrupção social foi extrema, sendo mais afectados os médicos, os padres e indivíduos cujas profissões proporcionavam contactos próximos com os moribundos e os mortos. Foram responsabilizados pela peste, os leprosos e os judeus que foram perseguidos, espoliados e queimados por toda a Europa. Esses acontecimentos levaram de igual forma a manifestações públicas de extremismo religioso, protagonizado essencialmente pela seita dos flagelantes, os quais organizavam longas procissões em que indivíduos se flagelavam violentamente até sangrar.

No entanto a peste negra esteve na origem das primeiras medidas de prevenção e controlo sanitário da Itália. De entre essas medidas ficou célebre o fato de protecção dos físicos romanos, com a máscara característica em forma de bico, que terá sido de algum modo eficaz contra a doença (os físicos que adoptaram este vestuário não contraíram a peste).

Na carta a Luís Sanctus de Maio de 1349, Petrarca faz uma descrição que resume o impacte que a peste negra causou na sociedade medieval:

“O que se tem passado nestes últimos anos nunca foi descrito: casas desertas, cidades devastadas, estados em ruínas, campos repletos de cadáveres... Se consultares os historiadores estão silenciosos; se interrogares os médicos estão estupefactos; se procurares a resposta junto de filósofos, encolhem os ombros, franzem o cenho e com o dedo impõem-te silêncio.”



A descoberta da América

Não há registos ou evidências arqueológicas da existência de epidemias nas populações americanas anteriores à chegada de Cristóvão Colombo. Pensa-se que isto se deve ao facto de existirem poucos animais domesticados, em contraste com o que se verificava no Velho Mundo, e das rotas comerciais estabelecidas serem poucas e muito limitadas geograficamente. A chegada dos europeus e dos animais domésticos que os acompanham, vem expor a população indígena a um enorme conjunto de vírus e bactérias para os quais não tinham qualquer defesa natural. Assim, entre 1518 e 1595, sete grandes epidemias assolaram o Novo Mundo, ceifando milhões de vidas. As doenças responsáveis foram a varíola, a rubéola e a gripe, patologias geralmente benignas no Velho Mundo. Além destes agentes também o tifo, o paludismo, a febre-amarela e mesmo a peste bubónica foram levados para as Américas.

“E ainda os espanhóis não se tinham levantado contra nós que, de repente, apareceu uma grande doença, uma doença pustulenta... que entre nós provocou grande devastação...Ninguém cuidava dos outros, já ninguém fazia nada por ninguém” Códice de Florença, recolha de textos em língua *Nahualt*, por Frei Bernardino.

Mais do que a ferocidade dos conquistadores e a sua superioridade bélica foram as doenças, ao dizimarem as populações indígenas, as grandes responsáveis pela destruição dos Impérios Inca e Asteca, permitindo a colonização europeia e fomentando a escravatura proveniente de África.

No sentido inverso, a sífilis foi introduzida na Europa proveniente da América. Apesar de ser incomparável o impacte que esta doença teve no Velho Mundo relativamente às doenças exportadas para as Américas foi, no entanto, suficiente para provocar alterações sociais significativas (reforçou por exemplo o papel da Igreja no controlo dos comportamentos sexuais).

Epidemias modernas

Durante os séculos XVIII e XIX registaram-se, pelo, menos nove surtos mundiais de cólera. Esta doença, endémica da Índia, é de origem bacteriana e é geralmente veiculada pela água de bebida. O aumento do comércio marítimo permitiu que o vibrião da cólera se espalhasse por todo o mundo. As más condições higio-sanitárias das cidades dessa época facilitaram a contaminação das fontes de abastecimento de água, de consumo doméstico, e o

estabelecimento das epidemias. Morreram milhares de pessoas, mas foi do estudo destes eventos que nasceu a epidemiologia, disciplina que permitiu perceber melhor a dinâmica das doenças e tornar o seu combate mais eficaz. Infelizmente, ainda hoje continuam a ocorrer surtos de cólera, como é o exemplo do recente surto de Luanda, em Angola.

Outra doença que causou a morte a milhões de pessoas na Era Moderna foi o tifo exantemático. É provocada por uma rickettsia e transmitida por um vector, o piolho humano do corpo. Esta patologia está intimamente ligada a grandes aglomerações humanas e a falhas gritantes de condições de higiene e salubridade. Por estas razões, era uma doença que seguia os Exércitos, tendo sido descrita pela primeira vez durante a conquista de Granada pelos Reis Católicos de Espanha. Fez muitos mortos durante as guerras Otomanas, Napoleónicas e, mesmo, no século XX durante as Grandes Guerras Mundiais.

“A passagem do grande Exército através da Rússia e da Alemanha semeou a ruína. A sua passagem trouxe a morte a milhares de cidadãos pacíficos. Até alguns que estavam aparentemente bem trouxeram os germes da doença com eles...”

Relato da autoria de um médico do Exército Prussiano, Dr Krantz, que foi escrito a propósito da sua experiência durante as Guerras Napoleónicas.

SIDA

“The silence that surrounds children affected by HIV/AIDS and the inaction that results is morally reprehensible and unacceptable. If this situation is not addressed, and not addressed now with increased urgency, millions of children will continue to die, and tens of millions more will be further marginalised, stigmatised, malnourished, uneducated and psychologically damaged”. Carol Bellamy, Directora Executiva da UNICEF, 2003

Em Junho de 1981 o Centro para o Controlo de Doenças de Atlanta (CDC) regista diversos casos de morte por pneumonia (a *Pneumocystis carinii*, doença muito rara até então), na comunidade homossexual de São Francisco (EUA). Pouco tempo depois, é descoberto o agente (vírus VIH) que está na origem de um síndrome de imunodeficiência, que deixa o hospedeiro muito vulnerável a agentes infecciosos oportunistas. Os mecanismos de transmissão do vírus são rapidamente identificados e esclarecidos (via sexual, transfusões de sangue contaminado e via placentária).

Pensa-se que a origem da SIDA seja animal. No início do século XX, terá passado de primatas para humanos na África Ocidental. A desflorestação da selva equatorial africana e a criação de acessibilidades para o interior das florestas permitiu o aumento da captura de primatas para alimentação humana. A explosão demográfica do século XX acentuou ainda mais esta pressão. De facto o vírus VIH1 foi isolado de chimpanzés e o VIH2 foi-o de cercocobos da África Ocidental, ambos amplamente consumidos pelo homem desde o século passado.

A doença depressa ultrapassou a comunidade homossexual onde inicialmente foi descoberta, afectando indiscriminadamente as pessoas com comportamentos de risco (comportamentos sexuais promíscuos, não utilização de preservativos, partilha da mesma seringa por diferentes indivíduos, entre outros). Actualmente, é uma pandemia que afecta mais de 40 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo o Continente africano, de longe, o mais atingido. Aqui, a SIDA é responsável por milhões de órfãos, alterações significativas das pirâmides etárias e mesmo pela diminuição global da população em alguns países.

A descoberta da cura ou de vacinas contra a SIDA não se vislumbra num futuro próximo, pelo que a prevenção é ainda o modo mais eficaz de a combater.

Infelizmente a maioria das campanhas de combate ao vírus, que procuram induzir as pessoas a evitar comportamentos de risco, não surtiram os efeitos devidos nos países mais desenvolvidos bem como nos apelidados em vias de desenvolvimento.

A pobreza, a exclusão social, a falta de acesso à informação são causas frequentemente apontadas para o insucesso deste combate, mas a estigmatização dos seropositivos, os preconceitos sociais e culturais relativamente ao VIH e aos seus portadores, o elevado custo das medicações necessárias aos indivíduos doentes, a não aplicação de políticas globais de controlo da sida tem igualmente contribuindo de modo decisivo para a expansão da doença.

Será portanto fundamental rever as campanhas de prevenção, tornando-as mais inteligíveis, apelativas e esclarecedoras mas também lutar contra fenómenos de exclusão social e económica e facilitar o acesso dos doentes aos tratamentos existentes se quisermos sair vitoriosos na luta contra o VIH.



Doenças Emergentes e Reemergentes

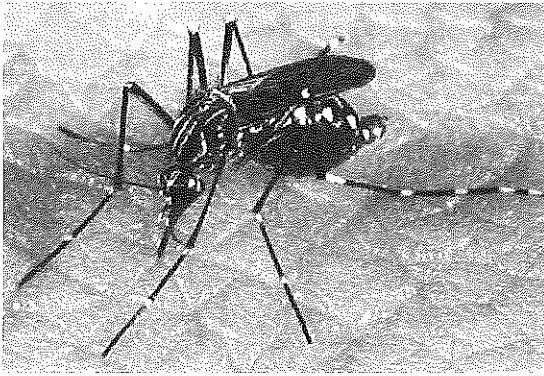
Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são considerados emergentes ou reemergentes 175 agentes infecciosos, dos quais 75% são zoonoses. Nas últimas décadas do século XX, após a erradicação da varíola e a utilização com bastante sucesso da antibioterapia, a luta contra os agentes infecciosos parecia estar a ser ganha em todas as frentes. Infelizmente, o aparecimento da SIDA, a emergência de novas doenças e a crescente resistência de agentes infecciosos aos fármacos demonstram uma inversão desta tendência.

A emergência dos agentes infecciosos deve-se a múltiplos factores que têm como denominador comum acções humanas:

- As alterações ecológicas, tais como a desflorestação ou o aquecimento global, têm permitido aumentar as áreas de distribuição de alguns insectos vectores (malária, do dengue ou do west nile);
- O incremento do turismo ecológico tem exposto um maior número de pessoas a doenças endémicas de regiões naturais (doença de Lyme, leishmanioses ou filaríases);
- O aumento da densidade populacional, de áreas tropicais, tem contribuído para a vulgarização das febres hemorrágicas tropicais;
- O SARS e a SIDA são exemplos de doenças que rapidamente se dispersaram, por largas áreas geográficas, devido às viagens e ao comércio internacional;
- A industrialização da produção e comercialização de carnes potenciam as intoxicações alimentares por *Escherichia coli* e *Listeria monocytogenes*;
- A administração incorrecta de fármacos etiotrópicos conduz, por exemplo, ao aumento de fenómenos de resistência em *Staphylococcus aureus* e no bacilo de Koch;

- A diminuição ou aligeiramento de medidas de Saúde Pública, devido a guerras ou crises sociais e económicas, permitem o aumento de novos casos de doenças infecciosas tais como a tularémia e a brucelose, na Europa Oriental;
- O aumento da população imunodeprimida, devido ao VIH, tem contribuído para uma maior incidência e prevalência de doenças oportunistas, anteriormente consideradas raras e que hoje são mais comuns (pneumonia a *P. carinii*, sarcoma de Kaposi, criptosporidiose);

Por tudo isto é fundamental que a sociedade tome consciência deste conjunto de problemas e que adopte orientações que possam contrariar a escalada das doenças infecciosas. A educação das populações é muito importante para o incremento de medidas de protecção individual face às doenças. Será contudo imprescindível a adopção de políticas globais transnacionais que atrasem ou contrariem de forma eficaz as alterações ecológicas, ambientais e demográficas que estão na base da emergência de muitas doenças infecciosas.



Influenza ou Gripe das Aves

Hipócrates descreve, em 412 a.C., uma doença que, pelos sinais e sintomas enunciados, parece ser a gripe sazonal epidémica humana. O termo “Influenza” surge em Itália, por volta de 1357, pois pensava-se que a gripe seria fortemente “influenciada” por uma conjugação astral propícia à doença, bem como pela acção do próprio clima.

A primeira pandemia de gripe foi registada em 1580 d.C. e a partir desta altura foram registadas várias pandemias nos séculos XVIII e XIX.

No século XX ocorrem três pandemias de gripe. A primeira, em 1918/1919, ficou conhecida como “gripe pneumónica” ou “gripe espanhola”,

causando a morte a cerca de 40 milhões de seres humanos. Tratou-se de uma doença excepcionalmente virulenta que marcou de modo muito acentuado a sociedade humana, ficando registada no imaginário colectivo das gerações seguintes. O vírus responsável é do tipo Influenza A e do subtipo H1N1.

A segunda pandemia, a “gripe asiática” em 1957/1958, teve um carácter muito mais benigno que a anterior e ocorreu após a descoberta e generalização do uso de antibióticos. Vitimou um a quatro milhões de pessoas. O vírus responsável é do subtipo H2N2.

Em 1968/1969 ocorreu a “gripe de Hong Kong”, que afectou todo o planeta e ceifa a vida a 1 milhão de homens. Esta pandemia foi causada pelo vírus H3N2.

A doença foi descrita nas aves, pela primeira vez, por Perroncito, veterinário italiano, em 1878. Foram registadas várias epidemias de gripe aviária no século XX, algumas que conduziram à morte milhões de aves, tanto na Europa, como na Ásia e na América. Pensava-se então que os vírus Influenza das aves não afectavam os seres humanos. Havia também a convicção que, nas aves selvagens, apenas existiam vírus Influenza de baixa patogenicidade, e que, nas aves domésticas, circulavam vírus de maior virulência, que só episodicamente causavam surtos de doença.

Esta situação muda na década de noventa. Em 1996, regista-se a morte de gansos selvagens na China devido a um vírus H5N1. Este vírus tinha sido descoberto na África do Sul em 1961, em andorinhas do mar, sendo considerado um vírus de baixa patogenicidade. Em 1997, morrem milhares de aves domésticas no mercado de Hong Kong com gripe aviária e adoecem 18 pessoas, seis das quais acabam por falecer. O agente responsável por este surto foi o Vírus H5N1, agora de alta patogenicidade e com capacidade de infectar o homem. Esta situação foi controlada com aparente eficácia, uma vez que até ao final do século não mais se falou deste vírus. Em 1999, no Norte de Itália, ocorreu uma epizootia pelo vírus H7N1 que levou à morte 13 milhões de aves.

No início de 2003 uma epizootia na Holanda, provocada pelo vírus H7N7, mata milhões de aves e afecta cerca de 90 pessoas que estiveram em contacto directo com os animais doentes. Um dos indivíduos acabará por falecer. Ainda nesse ano, o vírus H5N1 reaparece em aves um pouco por todo o Sudeste Asiático, afectando milhões de aves e dezenas de pessoas. A doença progride localmente durante 2004 e, em 2005, expande-se em direcção ao Ocidente atingindo a Europa Oriental e a Turquia. Afecta indiscriminadamente aves selvagens e domésticas, chegando a África em 2006.

A transmissão do vírus H5N1 ao homem faz-se por contacto directo com aves infectadas (durante operações de abate, depena e evisceração) ou com água ou terra contaminadas com fezes de aves doentes. A via alimentar,

embora pareça permitir a transmissão do agente, tem-se revelado, em termos epidemiológicos, de pouca importância. Refira-se que o vírus morre a temperaturas de 70°C, pelo que a confecção normal dos alimentos será suficiente para o destruir. Entre as aves é, contudo, a via mais importante de transmissão.

As aves migratórias têm sido responsabilizadas pela progressão mundial da doença, dado que são os reservatórios naturais dos vírus e percorrem anualmente grandes distâncias. No entanto, não se pode suplantarmos o facto de que as aves migratórias são também vítimas da doença e que se encontram em estado de grande stress durante as migrações, o que as torna particularmente sensíveis ao vírus. Assim, é pouco provável que elas consigam transportar o vírus ao longo de grandes distâncias.

As rotas comerciais de transporte de aves domésticas e ornamentais parecem ter um papel muito importante na progressão desta doença. Nalguns sítios, a doença parece surgir ao longo de vias de comunicação importantes (por exemplo, ao longo de vias férreas da Ásia Central). Noutros, aparece em aves domésticas e não há registo de doença ou morte em aves selvagens das regiões vizinhas (África Subsariana). Está também registado o caso de doença num papagaio, em Inglaterra, originário de Taiwan.

Actualmente, a gripe aviária pode considerar-se uma zoonose no Velho Mundo, que já levou à morte perto de 300 milhões de aves.

O vírus H5N1 ultrapassou a barreira inter-espécies sendo capaz de infectar e causar doença em felinos, mustelídeos, suínos, entre outras. Não se esclareceu ainda se os mamíferos que são infectados conseguem perpetuar o vírus localmente em condições naturais. Em laboratório, verificou-se que os gatos têm capacidade de transmitir o vírus entre si e que nem todos os que estão infectados vão adoecer ou morrer.

Segundo dados da OMS, foram confirmados 329 casos humanos de doença provocada pelo vírus H5N1, 201 dos quais foram fatais. A esmagadora maioria dos casos humanos ocorreu na Ásia, registando-se pontuais casos em África.

Outra característica da doença na espécie humana é atingir preferencialmente crianças e adultos jovens, poupando de algum modo a população mais idosa (90% dos casos surgiram em pessoas com menos de 39 anos).

A grande questão colocada relativamente à gripe aviária, é saber se ela virá a ser responsável por uma pandemia. Existem dados, de algum modo perturbadores, que parecem apontar neste sentido: trata-se de um vírus muito agressivo, com uma taxa de fatalidade de 61%, que se propaga muito facilmente entre as aves (reservatório imenso e difícil de controlar), com capacidade de infectar diversas espécies de mamíferos e que tem elevados níveis de mutação. Até à data, foram registados dois "clusters" em que houve transmissão entre humanos, pese embora de uma forma muito limitada (na

Tailândia e na Indonésia). Historicamente, verificamos que existem em média três pandemias de Influenza por século, não ocorrendo nenhuma há mais de 30 anos. A demografia actual e a globalização são, igualmente, factores facilitadores de uma rápida propagação da doença e de um possível estabelecimento de pandemia.

Observa-se por outro lado, que o vírus H5N1 parece ser mais estável do que inicialmente se supunha e que continua a não ser facilmente transmitido entre humanos. Em simultâneo a progressão da doença nas aves está a dar sinais de abrandamento (com algumas excepções) e conseguiu ser eficazmente controlada no Japão.



Conclusões

As epidemias e as pandemias fazem parte da história humana desde os primórdios da civilização. Têm sido causa de sofrimento, morte e disrupções sociais graves, conduzindo, por vezes, à destruição de impérios e civilizações grandiosas.

Apesar disso, o homem sobreviveu sempre e experimentou períodos de grande desenvolvimento científico, tecnológico e social após estas crises.

As doenças emergentes e reemergentes, a SIDA e a gripe das aves, são exemplos de patologias infecciosas que ainda hoje atemorizam a sociedade e são causadoras de muita angústia e sofrimento.

Apesar do muito que já se sabe acerca destas doenças, é fundamental continuar a estudá-las, investindo tempo e dinheiro, para que melhor possamos compreender a sua patogénese e alcançar possíveis curas e vacinas. Só assim poderemos aspirar ao seu controlo.

Nunca como hoje a humanidade esteve preparada e dispôs de tanto conhecimento e tecnologia para fazer face a este tipo de ameaça, pelo que quando a próxima pandemia se revelar será previsivelmente combatida, de forma mais rápida e eficaz que em qualquer outro momento da História.

BIBLIOGRAFIA

- http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/ (Dezembro 2006)
<http://www.cidrap.umn.edu/cidrap/content/influenza/avianflu/index.html> (Dezembro 2006)
<http://www.sdnhm.org/fieldguide/zoonoses/essay.html> (Setembro 2006)
http://www.fao.org/ag/againfo/subjects/en/health/diseases-cards/avian_qa.html#7~ (Setembro 2006)
<http://www.who.int/en/> (Setembro 2006)
<http://www.fao.org/> (Setembro 2006)
<http://www.cdc.gov/> (Setembro 2006)
<http://www.avert.org/aidsorphans.htm> (Setembro 2006)
<http://www.fullbooks.com/Napoleon-s-Campaign-in-Russia-Anno-18123.html> (Setembro 2006)
http://pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina_principal (Setembro 2006)
Jean-Philippe Derene, François Bricaire (2005)– *Pandemia A Grande Ameaça Alétheia* Editores.

A Gripe das Aves

GRAÇA FREITAS

“Ingenuity, knowledge and organization alter but cannot cancel humanity’s vulnerability to invasion by parasitic forms of life. Infectious diseases, which antedated the emergence of human kind will last as long as humanity itself, and will surely remain, as it has been hitherto, one of the fundamental parameters and determinants of human history”.

William H. McNeill in *Plagues and Peoples*

“Most experts believe that is not a question of whether there will be another severe influenza pandemic, but when”

UK, *The Government’s Chief medical Officer, 2002*

A gripe é uma doença infecciosa, geralmente benigna e autolimitada, causada pelo vírus da gripe, membro da família *Orthomyxoviridae*, de que se conhecem cinco tipos antigénicos: vírus da gripe A, B e C, *Thogotovirus/* *Dhorovirus* e *Isavirus*.

Do ponto de vista clínico e epidemiológico apenas os vírus A e B são importantes para os seres humanos. O vírus A é o único que está classificado em subtipos, caracterizados de acordo com as proteínas de superfície, a hemaglutinina (HA) e a neuraminidase (NA), responsáveis pelo seu perfil antigénico. São conhecidas 16 formas distintas da proteína HA (H1 a H16) e 9 da proteína NA (N1 a N9).

Dada a sua diversidade antigénica os vírus da gripe do tipo A são os únicos com potencial pandémico e têm como reservatório habitual as aves silvestres aquáticas, nas quais permanecem em equilíbrio e com características de baixa patogenicidade. Por vezes, estes vírus infectam aves domésticas e adquirem alta patogenicidade, dando origem a epizootias de dimensão variável e extremamente letais nestas aves.

Nos seres humanos a gripe manifesta-se com três padrões epidemiológicos distintos:

Gripe sazonal

A forma mais comum de ocorrência da doença é a gripe sazonal que, anualmente, se manifesta por epidemias, de maior ou menor magnitude e gravidade. No hemisfério Norte a gripe ocorre no Outono/Inverno. Actualmente, circulam durante a gripe sazonal vírus da gripe do tipo B e dos subtipos A(H1N1) e A(H3N2). Estima-se que, em cada ano, cerca de 10% da população adoeça com gripe e o elevado absentismo laboral e escolar associado à doença reforça o seu impacto na sociedade em termos socio-económicos.

Gripe de transmissão zoonótica (“gripe das aves”)

Esporadicamente, a doença manifesta-se por casos isolados ou pequenos *clusters*, extremamente raros, que surgem através da transmissão ao Homem de um vírus aviário (zoonose) responsável por epizootias em aves domésticas – a denominada “**gripe das aves**”.

Os vírus da gripe têm preferência por espécie e os vírus aviários não estão adaptados à espécie Humana pelo que, muito dificilmente darão origem a casos secundários por transmissão pessoa-a-pessoa.

No entanto, os vírus que têm capacidade de passar a barreira das espécies apresentam potencial pandémico, uma vez que podem, através de um processo de recombinação ou de mutação adaptar-se aos seres humanos e transmitir-se eficazmente pessoa a pessoa. É por esta capacidade de adaptação do vírus que a transmissão zoonótica preocupa os responsáveis pela saúde humana, e não pelo impacto directo da “gripe das aves” na saúde pública.

O mais recente exemplo do impacto de um vírus aviário na saúde humana refere-se à transmissão zoonótica do vírus do subtipo A(H5N1). Este vírus foi identificado pela primeira vez em pessoas (18 infectadas com 6 mortes) em 1997, em Hong Kong, colocando-se a hipótese de se estar perante um subtipo com capacidade potencial para desencadear uma pandemia.

As medidas drásticas de abate sanitário de aves que se verificaram em Hong Kong nessa ocasião permitiram o controlo da epizootia no território não se tendo verificado novos casos nem em aves nem em pessoas. Na sequência deste surto verificou-se um reforço da vigilância epidemiológica, humana e veterinária, do vírus da gripe, a nível mundial.

No final de 2003, no Sudeste Asiático, o vírus A(H5N1) de elevada patogenicidade, reemergiu em aves domésticas. Desde então, tem causado extensas epizootias (mais de 50 países afectados), tornou-se enzoótico nas aves em algumas regiões e tem sido responsável pela ocorrência de casos esporádicos e de *clusters* em seres humanos e noutros mamíferos.

Desde 2003 até final de Janeiro de 2007, em 11 países de 3 continentes, foram notificados 271 casos em pessoas causada pelo subtipo A(H5N1) de que resultaram 165 mortes. O número de casos e de mortes notificado em 2006 foi superior ao de qualquer dos anos anteriores nomeadamente, 116 casos e 80 mortes.

Os casos de doença no Homem ocorreram em regiões com epizotias declaradas e estão associados ao contacto próximo com aves infectadas ou ambiente contaminado com o subtipo A(H5N1), excepto em três *clusters* em que se admite a transmissão pessoa a pessoa sendo que este tipo de transmissão, não se revelou, até à data, eficaz.

Em conclusão, enquanto zoonose a doença humana causada por vírus da gripe A(H5N1) não tem impacte na saúde pública no entanto, este vírus apresenta potencial pandémico o que não significa que venha a tornar-se responsável pela próxima pandemia, cuja data e características não é possível prever.

Gripe pandémica

Muito raramente (3 vezes no século XX), a gripe manifesta-se como uma pandemia, de gravidade variável, quando um novo subtipo de vírus da gripe do tipo A se transmite eficazmente entre as pessoas. Resultante da susceptibilidade generalizada da população ao novo vírus a gripe pandémica ocorre em simultâneo em extensas regiões do globo, afectando uma elevada proporção da população e causando excesso de mortalidade e disfunção social.

A pandemia pode evoluir por ondas com uma duração de 8 a 12 semanas, e a sua contenção só será possível no início, pelo que, as medidas a tomar destinam-se principalmente a atrasar e diluir no tempo a progressão da doença permitindo o seu melhor controlo até que exista a possibilidade de vacinação.

Apesar de não ser possível prever quando e como será a próxima pandemia é necessário, mesmo com elevado grau de incerteza, desenvolver planos para minimizar os seus efeitos.

Desde 1997, aquando da identificação pela primeira vez do vírus A (H5N1) em seres humanos, que a Direcção-Geral da Saúde tem vindo a elaborar planos de contingência para a pandemia de gripe, que vão sendo

actualizados e substituídos, em função do risco de pandemia e dos desenvolvimentos científicos, tecnológicos e organizacionais. Em Janeiro de 2006 foi aprovado pelo Ministro da Saúde, um plano contendo apenas orientações estratégicas.

Esse plano estratégico contempla quatro áreas funcionais: Informação em Saúde; Prevenção, Contenção e Controlo; Comunicação; Avaliação.

As áreas funcionais são organizadas através de sete Planos Específicos: Informação em Saúde; Medidas de Saúde Pública; Vacinas e Medicamentos; Cuidados de Saúde em Ambulatório; Cuidados de Saúde em Internamento; Comunicação; Avaliação. Estes Planos Específicos são, por sua vez, completados e actualizados através de Orientações Técnicas.

A principal finalidade do Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe é capacitar os serviços de saúde e outros parceiros sociais, no sentido de minimizar o impacte da pandemia principalmente no que respeita à letalidade e à disfunção social.

O impacte da pandemia na sociedade pode ser mais importante que na própria saúde com graves consequências no funcionamento de toda a actividade social, incluindo em sectores imprescindíveis para garantir as necessidades básicas das populações.

Portanto, o Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde aborda também o papel que a sociedade deverá desempenhar quando a pandemia ocorrer, no sentido dos diferentes sectores sociais, incluindo as famílias e aos indivíduos, organizarem os seus próprios Planos de Contingência.

Só o esforço conjunto de toda a sociedade permitirá ultrapassar uma pandemia sem que ocorram graves disfunções sociais, permitindo à sociedade retomar o seu funcionamento normal no mais curto espaço de tempo depois de terminada a pandemia.

CATÁSTROFES EM PORTUGAL

JOSÉ DECQ MOTA
PAULO TEIXEIRA
LOURENÇO DA SILVA
CARLOS GONÇALVES
JOAQUIM LOPES HENRIQUES
FRANCISCO ALLEN GOMES
VALDEMAR GOULART PORTO

Catastrofes Naturais nos Açores

JOSÉ DECQ MOTA

Quando a Sr^a Dr^a Luísa Sales me falou da realização deste Encontro Científico “Psiquiatria da Catástrofe – Intervenção na Crise” segui com interesse e curiosidade o que ela me dizia sobre as razões e os objectivos desta iniciativa, mas fiquei perplexo e até algo inquieto quando ela me convidou a vir aqui intervir.

Depois de algumas explicações percebi que sendo açoriano residente no Arquipélago, com quase três dezenas de anos de desenvolvimento de actividade política e de cargos políticos regionais, talvez pudesse contribuir para este Encontro com alguma espécie de relato, algum tipo de percepção e alguma informação sobre as catástrofes naturais nos Açores e alguns dos seus efeitos, impactos e consequências. Raciocinando assim aceitei o convite e transformei-o numa espécie de desafio ao qual quero corresponder.

Assim aqui estou, em Coimbra, cidade onde vivi quase dez anos e onde construí todos os pilares da minha vida subsequente.

É com muito gosto que aqui estou. Esse gosto naturalmente se acentuou com a possibilidade de vir encontrar alguns velhos amigos com quem partilhei inquietações, esperanças e vivências.

Esse gosto ainda se acentuou mais ao verificar que neste painel o Relator é o Dr. Allen Gomes, cidadão, especialista e personalidade que conheço, admiro e respeito há muitos anos e o Presidente da Mesa e o Contra-Almirante Dr. Valdemar Porto, amigo de infância, antigo colega do Liceu da Horta e prestigiada figura da minha Terra.

É também com muita humildade que aqui estou. Sei que posso dizer-vos algumas coisas mais ou menos alinhavadas sobre as catástrofes naturais que são frequentes nos Açores, mas também sei que não é fácil transmitir-vos de forma sintética mensagens que possam ser úteis ao objectivo dos vossos trabalhos.

Sendo este tema susceptível de vos poder ser apresentado com muitas e espectaculares imagens referentes a sismos, vulcões, concentrações de desalojados, navios arrojados à costa por temporais, pontes caídas, estradas cortadas, etc., optei, entretanto, por não trazer nada disso.

Parto do princípio que essas imagens já todos as temos nas nossas mentes, pelo que procurarei, com um texto sem pretensões, balizar situações, descrever alguns factos, transmitir alguma informação, partilhar algumas opiniões. Procurarei que as pessoas que vivem naquelas ilhas e sofrem com essas catástrofes, as pessoas que intervêm e actuam nas crises, as pessoas que tomam decisões sobre as formas de agir, estejam todas o mais presentes possível no que vos vou dizer.

Permitam-me ainda que, antes de passar ao tema, registre um agradecimento sentido à Sr^a Dr^a Luísa Sales e a toda a organização pelas atenções que me têm dedicado.

I. Açores – Arquipélago ameno e produtivo mas sujeito a catástrofes naturais

Os Açores são muitas vezes lembrados e referidos em função das catástrofes naturais que lá ocorrem e que são parte da sua história. É por isso que aqui estou e é sobre isso que vos vou falar, mas queria, à cabeça e a abrir, dizer-vos com clareza total que os Açores, embora sujeitos a catástrofes, são antes de mais e acima de tudo um Arquipélago Atlântico de clima em geral ameno, com grande capacidade produtiva agrícola e com condições ambientais que determinam a possibilidade de se viver com alta qualidade.

Os Açores não são nenhum “inferno” no meio do Atlântico, bem pelo contrário. Acontece porém que é uma Região onde existe uma actividade sísmica importante, uma vulcanicidade activa em algumas áreas e onde os ventos e as chuvas, nos momentos em que são persistentes e intensos podem provocar sérios danos.

A lista de terramotos de que há registo desde o povoamento é muito significativa. A lista dos vulcões em terra e dos vulcões submarinos próximos de terra que tiveram actividade após o povoamento é também expressiva. Muitos desses fenómenos provocaram vítimas e quase todos eles geraram consequências na vivência, na subsistência e nos patrimónios edificado e produtivo.

Os Açores é um Arquipélago constituído por 9 ilhas e alguns ilhéus, com uma área total de 2323 Km² e tem 844 Km de perímetro costeiro. As nove ilhas estão dispersas por 66.000 Km² e a distância linear entre o ponto terrestre mais a Leste e o ponto mais a Oeste é de 600Km.

A distância a Portugal Continental é de 1500 Km aproximadamente enquanto a América do Norte fica a 3.900 Km.

Pelo último censo vivem nos Açores 241.763 habitantes, que se espalham por nove ilhas, pelos 19 concelhos e pelas 154 freguesias constituídas.

A densidade populacional varia de forma muito forte e vai dos 177 hab/Km² em São Miguel, dos 140 hab/Km² na Terceira, dos 87 hab/Km² no Faial, aos 25 hab/km² no Corvo, os 28 hab/Km² nas Flores, os 33 hab/Km² no Pico. A Graciosa com 78, Santa Maria com 58 e São Jorge com 40 completam esta lista.

Do ponto de vista do clima os Açores situam-se numa zona de transição e de confrontação de massas de ar de origem tropical e de massas de ar de origem polar. O anticiclone dos Açores, sistema semipermanente de altas pressões, condiciona a circulação das massas de ar e protege fortemente o Arquipélago mas determina também a forma sincopada como o estado do tempo se manifesta, especialmente no Inverno.

Terramotos, vulcões, tempestades que ocorrem quando o anticiclone se afasta ou enfraquece e deslizamentos de terra que resultam de todos os outros fenómenos, são as catástrofes que nos atingem e que, porventura, nos marcam de forma forte.

Estando de algum modo apresentadas as ilhas dos Açores, quanto à sua localização, condições naturais e distribuição da população, é tempo de ir fazendo uma aproximação ao tema. Gostaria, entretanto, de vos chamar a atenção para alguns aspectos históricos que me parecem relevantes.

II. As catástrofes ao longo da História

A história do povoamento dos Açores é sem dúvida uma história de sucesso na sua vertente quantitativa. Basta ter a ideia que nos primeiros 100 anos de povoamento a população se aproximou das 100.000 pessoas para se tirar essa conclusão. Se tivermos em conta os tipos de navios que se usavam nos anos de 1400 e 1500, a elevada taxa de mortalidade infantil, a população então existente em Portugal Continental e noutros países da Europa, temos que concluir que esse povoamento iniciado do zero, provavelmente em 1432, foi muito rápido.

É curioso notar que nem os sismos desse século, nem os vulcões activos, nem os temporais que surgem com alguma frequência, impediram ou condicionaram esse povoamento.

Creio que a relativamente fácil movimentação de pessoas para as recém descobertas ilhas dos Açores no século XV se deverá, em grande parte, às crises de subsistência que se viviam nas terras de origem.

Acredito mesmo que o tipo de navio e os esquemas de organização do transporte marítimo quase impedia, a não ser a uma escassa elite, qualquer veleidade de regresso. Mas apesar disso teve certamente peso objectivo nesse sucesso o facto da maior parte das ilhas dos Açores terem uma excepcional aptidão agrícola, aptidão essa que era meio caminho andado para que a alimentação essencial dos povoadores fosse assegurada. Estas ilhas sísmicas e vulcânicas foram povoadas de forma rápida apesar desses fenómenos, e poucas dezenas de anos após o povoamento já exportavam pelo menos cereais e pastel (planta essencial para a tinturaria).

Concluo assim que a capacidade produtiva das ilhas e a capacidade de satisfazer as necessidades alimentares e de vida básicas dos povoadores foram essenciais para que eles se fixassem em ilhas onde os sismos eram frequentes e onde o fogo brotava da terra.

As ilhas das Flores e do Corvo, descobertas e povoadas depois das demais, tiveram dificuldades sérias e demoradas no seu povoamento. Não há registo nem de sismos, nem de vulcões nessas ilhas pois situam-se já para lá da Crista Médio Atlântica, na Placa Americana, ao contrário das outras 7 que se situam na Placa Euro-Asiática. A persistência dos ventos, a falta de seguros portos naturais, as dificuldades em penetrar num território muito acidentado, terão sido as principais razões que levaram às tentativas frustradas de povoamento daquelas ilhas e à demora que esse processo, nesses casos, teve.

Dos vulcões históricos, ou seja, as erupções havidas em várias ilhas e suas imediações, depois do povoamento assume importância o Vulcão do Cabeço do Fogo na ilha do Faial que ocorreu em 1672 e que transformou fortemente duas freguesias daquela ilha – Praia do Norte e Capelo. Essa erupção criou torrentes de lava que correram para os lados opostos da cratera central do vulcão formando dois vastíssimos campos de lava, um que entrou na referida freguesia da Praia do Norte e outro que entrou na do Capelo. Esses campos de lava foram e são designados por mistérios – Mistério da Praia do Norte e Mistério do Capelo. É evidente que quando esse vulcão iniciou actividade violenta as populações daquela parte da ilha certamente procuraram refúgio e segurança longe dele. Quando, passado algum tempo, voltaram verificaram que parte dos bons terrenos agrícolas e que parte das casas tinham desaparecido e dado lugar a uma espécie de enorme ribeira de pedra negra e quente. Esse facto era para esses nossos antepassados um verdadeiro e enorme mistério e assim ficou até hoje o nome.

Não há nenhum levantamento de pormenor, relativo aos primeiros trezentos anos de povoamento, sobre a forma de agir das autoridades durante as crises sísmicas e vulcânicas. Sabe-se que a destruição de habitações foi sempre muito grande, mas a qualidade dessas habitações, no que respeita ao Povo (pedra e colmo), era de relativamente fácil reconstrução.

A História fez chegar até nós vários Votos Perpétuos de natureza religiosa (dois dos quais no Município da Horta) o que nos mostra que muito da iniciativa dos influentes durante as crises se situava especialmente na exacerbação dos sentimentos religiosos das populações. As procissões, as promessas, os votos e os Te-Deum de acção de graças quando as crises serenavam, constam de todos relatos antigos sobre crises sísmicas e vulcânicas.

Mais difícil é saber-se o que é que acontecia aos proprietários que perdiam terras boas soterradas com lavas e cinzas, que tipo de medidas eram tomadas e que ajudas públicas ou senhoriais haveriam para as reconstruções.

Estou em crer que a existência de medidas públicas de reconstrução face às catástrofes é um facto relativamente recente e que deverá ter-se iniciado de forma sistemática no século XVIII.

Durante os primeiros quatro séculos do povoamento, a principal consequência dos temporais de ventos ciclónicos e chuvas torrenciais, foram, para além do destelhamento de casas e derrube de casebres, a perda de navios ancorados nos portos naturais, que não davam abrigo completamente seguro.

Só no século XIX se construíram os portos artificiais de Ponta Delgada e Horta, obras que motivaram que essa situação fosse muitíssimo alterada.

Os temporais do quadrante Sul, especialmente do SW, puseram no fundo muitos navios em Angra (principal porto até aos anos 1700), em Ponta Delgada nos séculos XVIII e XIX e na Horta, porto também de grande movimento a partir da segunda metade do século XVIII.

Nesses naufrágios, por insuficiência de abrigo perderam-se muitos navios nacionais e estrangeiros, mas também se perderam muitas embarcações da cabotagem de ligação entre as ilhas. Não é difícil concluir que esta situação terá tido enorme peso negativo na economia e na sociedade açoriana ao longo dos séculos. Basta dizer que só na segunda metade do século XIX se estabeleceram carreiras regulares de navios com o Continente, para se perceber quanto prejuízo provocava essa irregularidade de transporte pelo facto das baías e enseadas serem em geral, muito abertas.

III. As Catástrofes no Século XX

Depois desta visita ao mesmo tempo breve e longa, ao “fundo do tempo” do meu Arquipélago, permitam-me que lhes fale das catástrofes do século XX.

Sem ser exaustivo e sem consultar a vasta bibliografia existente registo no que toca a terramotos, o de 1926 no Faial, que destruiu a Horta e provocou alguns mortos; o de 58 no Faial que arrasou as freguesias da ponta oeste, sem que houvesse mortos; o de 64 em São Jorge que provocou muitís-

sima destruição na Vila e em todo o Concelho de Velas; o de 73 no Pico, que destruiu vastas zonas do Concelho da Madalena; o de 80 na Terceira, São Jorge e Graciosa, que provocou a quase total destruição de Angra e de muitas freguesias nas três ilhas e um elevado número de mortos que ultrapassou as 7 dezenas; o de 98 no Faial onde destruiu ou danificou 70% do parque habitacional, no Pico e em São Jorge e que provocou 8 mortos. Durante o século XX a ilha de São Miguel, muito vitimada por terramotos em séculos anteriores, teve um número elevado de crises sísmicas persistentes mas pouco destrutivas.

Destes terramotos que mencionei, ocorreram no meu período de vida os de 58, 64, 73, 80 e 98.

Sem deixar de dizer que penso que já é bastante, queria também referir que noto uma acentuada evolução positiva nas medidas preventivas que se tomam, na natureza das medidas de reconstrução que se adoptam, na criação de mecanismos de resposta às crises e na assumpção pelos poderes políticos, agora eleitos, de uma postura de responsabilidade e acção que por muito tempo não existiu ou existiu pouco.

Das várias manifestações vulcânicas assinaladas nos Açores e seus mares, no século XX assume um grande destaque o vulcão dos Capelinhos, activo entre 27 de Setembro de 1957 e Outubro de 58, vulcão esse que se iniciou no mar mas que fez crescer a ilha do Faial em mais 1,5 km². Foi um vulcão violento, com várias fases e períodos, que teve como consequência directa a diminuição, por muitos anos, da capacidade agrícola do Faial e, na sequência disso, pôs em causa parte da economia de subsistência que nesses anos de negação do desenvolvimento marcava os Açores.

A parte Oeste da ilha do Faial, tal como em 1672, voltou a ser sacrificada. Centenas de habitações foram destruídas e milhares de alqueires de terra perderam a sua capacidade agrícola, situação que, ainda hoje, está longe de estar completamente reposta.

Posta em causa a subsistência de uma parte da população, a saída foi a emigração massiva. Calcula-se que em 57 o Faial teria 27 mil habitantes sendo que em 62, três anos depois de ter sido aberta a emigração para os Estados Unidos e Canadá, a população caiu para os 15 mil habitantes, número que ainda hoje se mantém. Das recordações de menino de 8 e 9 anos, que era a idade que eu tinha quando ocorreu o Vulcão dos Capelinhos, retenho de forma muito viva imagens da evacuação das freguesias do Capelo e da Praia do Norte; imagens dos acampamentos feitos para esses refugiados nos Cedros, na Horta e noutros pontos; imagens dos alojamentos improvisados em casas da cidade para famílias dessas freguesias; imagens da enorme quantidade de cinzas vulcânicas que caíram no Capelo e que derrubaram, por acumulação, os tetos de muitas casas.

Recordo também de forma muito viva o temor e quase terror que se apoderou dos adultos com quem convivia, quando chegou a notícia, em 13 de Maio de 58, que o Vulcão da Caldeira (no Centro da Ilha) estava a funcionar. A notícia era certa, pois o Vulcão da Caldeira funcionou durante 5 dias, mas com actividade moderada.

Foi nessa altura que as autoridades aceitaram que os habitantes que quisessem e, em especial, crianças e idosos, pudessem seguir para a vizinha ilha do Pico. Foi também nessa altura (12 e 13 de Maio de 58), com os Capelinhos a expelir imensa lava, com a Caldeira a produzir algumas explosões de fumo e cinzas, com uma actividade sísmica intensíssima ligada por tremor contínuo, que chegaram a ser feitos planos de evacuação da ilha e avisos à navegação pedindo aos navios que se fossem aproximando pois podia ser necessária essa evacuação.

O Vulcão dos Capelinhos deixou marcas nos habitantes, incluindo a criança que eu então era, deixou marcas profundíssimas numa sociedade que se desorganizou fortemente, numa economia que viu as suas já fracas produções agrícolas e piscatórias muito reduzidas e numa comunidade que, em poucos anos, perdeu uma alta percentagem dos seus membros mais jovens.

O Vulcão dos Capelinhos e o terramoto de 58, a ele associado, não provocaram nem mortos, nem feridos, mas “viraram do avesso” a ilha do Faial.

Os terramotos de 80 (Terceira, Graciosa e São Jorge) e de 98 (Faial, Pico e São Jorge) foram, pela dimensão da destruição, fenómenos de grande impacto na vida da Região Autónoma com consequências directas e indirectas ainda não esgotadas.

As já referidas tempestades, em grande parte provindas de SW, também fizeram, no século XX e já no actual a sua aparição criando essencialmente destruição material, colapso em infraestruturas (casos dos portos de Vila do Porto (86), Praia da Vitória (92 e 2002), Lajes das Flores, São Roque do Pico) e obrigando a um permanente esforço de recuperação e de reforço.

Associados às chuvas e também aos sismos, verificam-se os deslizamentos de terras como aquele ocorrido na Ribeira Quente, São Miguel, em 1997 e que vitimou 28 pessoas. As causas destes fenómenos são conhecidas no geral, mas penso que ainda não se quis tirar todas as conclusões práticas desse conhecimento. As modificações feitas em profundidade nos equilíbrios ecológicos, nas condições de absorção e encaminhamento das águas, nas zonas sobranceiras e de cota superior põe claramente em risco as povoações que, historicamente, foram construídas em lugares abrigados, junto às escarpas e com fácil acesso ao mar. Outro caso recente (anos 80) foi o da Ponta da Fajã Grande, ilha das Flores, localidade onde continua a haver, por legislação regional, proibição de ser habitada.

IV. As Catástrofes naturais, os poderes políticos e as populações

Criei-me e cresci convivendo com situações de alarme geral, em que todos saem de casa, se concentram em espaços mais ou menos abertos e aguardam com angústia e ansiedade, o evoluir dos acontecimentos.

É natural que, nesses momentos, se acentuem comportamentos de inter-ajuda que, não só ajudam à resolução objectiva dos problemas práticos que tais situações levantam, mas que também contribuem para valorizar o que de melhor há em cada qual e que nem sempre é visível ou reconhecido.

Já referi, numa perspectiva histórica, a acentuação de manifestações de religiosidade que há nesses momentos. Essa prática permanece e atrevo-me mesmo a dizer que, nesses momentos extremos de angústia e dor, assume expressões de autenticidade que nem sempre se vêem.

O aumento das disponibilidades individuais para missões de risco, quer em actos de salvamento, quer em trabalhos urgentes de reposição da normalidade e segurança, é outro indicador que interessa reter e que resulta da vontade, que a todos anima, de ultrapassar as crises.

Os grandes terramotos de 80 e 98, ocorreram ambos na vigência do actual poder autonómico regional, embora com Governos Regionais de matriz partidária diferente. Em 80 estava no Governo Regional o PSD e em 98 estava o PS. Em 80 era Presidente do Governo o Dr. Mota Amaral e em 98 o Sr. Carlos César.

As medidas tomadas para a reconstrução foram muito diferentes, como diferentes foram os métodos de intervenção imediata, mais que não fosse pelo facto das condições de enquadramento e meios serem eles próprios diferentes.

Mas num ponto há em que os comportamentos governativos têm, com 18 anos de intervalo, uma verdadeira similitude. Estou a referir-me ao facto de ambos os Governos Regionais não terem hesitado em dar toda a prioridade à resolução dessas crises e terem condicionado prioridades e investimentos em função delas, apesar de ambos ocorrerem apenas em algumas das nove ilhas.

Não era assim no passado e cada uma das ilhas, na digestão das consequências das crises, ficava muito mais sobre si, remoendo os efeitos e ultrapassando com lentidão as situações.

As catástrofes naturais nos Açores, especialmente os terramotos e os temporais quando são destruídas infraestruturas estratégicas ou importantes, são sempre momentos em que é visível a paragem no normal processo de desenvolvimento que se procura atingir.

Os referidos terremotos de 80 e 98 fizeram retardar, por exemplo, a construção de muitas infraestruturas essenciais em várias áreas, nomeadamente no que respeita a portos e à rede viária.

Por outro lado, esses terremotos deram lugar a processos de reconstrução que vieram transformar radicalmente o parque habitacional, quer nas condições de vida, quer especialmente na segurança. Hoje, em ilhas como Terceira, Faial, São Jorge, Pico e Graciosa uma já muito alta percentagem das habitações tem construção anti-sísmica moderna, o que altera fortemente a probabilidade de futuros sismos terem os mesmos efeitos destrutivos que no passado.

Uma discussão ainda viva nos Açores, prende-se com a natureza dos apoios a atribuir à reconstrução.

Em 80, o peso financeiro da reconstrução recaíu sobre os sinistrados, assumindo a Região e o Estado o custo das infraestruturas e a criação de condições através da bonificação de juros, para que os sinistrados pudessem recorrer à banca.

Em 98, o custo financeiro da reconstrução foi assumido, em alta percentagem, pela Região com a solidariedade do Estado.

Na minha opinião, e sem contar com alguns erros laterais que afectavam a legislação então criada, a opção de 98 foi a mais correcta e adequada e a que mais se aproximava da ideia da reconstrução ser um verdadeiro momento de evolução, construindo um parque habitacional adequado a ilhas que vão voltar a ter sismos pelo menos de intensidade idêntica.

O Decreto Legislativo Regional nº 15/98/A de 15 de Setembro concebe, e bem, o processo de reconstrução como um momento de viragem. Esse passo foi importante.

Outra questão prende-se com a forma como o processo de reconstrução foi montado e gerido.

Nesse plano tenho profundíssimas discordâncias com muitos aspectos das práticas assumidas e lamento que tais práticas tenham, como aconteceu, contribuído para diminuir muito o alcance inovador da legislação de 98.

V. Catástrofes, Prevenção e Medidas de Solidariedade

Estou muito perto de terminar, mas queria ainda referir que é hoje obrigação dos poderes públicos aproveitar, em profundidade e extensão, a evolução da ciência e da tecnologia para visar diminuir os efeitos das catástrofes naturais.

Hoje, nos Açores, com a existência do SIVISA, serviço de vigilância sísmica e vulcanológica, com a existência da Universidade dos Açores que

tem vários programas ligados à vulcanologia, sismos e previsão meteorológica, com a coordenação que se faz entre organismos de vários tipos, nomeadamente, tem-se dado passos importantes no sentido apontado.

A sensibilização dos Municípios, a existência efectiva de planos municipais de emergência, que sejam bastante mais que um mero papel feito por um gabinete qualquer e o funcionamento efectivo das Comissões Municipais de Protecção Civil, são caminhos que estão a ser percorridos mas que não podem ser contrariados por certas tendências centralizadoras e manobristas que persistem.

A criação de uma mentalidade social de prevenção, que leve ao sistemático respeito por todos, dos projectos de construção anti-sísmica, que elimine a tendência de desvalorizar as medidas preventivas, que obrigue ao estudo e resolução rápida de todos os problemas novos que vão surgindo, é um outro caminho que está a ser seguido, mas que também é muitas vezes desvalorizado por responsáveis políticos, sociais e económicos.

O Serviço Regional de Protecção Civil existe e tem feito um caminho de preparação e de identificação com os problemas que tem que enfrentar, que me parece muito positivo.

Todos sabemos que, não sendo a Protecção Civil uma missão central das Forças Armadas, em situação de crise o papel que elas têm é sempre central e decisivo.

Também tem sido assim nos Açores e é justo registar uma palavra de muito apreço por esses militares que guarnecem navios, aviões ou helicópteros, que montam e enquadram postos de emergência ou campos de apoio ou que transportam e montam equipamentos de engenharia militar, quando tal é necessário.

O apreço que sinto por todos eles, dos comandos superiores aos simples militares em acção, é tanto maior quanto muitas dessas missões têm sido e são hoje cumpridas com meios desadequados, antigos e de já muito difícil operacionalidade.

Não é aceitável que o poder político do nosso País, depois da instauração da democracia, não tenha tido a lucidez de equipar o dispositivo militar sediado nos Açores com meios adequados à natureza insular da Região, ao clima e à frequente ocorrência de fenómenos que obrigam a que as pessoas sejam protegidas e assistidas.

É bom que se saiba e perceba o significado que tem para os açorianos avistar-se a silhueta de uma corveta, ou sentir o barulho de um Puma, quando é necessário evacuar um doente, socorrer uma embarcação, suprir uma ruptura de abastecimento ou dar assistência a uma população em plena crise sísmica.

Nenhum dos muitos Governos da República que existiram depois de aprovada a CRP, foi capaz de perceber correctamente essa situação.

Os Açores tem contado, no plano orçamental e outros, com a solidariedade do Estado quando ocorrem as crises, mas tão importante quanto isso será equipar as unidades e serviços dos três ramos das Forças Armadas existentes nos Açores com meios adequados ao desempenho do indispensável papel suplementar e de reforço dos meios civis, quando se dão as grandes crises originadas por catástrofes.

Poderia resumir, em forma de conclusão, o conjunto de ideias que aqui deixei. Não o faço porque tal não é, obviamente, necessário.

Queria apenas dizer que nos Açores, pesem embora os fenómenos naturais adversos, pode viver-se com qualidade.

Queria dizer-vos que, nos Açores, qualquer política que queira ter as pessoas e o seu bem estar como a questão central, não pode deixar de apostar na prevenção, na vigilância das catástrofes e, nos casos possíveis, no recurso às tecnologias que podem minorar os efeitos das catástrofes naturais.

Queria dizer-vos que os passos que já se deram nestas áreas relacionadas com as catástrofes não podem, em nome de nenhum economicismo, regredir.

Queria dizer-vos que todo o esforço que hoje se faz durante as crises, para assistir e alojar, e depois delas, para reconstruir, tem que ser considerado não uma benesse dos poderes, mas uma conquista civilizacional de que se não pode abrir mão.

Espero ter contribuído para algum aspecto do vosso trabalho.

Muito obrigado.

(Comunicação apresentada no painel "Catástrofes em Portugal" inserido no Encontro Científico "Psiquiatria da Catástrofe – Intervenção na Crise" realizado no Hospital Militar de Coimbra em 21, 22 e 23 de Setembro de 2006)

A Tragédia de Entre-os-Rios: “Saber Gerir a Comunicação em Situações de Crise”

PAULO TEIXEIRA

Começo por vos dizer que é para mim uma honra poder hoje estar aqui, perante vós, falando de um tema que me é muito particular, numa situação em que tive de intervir em vários cenários sem ter tido qualquer formação para o efeito, mas que teve origem num dos maiores desastres rodoviários de sempre, ocorridos em Portugal.

E deste modo dizer-vos que o tema que me foi proposto, vai ser muito mais prático que teórico, pelo facto de ter uma experiência pessoal que vos vou tentar transmitir.

Convidaram-me para abordar uma situação que abalou o País, no dia 4 de Março de 2001, a tragédia da Ponte Hintze Ribeiro, que lançou nas águas do Rio Douro, cinquenta e nove vidas, trinta e seis das quais nunca chegaram a ser encontradas.

Os frequentadores deste curso deverão sempre enquadrá-las à luz de uma análise e reflexão sobre uma crise que o País viveu e considerando que já passaram mais de 1.700 dias do acontecimento, e que a mesma foi geradora de uma crise, inclusivamente governamental.

Para todas as entidades presentes na altura esta foi a maior operação alguma vez montada num acidente desta natureza.

Por isso na minha opinião é preciso explicar como tudo aconteceu, como vivi esta crise, o que foi feito, o que ficou por fazer e o que pode ser melhorado para o futuro.

Eram cerca das nove horas e quinze minutos de um domingo chuvoso, quando recebo em casa dos meus sogros, onde me encontrava a viver provisoriamente, com a minha mulher e o meu filho, recém nascido, (o João Paulo com 38 dias), uma chamada no meu telemóvel. Um amigo meu informa-me que estão carros dos bombeiros de Entre-os-Rios a deslocarem-se para a Ponte Hintze Ribeiro porque terá ocorrido um acidente com um autocarro.

De imediato vim à varanda da casa, a cerca de quinhentos metros da Ponte (em linha recta e onde em condições normais se avistava Entre-os-Rios) mas a escuridão não permitia visualizar nada. Convidei então o meu sogro para ir comigo ver o que tinha acontecido.

À medida que nos íamos aproximando da Ponte, os gritos das pessoas iam enchendo os nossos ouvidos. Afinal estávamos numa hora em que normalmente muitos carros cruzavam aquela Ponte, uns com passageiros que iam para o Porto para mais uma semana de trabalho, outros que se deslocavam para a outra margem do Rio, após a passagem de um domingo em família.

Antes de continuar a descrição, convém referir que a Ponte Hintze Ribeiro ligava os Concelhos de Castelo de Paiva e Penafiel e encontrava-se registada como património da antiga JAE – Junta Autónoma das Estradas e da Direcção de Estradas do Distrito do Porto.

Quando chego à Ponte, encontro o Inspector Distrital dos Bombeiros de Aveiro, António Salazar, que tinha assistido a tudo, pois preparava-se para passar a Ponte, em direcção ao Porto.

De imediato procurou, através dos sistemas móveis instalados no veículo da Inspecção, accionar os meios, que foram chegando aos poucos de todos os lados.

Era primeiro lugar, os Bombeiros de Entre-os-Rios, depois a GNR, os Bombeiros de Castelo de Paiva, o Delegado de Saúde de Castelo de Paiva, o Vice-Governador Civil de Aveiro, entre outros (este último chega num jipe da GNR). Cerca das 23h30m, conseguiram-se uns geradores para iluminar o Rio, entretanto chegaram os Sapadores de Gaia e do Porto, assim como o Comandante Moura, da Inspecção Nacional de Bombeiros.

A NECESSIDADE DE INFORMAR

Todas as pessoas no local tinham a verdadeira noção que pouco ou nada se podia fazer, mas tornava-se imperioso dar alguma resposta à ansiedade patenteada pelas centenas de pessoas que entretanto se juntavam de ambas as margens do Rio.

Era preciso informar. Informar com rigor e com precisão.

Afinal estavam em causa vidas humanas.

Mas àquela hora pouco se podia fazer, tal era a velocidade das águas do Rio Douro e a escuridão no local. Num ápice também as chamadas por telefone fixo e móvel deixaram de se poder efectuar.

As comunicações foram cortadas, pois as fibras ópticas foram cortadas com a queda da Ponte (as mesmas passavam o rio de uma margem para a outra).

Os acessos, pedonais e rodoviários, à margem esquerda foram cortados, os agentes da administração central não sabiam para onde enviar os socorros, às 3 da manhã um ministro anuncia a sua demissão enfim estava instalada a crise.

No início da madrugada, chega a Entre-os-Rios, o Secretário de Estado das Obras Públicas, Luís Parreirão, o Secretário de Estado da Administração Marítimo Portuário, José Junqueiro, acompanhados pelo Presidente da Câmara Municipal de Penafiel, Rui Silva e do Governador Civil do Porto, Joaquim Couto.

Cerca das cinco da manhã, chega à margem esquerda, lado de Castelo de Paiva, o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Administração Interna, Prof. Carlos Zorrinho.

Nessa altura poucos eram aqueles que estavam na margem esquerda do Douro, realça-se aqui a presença sempre contínua e crescente da comunicação social, de ambos os lados do Rio, que fazia chegar a casa de todos os familiares (mais de 200) a informação em tempo real.

Às duas e quarenta e cinco da manhã, um jornalista da SIC convida-me para assistir no carro de exteriores da estação às declarações do Ministro do Equipamento Social, Dr. Jorge Coelho, que iriam para o ar em directo às 3 horas da manhã.

As declarações surpreenderam o País, o Ministro do Equipamento Social, Jorge Coelho, em nome do Governo responsabilizava-se pelo sucedido e apresentava a sua demissão ao Primeiro-Ministro. Foi uma atitude de grande dignidade política. Estava entretanto criada uma crise governamental.

Enquanto Presidente da Câmara responsabilizei o Governo pelo acidente e o Estado assume a responsabilidade e delibera indemnizar as famílias das vítimas e os detentores de bens materiais perdidos no desastre.

Vinte e quatro horas depois do acidente é recuperado o primeiro corpo junto à margem esquerda do Rio Douro. A ansiedade e a angústia apodera-se de todos.

As informações prestadas ao público e à comunicação social são feitas de uma forma avulsa e sem coordenação.

O Presidente da Comissão Europeia, Romano Prodi, expressa condolências e manifesta solidariedade às famílias das vítimas.

O Ministro das Obras Públicas demissionário nomeia uma Comissão de Inquérito, liderada pelo Eng. Rui Correia, Presidente do Laboratório Nacional de Engenharia Civil.

A CRISE INSTALOU-SE

O Governo decretou dois dias de luto nacional. Enquanto que a Câmara Municipal de Castelo de Paiva, reunida extraordinariamente na manhã do dia 5, decreta três dias de luto concelhio.

Na noite de quatro para cinco, as estruturas municipais instalam uma morgue no pavilhão de desportos municipais assim como uma capela mortuária.

A queda da Ponte de Entre-os-Rios foi dos acidentes mais trágicos de sempre da Europa moderna.

Vem o amanhecer e começa-se a tentar colocar um cabo entre terra e os pilares sobrantes da Ponte Hintze Ribeiro, para os mergulhadores tentarem penetrar no Rio Douro, que apresentava uma forte corrente. Há uma primeira tentativa e o cabo rebenta.

Começam então a estudar-se outras soluções. Solicito à Capitania do Porto Douro, que tentasse colocar uma rede junto à Barragem de Crestuma para tentar evitar que os corpos passassem a barragem e entrassem no Atlântico, facto que nunca veio a concretizar-se, e quem sabe teria sido possível recuperar mais corpos e alguns não teriam ido para o norte de Portugal e Galiza.

Já durante o dia, um morador de Entre-os-Rios refere que viu um clarão do autocarro. Muitos outros referiram outros cenários que se teriam verificado, antes e pós tragédia. Infelizmente muitos não foram verosímeis.

Começava a perder-se a esperança de se encontrar corpos com vida.

O Conselho da Europa envia condolências à Câmara Municipal.

Entretanto, pelo telefone o Senhor Primeiro-Ministro contacta-me e informa-me das medidas que o Governo tomou e vai tomar, e diz-me que está a chegar ao Concelho.

A recepção ao Primeiro Ministro faz-se junto ao estaleiro entretanto montado junto à margem esquerda do Douro e junto aos destroços da Ponte Hintze Ribeiro.

O Senhor Primeiro – Ministro através dos “media” informa o País que o Governo quer acelerar o processo das indemnizações e entrega ao Provedor de Justiça o processo para cálculo das mesmas. No final, estamos a falar da mais elevada indemnização paga até hoje (no global) pelo Estado Português.

Da empresa de camionagem Asa Douro, proprietária do autocarro que caiu no Douro, vem a informação de que a mesma desconhece o número exacto de passageiros que iam no autocarro.

A Procuradoria Geral da República abre um inquérito para apurar causas e eventuais responsáveis pelo acidente.

O Ministro da Administração Interna, Nuno Severiano Teixeira, envia equipas de apoio para o terreno e dirige as operações em Castelo de Paiva, apoiado pelo seu Secretário de Estado, Prof. Carlos Zorrinho, que desde a madrugada do dia 5, permaneceu onze dias seguidos sem ir a casa, em Castelo de Paiva.

O Secretário de Estado das Obras Públicas, Luis Parreirão, anuncia a intenção de me processar por difamação. O Processo corre no DIAP em Lisboa, que meses mais tarde decide arquivar o Processo por falta de fundamento.

As declarações que o lavaram a mover esse processo e que são objecto do referido processo foram prestadas na noite da tragédia da queda da ponte e em clima de grande emoção.

Essas declarações exprimem um estado de profunda dor e também de alguma revolta por não terem sido atendidos os incessantes pedidos que fiz enquanto Presidente da Câmara, no sentido do governo construir a nova Ponte com urgência.

A Ponte que ruíra tinha 116 anos, construída para o trânsito de carros de bois e de cavalos, com apenas três metros de largura.

No dia 6 de Março, dá-se a chegada do Presidente da República, que pede calma e paciência aos portugueses.

É montado um Centro de Operações em tendas enviadas para o efeito pelo Serviço Nacional de Bombeiros, pelo Serviço Nacional de Protecção Civil e pelo Exército. Começa então a registar-se uma certa organização.

Os briefings à hora do almoço e à hora dos telejornais da noite começam a ser uma realidade.

No dia 7, Quarta-Feira, o primeiro mergulho no Rio fracassou. A NATO ofereceu ajuda e a Noruega informa que pode enviar mergulhadores que tinham estado na operação de resgate do submarino "Kursk".

A Espanha fechou as barragens. Numa operação de altíssimo risco é efectuada uma operação que permite que se baixe o nível do Rio treze metros abaixo da quota de Verão.

No dia 8, Quinta-Feira, a impetuosidade do Rio Douro tornava impossível a utilização de mergulhadores, apesar de estarem presentes no local.

Os técnicos e as entidades competentes nunca colocaram a hipótese de cadáveres serem levados para longe, como devia ter sido cientificamente previsto.

Este cenário leva a que as autoridades apelassem ao auxílio de mergulhadores espanhóis e franceses.

Neste dia dá-se uma crise no Instituto de Estradas de Portugal, com a demissão do seu Presidente do Conselho de Administração, apesar de ter resistido alguns dias.

É já o novo Ministro do Equipamento Social, Dr. Ferro Rodrigues, que provoca esta demissão. Foi a primeira atitude no seu novo cargo.

Só no dia 9 de Março, sexta-feira, as entidades oficiais competentes entenderam ser necessário fazer o estudo das correntes, e tudo isto porque conforme se disse anteriormente, alguns corpos do desastre terem dado à costa no Cabo Finisterra, na Galiza, isto é, a mais de 400 kms do local do acidente (devem ter percorrido a distância a cerca de 1,2 kms/hora).

Tratava-se de um estudo que já deveria existir pois afinal todos os anos existe Inverno e cheias causando sempre inúmeros e grandes prejuízos. As condições do tempo, a profundidade do Rio e a velocidade das águas não permitiam qualquer mergulho.

No dia 10 de Março, o Primeiro-Ministro entendeu dar por terminada a questão política da tragédia de Castelo de Paiva.

Neste dia e após as cerimónias religiosas do sétimo dia, o Bispo do Porto, Dr. Armindo Lopes Coelho, em Castelo de Paiva e na homília responsabilizou os políticos, afirmando ser o desastre de Entre-os-Rios uma tragédia prevista, pois há muito tempo que a população falava da situação da Ponte e pedia uma nova Ponte.

Referiu ainda que isto foi o preço pago pela interioridade, “porque aquela é uma população pequena que dá poucos votos a qualquer Governo e a qualquer Partido”.

O périplo dos Ministros e Secretários de Estado. A intervenção da Assembleia da República

O Governo sentiu o peso da responsabilidade em todo este processo.

O Concelho assistia em várias vertentes a situações ímpares na sua história.

Desde Abril de 1974 e até 4 de Março de 2001 o livro de honra da Câmara Municipal regista a visita oficial de cerca de vinte e seis governantes. Após quatro de Março de 2001, e num curto espaço de quarenta e três dias visitaram o concelho dezanove governantes, incluindo o Presidente da República, tendo alguns vindo mais do que uma vez.

Entretanto na Assembleia da República, os deputados do Partido Socialista, naquele órgão de soberania solicitavam um Inquérito Parlamentar sobre “as causas, consequências e responsabilidades do acidente resultante do desabamento da Ponte sobre o Rio Douro, em Entre-os-Rios, tendo em vista o integral esclarecimento e a apreciação política:

- a) das causas e das responsabilidades do acidente no quadro da obrigatoriedade para o Estado do integral cumprimento das leis e dos regulamentos aplicáveis;

- b) da organização e funcionamento do sistema de conservação e reparação deste tipo de infra-estruturas, incluindo a apreciação da evolução das respectivas rotinas ao longo dos diversos enquadramentos orgânicos e funcionais dos serviços;
- c) das opções e comportamento dos governos constitucionais em matéria de obras públicas e, nomeadamente, quanto às preocupações com a conservação e segurança dessas obras;
- d) da actividade nestes domínios das administrações dos institutos públicos e outras entidades públicas de âmbito Nacional, regional ou local que por lei tenham tido responsabilidade na execução dessas políticas”.

Deste modo é constituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito ao acidente da Ponte de Entre-os-Rios.

A PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA

O processo criminal n.º 35/01.6 GACPV da Comarca de Castelo de Paiva, instaurado em 5 de Março de 2001 e registado inicialmente como inquérito n.º 44/2001, teve origem no Auto de Notícia n.º 35/01.6 GACPV elaborado no Posto da Guarda Nacional Republicana de Castelo de Paiva e destinava-se a averiguar eventuais responsabilidades criminais no colapso parcial da Ponte Hintze Ribeiro.

Nos termos do Código do Processo Penal pertence à Comarca de Castelo de Paiva a competência territorial para o conhecimento dos factos, uma vez que o colapso parcial da ponte verificou-se na área limite dos concelhos e comarcas de Penafiel e Castelo de Paiva e foi participado oficialmente à Comarca de Castelo de Paiva, onde pressupostamente primeiro se teve notícia do sucedido.

Realça-se aqui o conteúdo do Auto de Notícia quando refere que não foi possível dar início às operações de salvamento “devido ao adiantado da hora e à forte corrente que se fazia sentir no local”.

Quanto ao resto este processo culminou em 5 de Novembro de 2002.

A este processo a Procuradoria – Geral da República afectou em exclusivo um Procurador-Geral-Adjunto, Manuel Joaquim Pinto Hespanhol, que durante alguns meses ficou a trabalhar nesta matéria. Também aqui temos um processo ímpar no nosso País.

Natural de Vila Nova de Gaia, o magistrado Pinto Espanhol, no seu despacho final (com mais de dezanove mil e duzentas páginas) acusou seis pessoas singulares, por suspeita de violação de regras técnicas.

OS PRINCIPAIS INTERVENIENTES NO PROCESSO:

A data da fase de encerramento do mega plano de operações para as buscas decorrentes do acidente de Entre-os-Rios ficou definida como 30 de Junho de 2001.

Ministério da Administração Interna (MAI)

Durante as primeiras semanas o MAI na pessoa do Ministro Nuno Severiano Teixeira teve uma acção muito importante, pois através do seu Secretário Estado Adjunto do MAI (SEAMAI), Prof. Carlos Zorrinho, tinha a Direcção e Coordenação de todo o Plano de acção.

Relembro a propósito que o SEAMAI esteve onze dias sem ir a casa, para poder acompanhar permanentemente o evoluir da situação.

Serviço Nacional de Protecção Civil (SNPC)

O acompanhamento foi sempre efectuado ao nível da Delegação Distrital de Aveiro e do Porto. O SNPC assegurou sempre a informação ao Governo, através do Centro de Situação de Protecção Civil (CSPC) que por sua vez informava os Centros locais, distritais e nacionais.

Autoridade Marítima

Efectuou a busca e o resgate de acordo com os seus próprios planos de intervenção e tinha de informar o CSPC do resultado das operações.

Os Mergulhadores foram incansáveis desde o primeiro momento, colocando inclusivamente em risco a sua própria vida nas diversas fases que as sucessivas operações exigiam.

Instituto Hidrográfico da Marinha – Comandante Augusto Ezequiel

O facto de não ter conhecimentos técnicos na sua especialidade não me permite uma avaliação técnica, mas o seu trabalho em Castelo de Paiva mereceu para mim nota vinte. Tendo inclusivamente dignificado a Marinha e o Instituto no qual era Director.

Refira-se aliás e porque já tive oportunidade de visitar e o conhecer, o Instituto Hidrográfico da Marinha saiu do anonimato com esta tragédia e permite hoje dizer, também depois do Caso Prestige, que Portugal também tem (quando quer) bons meios técnicos.

O INTERLOCUTOR COM AS FAMÍLIAS – UMA TENDA CRIADA PARA OS RECEBER

Foi fundamental a sua ligação empenhada junto dos familiares das vítimas. Por outro lado, o seu carácter humanista, nem sempre foi visível nos militares que pelo centro de operações passaram.

Considero também que em algumas alturas a sua forma de ser e estar valeu-lhe alguns amargos de boca. Não era fácil conter muitas das emoções de alguns dos familiares que queriam ver de perto o desenrolar das operações de busca.

Força Aérea

Um papel importante na fiscalização da costa atlântica, e na vista área da zona do rio, entre a Ponte a foz do Douro, na perspectiva de se poder encontrar algum corpo, como de resto veio a acontecer em pelo menos um caso.

Serviço Nacional de Bombeiros

Coordenou as acções de apoio desenvolvidas pelos corpos de bombeiros.

Actuaram nesta operação mais de 2.300 bombeiros, e sessenta e duas corporações de bombeiros, que de algum modo foram ignorados, às vezes marginalizados por outras forças presentes no local durante os mais de trinta dias de operações.

A sua acção foi reconhecida a 10 de Junho de 2001, pelo Presidente da República, ao condecorar a corporação de Castelo de Paiva, em nome de todas as outras. Igual tratamento teve a corporação de Entre-os-Rios, em 19 de Janeiro de 2002.

Guarda Nacional Republicana

Competia-lhe garantir a segurança e a regularização do trânsito e não permitir o livre acesso ao Centro de Operações.

Instituto de Solidariedade e Segurança Social

O Ministério da Administração Interna solicitou ao Departamento de Acção Social do Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Aveiro uma equipe multi-disciplinar.

Em simultâneo deslocaram-se ao local equipas de vários serviços intervenientes a Direcção Geral da Acção Social, os Centros Distritais do Porto, Coimbra e Viseu.

Criaram-se equipas de emergência, que asseguraram o acompanhamento psicossocial aos familiares das vítimas.

Com o Director do Centro Distrital a coordenar estamos a falar de uma equipa de 19 pessoas, distribuídas por três equipas, uma fixa, uma móvel e uma de emergência.

A este núcleo duro de trabalho juntaram-se as técnicas de muitas IPSS's do Distrito de Aveiro, a da Câmara Municipal de Castelo de Paiva e a da Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Paiva.

As equipas de emergência estavam permanentemente contactáveis e todas tinham apoio de uma viatura e respectivo motorista.

A primeira fase do trabalho consistiu na elaboração de uma listagem oficial das vítimas em colaboração com os serviços intervenientes: Serviço Nacional de Protecção Civil, Forças de Segurança, Serviço Nacional de Bombeiros, Câmara Municipal, Juntas de Freguesia e com a Polícia Judiciária. Os Presidentes de Junta de Freguesia de Santa Maria de Sardoura e Raiva, as freguesias mais atingidas tiveram um papel muitíssimo importante nesta matéria.

Depois havia que quantificar e avaliar estatisticamente.

Numa fase seguinte efectuou-se o diagnóstico social local dos respectivos agregados familiares, articulou-se a corresponsabilização dos serviços intervenientes nas respostas às solicitações e avaliação diária do trabalho desenvolvido.

A acção desenvolvida focalizou-se mais no concelho de Castelo de Paiva, pois que 54 das vítimas eram residentes aqui, em seis das nove freguesias deste concelho, uma era de Penafiel, duas de Gondomar e duas de Cinfães.

Por isso numa primeira fase todas as acções desenvolveram-se no Pavilhão Municipal de Desportos de Castelo de Paiva, onde era feito o acolhimento aos familiares das vítimas que apareciam, por um lado ávidos de informação, por outro, emocionalmente debilitados.

Nesse momento e em parceria era feita uma triagem/encaminhamento que passava predominantemente pelos Serviços de Saúde.

Em simultâneo, no Centro de Operações junto à Ponte, numa tenda militar acolhiam-se os familiares que procuravam incessantemente informações.

Numa segunda fase e na sequência da mudança de local de permanência dos Serviços de Saúde e Acção Social, o atendimento passou a ser feito no Centro de Saúde de Castelo de Paiva e posteriormente no Serviço Local da Segurança Social de Castelo de Paiva.

Para além do atendimento, em qualquer um destes locais todas as acções eram planeadas, discutidas, avaliadas e dali partiam todas as equipas técnicas para a realização das visitas domiciliárias e outras diligências entendidas por convenientes.

A par destas acções no âmbito dos Despachos Ministeriais n.ºs 7636/2001 e 7898/2001, de 13 de Março, atribuíram-se desde logo às pessoas e famílias em questão, subsídios de natureza temporária e excepcional, por se tratar de um importante elemento de apoio económico e social.

Também a este nível, que foi de uma importância extrema importa referir que a definição de funções, a nível de serviços e garantia de sucesso para a qualidade de respostas e colaboração inter-institucional.

Por outro lado, os registos efectuados, do trabalho desenvolvido, os resultados obtidos e as formas de aperfeiçoamento são aspectos importantes para uma avaliação constante do evoluir da situação.

A optimização do trabalho resulta dos instrumentos existentes e meios disponíveis ou a disponibilizar.

Por sua vez deve ser partilhada pelos vários serviços intervenientes a informação/divulgação das acções a decorrer.

Assim, a acção de planeamento em situações de emergência é primordial e deverá ajustar-se continuamente, com vista a possibilitar a unidade das acções a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a empenhar e a adequação das medidas de carácter excepcional a adoptar.

O valor e o papel que os diferentes serviços devem assumir em situações de crise e de emergência, reveste-se de uma tal importância como o do conhecimento pessoal e alargado de todos os responsáveis de serviços/coordenação intervenientes no início da operação.

A articulação inter-institucional deverá ser concretizada em permanência, e em conformidade com as características da operação, como forma de permitir a análise global e concertada das formas de actuação.

Para uma acção mais eficaz as equipas deverão estar munidas de apoios de administração, logística e motorização com vista a optimizar as acções a desenvolver.

A importância de colaboração com os “Media”, garantindo informação/liberdade de expressão deverá sempre salvaguardar a privacidade dos sentimentos envolvidos.

Instituto de Medicina Legal

Tinha como missão recepcionar e identificar os cadáveres e desenvolver acções associadas, em estreita colaboração com a Polícia Judiciária.

Na pessoa do então seu Director Prof. José Eduardo Pinto da Costa, rendo uma homenagem ao serviço que prestaram, pois com instalações improvisadas, primeiro no Pavilhão Municipal de Desportos, depois num armazém junto à Ponte, conseguiram efectuar um trabalho notável e histórico, quando é sabido o estado em que alguns dos corpos que apareceram lhes foram entregues.

A este propósito, a determinação do Prof. Pinto da Costa levou à sua demissão, pois teve a coragem de nos primeiros dias após a tragédia de dizer às famílias das vítimas e ao País, uma coisa em voz alta, que muitos falavam em surdina, a possibilidade de não aparecerem a totalidade dos corpos.

Polícia Judiciária

Fizeram um trabalho de investigação junto das famílias a todos os títulos notável, pois conseguiram constituir uma panóplia de dados de cada uma das 59 vítimas. Desde objectos pessoais deixados em casa, até registos médicos, entre outras situações permitiram identificar com alguma facilidade a identidade dos vinte e três corpos encontrados.

Não posso deixar de referir o episódio que marcou o aparecimento do último corpo em Maio de 2001, junto aos destroços da Ponte Hintze Ribeiro e em que somente estavam presentes, eu próprio, o Director do Centro de Saúde, o representante do Ministério Público e dois bombeiros.

Retirado o corpo do rio, foi levado para a morgue do Centro de Saúde de Castelo de Paiva.

Uma tarde de investigação não permitiu ao Instituto de Medicina Legal (IML) identificar o corpo.

Ao final da tarde fomos então almoçar, pois ainda não o tínhamos feito, porque passámos a tarde no Centro de Saúde a apoiar os familiares que lá se deslocavam, enquanto aguardávamos os trabalhos do IML.

O corpo saía então para o Porto para as instalações do IML. Curiosidade quando o corpo saiu da água caiu um porta chaves do bolso.

No decurso da ligeira refeição que estava a efectuar com membros da Polícia Judiciária (PJ) e do IML questionei se não havia hipótese de através de uma visita às casas das vítimas, e tentando abrir as portas, não conseguiríamos saber a identidade do corpo.

Foi aceite esta proposta e durante horas percorremos as casas do concelho de Castelo de Paiva. Perto das 22 horas demos por concluída a missão, ficando decidido retomar no dia seguinte.

Como havia duas vítimas de Melres, Gondomar, os agentes da PJ quando viessem do Porto passavam em Melres e testavam as chaves nas portas das casas das referidas vítimas.

E foi assim que se conseguiu identificar a última vítima da tragédia da Ponte Hintze Ribeiro.

Cruz Vermelha Portuguesa

Acondicionou e tratou dos cadáveres, caso fosse necessário, até à sua deposição no Instituto de Medicina Legal.

Ministério da Saúde

O “engano” da Ministra Manuela Arcanjo

Há males que vêm por bem, diz o povo e com razão. Na madrugada do dia 5, a Ministra é avisada e contacta o Dr. José Alberto Marques, Administrador Regional de Saúde do Norte (ARS – Norte) para mobilizar todos os meios para o acidente de Entre-os-Rios, diga-se recursos técnicos, humanos e instalações.

Como é sabido no actual modelo administrativo do País, Castelo de Paiva pertence à ARS do Centro, com sede em Coimbra. Logo o contacto deveria ter sido feito com o Administrador de Coimbra.

À Ministra falaram em Entre-os-Rios, este lugar é do Distrito do Porto, Distrito do Porto é ARS – Norte.

Causava-se aqui o primeiro incidente institucional quando dias depois o Administrador da ARS Centro vem a Castelo de Paiva e mostra a sua indignação e regressa a casa. É o eterno problema da Divisão Administrativa do País.

Como curiosidade o Dr. José Alberto Marques que teve um excelente desempenho neste processo, estava em funções há dois meses, mas só tomou formalmente posse em 26 de Março (22 dias depois do acidente).

Em Castelo de Paiva, uma equipe liderada pelo Dr. José Alberto Marques e pelo Dr. José Adriano, psiquiatra, com uma experiência idêntica no desastre de Hong Kong, em Agosto de 1998, puseram em campo uma forma inovadora de actuação.

A forma inovadora como os técnicos de saúde mental, as autoridades, em geral, e o Ministério da Saúde e o Governo, em particular, gizaram um plano para fazer face à catástrofe, implementaram-no de imediato, e foram capazes de o executar.

Aqui há a realçar a valiosa colaboração de dezenas de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assim como voluntários e técnicos de saúde, o que permitiu, no final, e ainda hoje, ouvir dizer que a saúde cumpriu.

Mas aqui também se torna importante referir a intervenção efectuada por parte da equipe de saúde mental, na sua multidisciplinaridade.

Após o acidente de Castelo de Paiva e com a experiência de todos os elementos envolvidos, era importante, que as instâncias que estiveram envolvidas se estruturarem e se tornem operativas, o que ainda não veio a acontecer.

Ainda a este nível esta tragédia obrigou muitas vezes a decisões rápidas, algumas ousadas, envolvendo múltiplas disciplinas e competências, até porque a informação às famílias tinha que ser feito quase em tempo real.

Não se compadecendo com a espera, os profissionais de saúde envolvidos tiveram de lidar com elevadíssimos níveis de carga emocional e afectiva, atingindo grandes grupos de pessoas.

Esta tragédia esteve sob o foco da comunicação social, e muitas vezes me colocavam a questão das vantagens e/ou desvantagens dos apelos da comunicação social em tentar obter informações que eram na minha perspectiva importantes, mas também sobre o risco de cair no protagonismo mediático que um cenário destes provoca.

Ministério dos Negócios Estrangeiros e Outros

Teve que desenvolver vários contactos, com as autoridades estrangeiras (especialmente espanholas) de uma forma quase permanente nas primeiras três semanas após o acidente, no sentido do repatriamento dos cadáveres que apareceram em Espanha.

Ministro da Justiça, Ministro do Equipamento Social, Ministro do Ambiente, Ministro da Defesa (Dr. Castro Caldas, a sua saída do Governo começou com esta tragédia), Câmaras Municipais de Castelo de Paiva, Cinfães e Penafiel, Governadores Cívicos de Aveiro e do Porto.

CONCLUINDO:

Para prevenir e minimizar as consequências destas situações, é necessário estar preparado para que “o que pode acontecer acontece” e porque a grande incógnita é o quando a preparação terá de ser permanente e ajustada constantemente à evolução da situação, de molde a garantir uma capacidade

de resposta oportuna e eficaz, que implica a constante vigilância, o estudo continuado dos factores que determinam essa evolução, a identificação das vulnerabilidades gerais e sectoriais e o desenvolvimento de planos de contingência para neutralizar e minimizar as suas consequências.

No PERÍODO PÓS TRAGÉDIA não nos podemos esquecer o problema das Indemnizações e as suas implicações nas famílias

Coimbra, 21 de Setembro de 2006

Acidentes de Viação

LOURENÇO DA SILVA

O tema está na ordem do dia. Ouvimos diariamente comentários ou lemos notícias relatando acidentes rodoviários mais ou menos graves. Muitas vezes até, criticando quem o faz, somos nós que não resistimos à curiosidade mórbida de espreitar para a amálgama de chapa e ferros resultantes de mais um “acidente” que ocorreu nas nossas estradas ou ruas.

É, pois, um evento comum e com o qual inconscientemente lidamos como se de uma fatalidade se tratasse. Os “acidentes” rodoviários fazem por isso parte do fado desta Nação. Será mesmo assim? Terá mesmo que ser assim? Estaremos de facto a falar de acidentes?

Afinal o que é um “acidente”, genericamente falando? O conceito, encontrado num qualquer dicionário de sinónimos diz que é um acontecimento **fortuito** ou **eventual** que altera a ordem das coisas e que **involuntariamente** origina danos às pessoas e/ou aos objectos. Será o “acidente” rodoviário fortuito ou eventual, de natureza involuntária? Certo é que ao conceito de acidente está indelevelmente ligada a arbitrariedade e a casualidade, o fenómeno natural inesperado. Ao contrário, na esmagadora maioria dos casos, ao acidente rodoviário associa-se a vontade humana, a prática de actos por acção ou omissão com resultados devastadores. Por erro ou desleixo, o evento surge. Por isso passarei a designá-lo por **Sinistro**.

Associados ao sinistro rodoviário e á condução de veículos estão quase sempre associados, de forma inconsciente alguns conceitos:

- Ele é fruto da sorte ou do azar;
- É preciso estar atento aos outros e ter cuidado com eles;
- É bom ter seguro contra todos os riscos;
- O desafio do risco representa perícia e não inconsciência;
- Percorrer determinada distância em tempo recorde, é um feito;
- É importante ter um veículo “topo de gama” – ele é infalível;

- A Escola de Condução é o local onde “se tira a Carta”;
- A Escola de Condução “vende” a Carta;
- A aprendizagem visa colocar o veículo em marcha;
- O cumprimento da Lei visa evitar aborrecimentos com as Autoridades
- Enfim, são uma fatalidade incontornável! Não há nada a fazer...

Na verdade, os sinistros rodoviários são, segundo a OMS, a nona causa de morte em todo o planeta e em 2020 prevê-se que venham a tomar o terceiro lugar.

Na Europa do século XX mais de 1 milhão de pessoas pereceu em consequências destes sinistros. Todos os anos ocorrem em todo o espaço europeu cerca de 1.300.000 sinistros e destes resultam mais de 40.000 mortes. Os custos directos destes acontecimentos orçam os 160.000.000 de euros e este valor representa cerca de 2% do PIB da EU.

E qual é a situação em Portugal? Portugal apresenta, nos últimos anos um índice de gravidade nos sinistros em média 50% superior à média europeia; em média 3 pessoas perdem a vida por dia, é o tipo de crime que maior constrangimento provoca à sociedade portuguesa, pela sua recorrência e resultado; afecta maioritariamente a população activa; custa ao país cerca de 700 milhões de contos/ano; constitui um enorme constrangimento à produção de riqueza.

A sinistralidade rodoviária é definitivamente um problema de saúde pública e estamos perante um fenómeno social que carece de uma intervenção sistemática e multidisciplinar.

Onde é então necessário intervir? Genericamente são aceites quatro grandes áreas: Educação, Fiscalização, Engenharia e Controlo.

A Brigada de Trânsito desempenha um papel fundamental na área da Fiscalização, contribuindo decisivamente, também, para as restantes. É uma Unidade Especial da GNR com capacidade de intervenção em todo o Território Continental, fiscalizando o cumprimento das normas estradais e de viação terrestre, investigando os crimes ocorridos em ambiente rodoviário e prestando apoio a todos os utentes. Interiorizou os objectivos e conceitos do Plano Nacional de Prevenção Rodoviária, contribuindo decisivamente para alcançar os seus objectivos de redução de 50% das vítimas até 2010 e de criação de um Sistema Integrado de informação sobre a Sinistralidade, permitindo como nunca antes foi possível a análise científica da causalidade.

Ficam, porém algumas questões para meditar:

- Quanto custa a sinistralidade em Portugal?
- Que impacto tem no bem-estar social dos portugueses?
- Que riqueza socio-económica se perde?
- Quanto custa ao país a fraude em sinistros rodoviários?

- Que impacto tem na saúde pública?
- Como conduzir de forma cada vez mais segura?

Estas e muitas outras, são questões que em boa verdade permanecem sem resposta adequada e concreta.

A Brigada de Trânsito da Guarda Nacional Republicana abraçou com fervor esta causa desde a sua criação em 1970 e lutamos todos diariamente para em definitivo debelar o fenómeno, prestando assim um melhor serviço aos cidadãos e a Portugal.

Os Incêndios Florestais e a Sociedade Portuguesa

CARLOS GONÇALVES

A sociedade tem sofrido grandes evoluções políticas, económicas e sociais, mas também tem evoluído para um sentimento de vulnerabilidade acrescida face aos riscos cada vez mais complexos capazes de provocarem crises violentas e generalizadas, já que são do conhecimento imediato e global, porque nos entram pela casa dentro a todos os momentos da vida, através dos média e das comunicações, provocando uma influência geradora de temor colectivo e continuado.

O progresso tornou as populações mais exigentes na sua segurança, mas menos colaborantes e participativas nas medidas de auto protecção e ao mesmo tempo mais geradoras de emoções colectivas e de riscos tendentes ao agravamento das crises.

O clima de constante insegurança instalou-se nas sociedades que não conseguem entender a solução para o ultrapassar de forma a que não afecte o equilíbrio do quotidiano do sistema social.

As crises provocadas por acidentes graves (rodo, ferroviários, aéreos, etc.) epidemias, derrocadas, terrorismo, sismos, tsunamis, cheias, furacões, secas, ondas de calor, grandes incêndios urbanos e florestais são entre outros os campos que afectam a estabilidade social das populações atingidas e mobilizam o seu empenhamento e do Estado, em especial da organização da Protecção Civil, através dos seus agentes, com a missão de:

- Prevenir as crises,
- Atenuar os seus efeitos,
- Socorrer as pessoas em perigo, os seus bens e ambiente,
- Reabilitar o sistema para repor a normalização da vida das populações, após a ocorrência das crises.

Dentro das catástrofes que provocam crises e trauma no meio social, vamos abordar muito resumidamente aquela que com “pompa e circuns-

tância”, durante todos os verões, nos entra no nosso dia a dia, a toda a hora, fazendo de nós protagonistas intervenientes no inferno vermelho das chamas, irmanadas no desespero das populações indignadas na sua impotência perante o “monstro” que tudo devora e tudo consome e, ao mesmo tempo, solidários com o sofrimento e esforço sobre-humano daqueles que dão a “alma” e coragem, ultrapassando os medos e as capacidades físicas e sentem no corpo o queimar das chamas, a ameaça do fumo e o desespero de sobreviver numa guerra feroz contra um inimigo que tudo devasta e tudo destrói.

Sobre o aspecto social as grandes diferenças de envolvimento das populações entre os incêndios florestais e os incêndios urbanos, verificam-se na capacidade das populações poderem colaborar, interagir com os agentes intervenientes e viverem intensamente a sua participação na crise e nos seus efeitos, o que não acontece nos incêndios urbanos em que a intervenção cabe aos agentes especializados não podendo a população participar.

São factores intervenientes nos incêndios florestais:

- A Floresta Portuguesa
- Os agentes causadores e incentivadores dos incêndios florestais (IF)
- Organização da Prevenção e Combate da Crise
- A Recuperação do meio físico e social após a crise

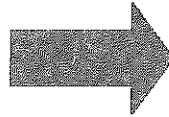
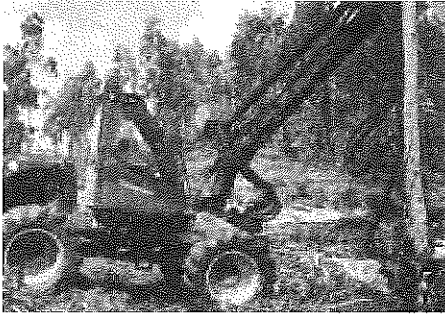
A floresta portuguesa

Os espaços florestais ocupam cerca de 5,7 milhões de ha e representam cerca de 2/3 da superfície de Portugal continental, ou seja, estes espaços ocupam quase 80% do território onde apenas se concentra cerca de 25% da população.

A área florestal em Portugal ocupa cerca de 3.467.000 ha, constituída em:

- Eucalipto – 21%
- Pinhal e outras resinosas – 38%
- Sobreiros e Azinho – 36%
- Soutos e Carvalhais – 5%

A Industria Florestal ocupa um volume de trabalho superior ás industrias alimentares, representando 3.2% do PIB, 12% do PIB industrial e sendo responsável por 11% do valor total das exportações.

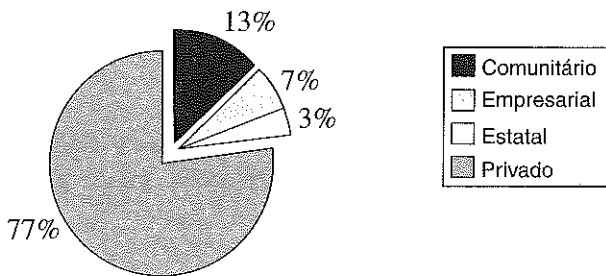


3,2% PIB
2% PIBI
11% Exportações

A floresta é ainda essencial para a conservação de habitats, protecção do solo, regularização do regime hidrológico, fixação de carbono... factores essenciais para um desenvolvimento sustentável.

De salientar que o estado é um proprietário minoritário detentor de apenas 3% da floresta

PROPRIEDADE DOS TERRENOS FLORESTAIS



De realçar que no Canadá ou nos EUA o Estado é proprietário de mais de 80% da floresta.

Se houvesse um ordenamento cuidadoso, dos espaços florestais, muito se poderia ganhar, mesmo em sectores indirectos como o turismo, a produção de electricidade e vapor, produção de bioetanol, etc...

Por sua vez o que verificamos é:

- Inadequação das espécies aos diferentes espaços
- Ocupações do solo indevidas

- Falta de cumprimento de regras de segurança (cultura de segurança)
- Problema da floresta e dos grandes IF repartido por 4 ministérios (MAI, MADRP, MDN, MAOT)

Porque arde a Floresta Portuguesa?

Tem sido, sem duvida, o lamentável estado de abandono da floresta que tem promovido a existência de grandes IF, tornando-se estes num ciclo vicioso (não há investimento no sector florestal, logo a floresta arde e não cria investimento).

A extensiva fragmentação da propriedade privada, associada à inexistência de cadastro é um dos principais bloqueios ao ordenamento florestal e á aplicação da legislação que os governos tentam implementar e que visam reduzir o numero destes fenómenos.

Mas os IF, maioritariamente antropogênicos, são um sintoma de conflitos sociais e económicos, associados a um desordenamento do território:

- Despovoamento das zonas rurais (entre 1981 e 2001, 122 concelhos do interior perderam mais de 10% da população).
- Declínio de usos tradicionais de produtos florestais (excedentes)
- Abandono da actividade agrícola e do pastoreio (na década de 90/2000 menos 31%, menos 183 000 explorações e menos 750 000 trabalhadores).
- Conflitos sociais locais de vária ordem.
- Constante pressão do interface urbano florestal (incêndios juntos ás populações, mais risco para as habitações, maior pânico das populações).
- Falta de cultura de segurança.

Assim o que temos hoje em Portugal:

- Menos população rural e mais envelhecida
- Menores áreas agrícolas
- Menor pecuária extensiva
- Menor Investimento

Que resulta em:

- Mais incêndios
- Mais área ardida
- Maior propagação dos incêndios
- Grandes incêndios, grandes prejuízos económicos e sociais

Dos incêndios investigados desde 2000, em relação às causas, verifica-se:

Causas	%
Indeterminadas	25%
Natural	2,50%
Negligência	25,70%
Intencional	37,6

Em 2006 foram detidos 40 suspeitos de incêndiarismo (1000 processos)

Perfil do Incendiário Português:

- Moradores da área
- Faixa etária entre os 25 e 55 anos
- Condição social básica (a progredir)
- Trabalho Incerto
- Fraca integração familiar e social
- Comportamentos ligados ao alcoolismo.

Perfil do Incendiário Espanhol:

- Gostam de ver chamas, mas não de magoar pessoas
- Faixa etária entre os 35 e 55 anos
- Condição social básica (a progredir)
- São os primeiros a alertar para os Incêndios
- Pessoas vulneráveis com fraca personalidade
- Comportamentos ligados ao alcoolismo.

Organização para a prevenção e combate

Prevenção

A prevenção, tem por objectivo principal a adopção de medidas que procuram eliminar a origem ou a causa dos incêndios bem como reduzir os riscos de propagação do fogo.

A experiência mostra que os investimentos realizados com as acções preventivas são compensatórios em relação aos custos de combate, os quais envolvem riscos de acidentes e desgaste físico dos bombeiros, desgaste e perda de ferramentas e equipamentos, custos com transporte e apoio logístico, perdas económicas reais do objecto da protecção e perdas devidas aos danos ambientais.

Combate

Na falta de eficácia da prevenção surgem os grandes IF que são um problema da PC para o que se têm mobilizado:

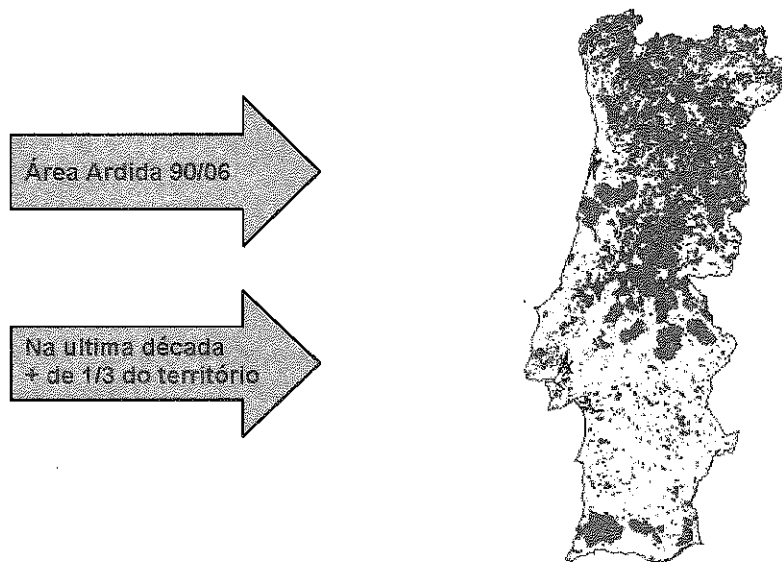
- Autarcas
- Técnicos
- Forças de Segurança
- Equipas de Emergência Médica
- Segurança Social
- OCS
- Entidades Privadas
- Organismos de Índole Social
- Populações
- Alem dos Bombeiros

Quanto ao combate o responsável é o SNBPC através de:

- 441 corpos de bombeiros associativos
- 18 Municipais
- 6 Sapadores
- 14 Privados

27.582 Elementos Operacionais

De 1994 a 2004 os Governos gastaram perto de 250 milhões de euros (50 milhões de contos) no reequipamento de bombeiros.



Mas os problemas no combate, como último recurso do sistema, continuam a existir como são de conhecimento geral.

Consequências dos grandes incêndios

– Os grandes incêndios provocam:

– Danos Humanos

Ano	Vitimas mortais
1966	25
1985	19
1986	12
2003	21
2005	22
2006	9

Graves destabilizações sociais e traumas quer nos bombeiros, quer nas populações.

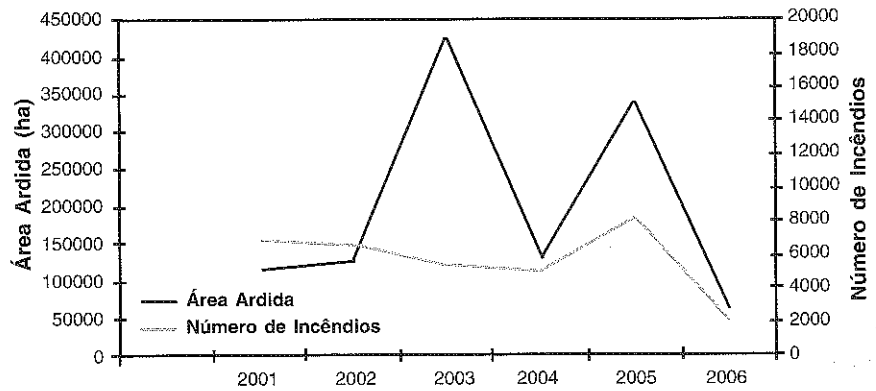
– Danos Materiais

- Destruição de bens (casas, armazéns, postes de electricidade e comunicações, etc.);
- Corte de vias de comunicação;
- Alterações, por vezes de forma irreversível das economias locais
- Consequências Sociais

ANOS	Nr ^a Ocorrencias	Area Ardida (ha)	Rácio
	Total	Total	(ha/ff)
1996-2000	146.385	507.988	3,5
2001-2005	147.297	1.130.103	7.7
2006*	18.770	57.994	3.1

* Valores até 31 de Agosto

Evolução da Área Ardida e Numero de Incêndios



- Danos ambientais

- Libertação de dióxido de carbono (Efeito de estufa, Aquecimento global, Chuvas ácidas)
- Erosão e perda de solos
- Contaminação e perda de aquíferos
- Perda de Biodiversidade
- Proliferação de Pragas
- Aumento de outros riscos.

Enfim, os modelos de desenvolvimento são postos em causa

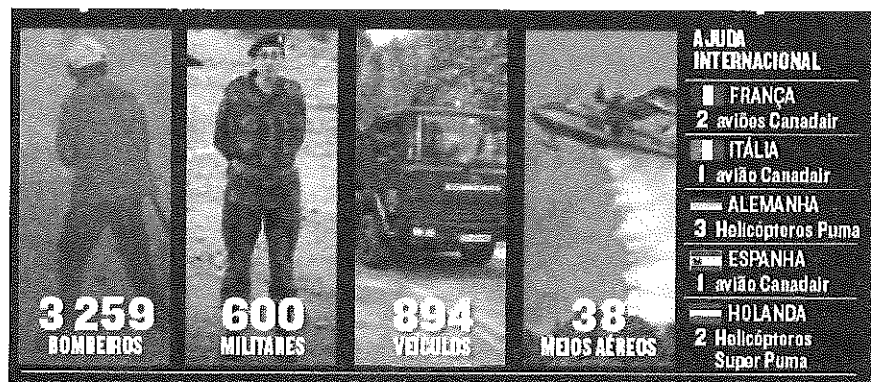
Serão os incêndios florestais uma fatalidade inevitável?

O combate

O combate só por si será sempre insuficiente para debelar as crises provocadas pelos IF.

O desgaste do dispositivo de combate vai criando traumas irreparáveis nos agentes de combate que impõem medidas urgentes de correcção e até de reconversão.

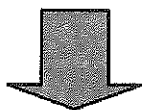
- Verifiquemos o caso de 2005



- E em 2006?

Verificaram-se:

- Condições meteorológicas muito favoráveis
- Dispositivo de prevenção e combate reforçado
- Acentuada melhoria da 1ª Intervenção
- Concelhos mais vulneráveis com extensas áreas ardidas de anos anteriores (áreas tampão)



Contudo

- 97 incêndios superiores a 100 ha
- Mais de 60 000 ha de área ardida

- Mais 11 000 ha de área ardida em reservas naturais
- Maior incidência em concelhos tipicamente menos afectados (norte do país)

A reabilitação do sistema florestal é uma tarefa essencial para prevenir futuros incêndios, pelo que é necessário, urgente e passa por:

- Reabilitação programada nas áreas devastadas
- Reconversão das áreas florestais e respectivo ordenamento
- Suprir o abandono agrícola
- Implementação dos Planos de DFCI

A curto prazo é fundamental promover uma cultura de segurança nas populações que englobe uma consciência social para os comportamentos de risco:

- zelar pelo cumprimento da legislação;
- garantir a limpeza selectiva das matas nas zonas de maior risco;
- fortalecer a capacidade e eficiência da primeira intervenção no combate aos fogos;
- mobilizar as populações rurais e os proprietários florestais (INVESTIR)

A médio e longo prazo, mas começando desde já, é imprescindível garantir um adequado ordenamento, uma correcta gestão florestal, e um sistema de vigilância e detecção eficazes.

Deverá existir um sistema de intervenção precoce, rápido e eficaz, combinado com um combate musculado e desenvolver a coordenação sob comando único de todos os intervenientes directos e indirectos.

O sistema de fiscalização e investigação deverá ser cada vez mais eficiente, com resultados concretos e mais penalizadores.

Os incêndios florestais e a sociedade:

As populações vivem cada vez mais obcecadamente a ameaça dos IF. Em 2006 aumentaram mais de 10 vezes o número de queixas e denúncias sobre atentados e riscos nas áreas florestais.

Em 2005 os três principais espaços noticiosos da televisão portuguesa exibiram mais de 24 horas sobre os incêndios em «prime-time».

Entre os dias 1 e 25 de Agosto, o Telejornal da RTP 1, o Jornal da Noite da SIC e o Jornal Nacional da TVI transmitiram mais de 677 peças informativas.

Esta massificação de informação tem claros impactos sobre as populações.

O poder da sugestão dado pelas imagens televisivas é um rastilho para potenciais incendiários, e ao mesmo tempo a “época de incêndios” já entrou no quotidiano dos portugueses colocando-os em estado de alerta permanente e a “sofrer” com incêndios que, por vezes, são apresentados com dramatismo pelos meios de comunicação social.

Mas, por outro lado, a comunicação social é importante para o esclarecimento e informação da população.

Deverão as televisões e rádios deixar de dar tantas notícias sobre IF? É uma questão colocada à comunidade científica.....

Portugal possui técnicos suficientes e qualificados em todos os sistemas para tornar a floresta sustentável nas vertentes económica, ambiental e social.

É necessário que os sistemas sejam capazes de reconhecer os erros e implementar políticas efectivas de actuação.

O serviço ambiental que a floresta presta deve ser pago por todos os cidadãos.

A Sociedade e os agentes de PC, que sofrem na pele as consequências das crises, exigem a mitigação dos riscos e a minimização dos impactos sociais dos mesmos.

O fogo faz danos... a indiferença muitos mais.

Os Hospitais Militares no Terramoto de 1755

JOAQUIM LOPES HENRIQUES

O Terramoto de 1755 marca uma referência na história de Portugal e nas suas instituições.

Ocorreu no primeiro dia de Novembro de 1755 e deu seguramente um significado diferente ás principais figuras politicas do Portugal de então – S. Maj. El-rei D. José e a Sebastião de Carvalho e Melo, mais conhecido por Marquês de Pombal.

Pouco depois das nove e trinta da manhã verificou-se o primeiro abalo. A sua duração foi estimada num tempo superior a 9 minutos e foi seguida por outros 2 abalos tendo a duração total dos abalos sido de 20 a 30 minutos.

O terramoto de 1755 foi classificado como de grau nove na escala de Richter.

A essa hora a circulação, na malha urbana do que hoje chamamos a Baixa Lisboa, era intensa e havia muita gente nos inúmeros templos religiosos, francamente iluminados com a luz das chamas das velas.

Durante os minutos que durou teriam havido duas breves paragens. Qualquer dos períodos de abalo seria suficiente para causar grande destruição e queda de edifícios, que obviamente, ao tempo, não incorporavam em si qualquer medida anti-sísmica, apesar de já em 1531 ter havido um episódio sísmico expressivo em Lisboa.

O evento sísmico teve origem na região de Goringe ao sul da costa Algarvia.

A queda de edifícios levantou grandes núvens de poeira e causou desorientação nos Lisboetas que em grande número se dirigiu para as margens do rio Tejo. Constataram alguns, um nível do rio abaixo do normal na maré baixa.

O maremoto originado pela deslocação do fundo marinho na zona do epicentro atingiu a costa algarvia e alentejana causando estragos significativos e vítimas, cerca de 30 minutos após o inicio do fenómeno. Embora com ondulação de menor porte, atingiu igualmente Lisboa, não se sabendo

exactamente até onde penetrou a água na cidade. Todavia arrastou consigo a madeira de embarcações fundeadas no Tejo que mais tarde serviriam também como combustível nos incêndios que se sucederam. De acordo com os testemunhos de então, por três vezes o nível da água subiu e desceu.

Algum tempo depois os incêndios dos edifícios destruídos e das madeiras arrastadas pela água tornaram-se a preocupação da população.

Estima-se que 85% das construções foram destruídas e que, em consequência dos abalos, maremoto e incêndios ocorreram 85 a 90 mil mortos.

Nesse tempo existiam diversos estabelecimentos assistenciais tais como as Albergarias (13), as Gafarias (4), as Mercarias (onde se realizavam as mercês) e os Hospitais (ou espritaís), cada um com objectivos e práticas diversas e essencialmente caritativas.

Entre todos os estabelecimentos assistenciais avulta o Hospital de Todos os Santos que foi atingido pelo incêndio "... onde se deram como mortos os 400 internados".

Mandado construir em 1492 arde em 1755 é reconstruído e após outro incendio é transferido para o Convento de Stº Antão, em 1770, passando a ter a designação de H. De S. José, que se mantém até hoje.

Perante a grande destruição dos estabelecimentos assistenciais verificada, recorreram os cidadãos e as autoridades aos Conventos existentes, o que explica a origem conventual de um número elevados dos Hospitais da cidade de Lisboa.

A par dos estabelecimentos assistenciais civis existia uma rede assistencial militar no país que embora tendo sofrido com o terramoto contribuiu significativamente para o apoio à população.

São exemplos:

- O Hospital dos Soldados, contíguo ao Caminho-de-Ronda das muralhas do Castelo de S. Jorge (R. Do Recolhimento). Erigido em 1673 ruiu com o Terramoto.
- O Hospital dos Grilos erigido em 1664 no Beato
- O Hospital de S. Vicente de Fora resultado da evolução de uma enfermaria no Convento de S. Vicente de Fora que fora mandado construir por D. Afonso Henriques
- O H. De S. João de Deus Construído em 1581 transita para os Religiosos Hospitaleiros de S. João de Deus em 1637 e transforma-se em Hospital Militar Real da Corte em 1755. Viria a findar em 1802.
- O Hospital do Pateo do Saldanha (ao Rato). Sofreu o terramoto e foi o local onde várias pessoas ilustres abarracaram (isto é erigiram barracas de campanha onde viveram um periodo de tempo significativo após o terramoto.)
- O Hospital do Calvário instalado no Conventos das Freiras Observadoras em 1617.

- O Hospital da Luz ou Nossa Senhora dos Prazeres edificado em 1575 e destinado a “... pessoas de qualidade”). Local onde hoje se encontram as instalações do Colégio Militar.
- O Hospital Militar da Estrela construído em 1537 / 1572 mais tarde (1834) Hospital Militar Principal.
- Hospital da Graça

Existiam ainda elementos da rede de saúde militar no Alentejo (Beja), Abrantes e Santarém, Elvas, Tavira, Chaves e Porto.

Hoje consideramos os Hospitais como locais para a realização de Diagnóstico, Tratamento, Ensino, Investigação e Prognóstico enquadrados jurídica e economicamente com Regulamentos próprios.

Obviamente alguns destes pressupostos não se aplicavam a alguns dos Hospitais de 1755 nem aqueles estabelecimentos que no período imediato vieram ocupar o lugar dos que foram destruídos.

A transitoriedade, o circunstancialismo, a necessidade e o acaso impuseram-se então.

O Marquês de Pombal, diz-se, trabalhou ininterruptamente durante dias seguidos após o terramoto despachando na própria carruagem. Conjuntamente com os arquitectos planeou a Baixa Pombalina, que permaneceu até aos nossos dias, e reformulou em moldes modernos, para a época, aquilo que na altura era considerada a 4ª cidade da Europa.

Infelizmente, o planeamento não se estendeu à rede Hospitalar de Lisboa. Hoje como ontem as decisões tendem a não ser suportadas por estudos prospectivos nesta matéria. Nos momentos de crise, as estruturas mal concebidas e carentes de organização e objectivos claros, colapsam mais facilmente, como a História nos recorda em cada capítulo.

Os estabelecimentos assistenciais militares existentes na altura contribuíram para mitigar o desastre e seguramente forneceram às populações e autoridades suporte e continuidade de cuidados. Sendo necessários às forças militares constituíram e constituem um elemento de segurança acrescida que não nos deveríamos permitir dispensar.

Se existe alguma periodicidade nos fenómenos telúricos, a marca dos 250 anos deverá convidar-nos a aceleradamente planear e construir estruturas assistenciais modernas, capazes de cumprir os objectivos de Saúde, reforçando a dimensão carismática e espiritual da hospitalização que todos nós cidadãos e potenciais doentes necessitamos.

BIBLIOGRAFIA

- CARDOSO A. P., *O Terrível Terramoto da Cidade que foi Lisboa*, Alêtheia Editores, Lisboa 2005 ISBN 989-622-011-5
- CHANTAL S., *A Vida quotidiana em Portugal ao Tempo do Terramoto*, Editora livros do Brasil, Lisboa 2005 ISBN 972-38-2772-7
- REIS C V., *Historia da Medicina Militar Portuguesa*. Estado Maior do Exército, Lisboa Portugal, Lisboa 2004 ISBN 972-96389-8-5
- TAVARES R., *O Pequeno Livro do Grande Terramoto*, Tinta-da-China Lisboa 2005 ISBN 972-8955-01-4

Lisboa 2006

Catástrofes em Portugal: A Análise do Psiquiatra

FRANCISCO ALLEN GOMES

Compete-me a mim como psiquiatra e num Encontro em que os factores psicológicos e as suas consequências em termos de saúde mental são dos aspectos mais importantes, tentar, de forma abreviada, comentar e enquadrar as excelentes comunicações que integraram esta mesa.

Permitam-me só muito rapidamente (como alguém que trabalhou neste Hospital Militar durante mais de 20 anos), expressar a minha satisfação de estar aqui convosco, ver como Director, quem já o tinha sido no meu tempo e felicitar calorosamente a minha colega Dra Luísa Sales pela organização deste Encontro cientificamente tão rico e interessante.

O problema das catástrofes difere um pouco dos vários tipos de traumas individuais com que nos podemos vir a confrontar ao longo da nossa vida na medida em que, para além das pessoas directamente atingidas há, por definição, comunidades ou populações vizinhas que podem sofrer de efeitos semelhantes aos das vítimas directamente afectadas. Isto significa que a capacidade de provocar sofrimento psicológico, a curto ou a longo prazo, numa comunidade, é maior do que a soma aritmética do sofrimento causado a cada indivíduo que foi vítima da catástrofe nesta comunidade. Este é um dos traços característicos das catástrofes. Por outro lado, a sua diversidade, como esta mesa bem reflecte, também cria alguns problemas específicos e leva a que possam haver soluções diferenciadas, consoante a catástrofe em causa. Quero, com toda a sinceridade, felicitar vivamente todos os participantes desta mesa, pela riqueza das suas comunicações, muitas vezes fazendo-as com a emoção à flor da pele.

É realmente impressionante como um país, geograficamente tão pequeno, pode, de facto, ser assolado por situações catastróficas tão graves. Devo também salientar que há diferenças entre as várias situações catastróficas. As catástrofes naturais têm características próprias, como muito bem ilustrou o Dr Decq Mota com os terramotos nos Açores. Este tipo de catás-

trofes despertam, em regra, grandes ondas de solidariedade, não só a nível das pessoas atingidas, como a nível das várias estruturas da região e do país onde as comunidades atingidas estão inseridas. E por outro lado, como parte do processo de sobrevivência, geram mecanismos de protecção que se mostram instrumentais a atenuar o impacto psicológico nas populações atingidas, quer no imediato, quer a longo prazo. O Dr. Decq Mota foi claríssimo quando disse “o alarme, a saída das pessoas de casa, o juntarem-se numa praça partilhando o medo, mas ao mesmo tempo já preparadas para se disponibilizarem individualmente em relação ao colectivo dos socorros a prestar”. Esta atitude de unidade, para além de ser uma forma positiva de lidar com o cortejo de destruições da catástrofe, é também uma profilaxia psicológica, na medida em que haverá muito mais sofrimento psicológico e mental em grupos que não são coesos e despidos de sentimentos de comunidade, o que os impede de lidar adequadamente com as situações catastróficas. Os Açores são uma lição, pois têm progredido de forma palpável a nível da reparação, reconstrução e prevenção de futuras catástrofes. Este processo é facilitado porque é mais fácil a solidariedade e a união quando são as causas naturais a desencadear as catástrofes.

O caso de Entre os Rios, dramático, exposto pelo Dr. Paulo Teixeira em dois registos, um emocional e outro racional, é uma situação que, com todas as suas implicações, também gerou uma grande onda de solidariedade e a própria comunidade organizou-se rapidamente em torno dos seus líderes de forma a minorar, o mais possível, o sofrimento das pessoas. Mas não deixa de ser preocupante quando o Dr. Paulo Teixeira refere que a solidariedade, união e coesão emocional entre as pessoas, que foi fundamental durante esses dois anos, está neste momento posta em perigo por fenómenos materiais, ou seja, por disputas em relação aos montantes atribuídos às famílias, a título de reparação. Por estas razões, o Dr. Paulo Teixeira acha que é preciso um novo tipo de trabalho, para evitar a desagregação de um grupo que se uniu para sobreviver a uma tragédia brutal.

Também os incêndios geram solidariedade porque as populações vizinhas às atingidas, sentem-se igualmente ameaçadas. Ainda por cima, pelo menos no nosso país, a ameaça faz-se sentir com muita antecedência, pois todos os anos, de forma preocupante e sem sinais de abrandamento, os incêndios repetem-se. Esta repetição anunciada do fenómeno, gera sentimentos mistos nas populações: sofrimento pelas perdas de vidas e de bens e revolta em relação ao poder político que muito promete e pouco faz. O coronel Carlos Gonçalves, utilizando um belíssimo suporte audiovisual ilustrou, com grande clareza, os vários factores presentes neste fenómeno que, dramaticamente, nos é cada vez mais familiar.

A nossa mesa terminou com uma situação que, não sendo exactamente uma catástrofe, porque não obedece exactamente aos seus caracteres defini-

dores, será, provavelmente, a maior catástrofe de todas as até agora descritas. Estou a referir-me aos acidentes de viação. O número de vítimas mortais e de feridos graves, apresentado pelo Major Lourenço da Silva, um homem que, desde há longos anos, nos habituámos a ver e ouvir nos meios de comunicação a chamar a atenção para este problema terrível, são esclarecedores. Em Portugal, a perda anual de vidas resultante dos acidentes de viação, corresponde ao que aconteceria se caíssem dois aviões “jumbos” e não houvessem sobreviventes. Utilizando ainda o mesmo tipo de comparação, o número anual de estropiados, muito menos visível que o das mortes, corresponderia à lotação de outros dois “jumbos”! Milhares de mortes e de incapacitados. Esta é a verdadeira dimensão do problema. Só que, ao contrário das catástrofes até agora descritas, este desperdício de vidas humanas ocorre de forma dispersa e a um ritmo de conta-gotas, com os seus picos máximos em férias e festividades. Que trágica contradição! Também, ao contrário das outras catástrofes, as vítimas dos acidentes de viação não usufruem do mesmo tipo de solidariedade e apoios.

Deixem-me dar um pequeno exemplo: Quando, no ano passado, Coimbra esteve cercada por incêndios, disponibilizou-se ajuda psicológica e psiquiátrica para os casos de choque traumático que, porventura, se viessem a registar. No caso dos acidentes de viação, onde é que está a ajuda para os sobreviventes? E para os familiares? E para os homens e mulheres que, pela sua profissão (pessoal do INEM, bombeiros, brigada de trânsito), diariamente se confrontam com o horror dos acidentes? Quantos são os afectados? Quantos virão a apresentar no futuro síndromes de stress pós-traumático? A que instituição podem recorrer? Há alguma ajuda organizada que preste uma assistência imediata, em termos psicológicos, de forma a prevenir a eclosão futura dos síndromes de stress pós-traumático?

Em 1973, após regressar da guerra em Moçambique, convivi muito com um colega meu regressado da Guiné, na mesma altura. A comissão dele tinha sido particularmente violenta. Num dia em que íamos tomar café, encontro-o particularmente perturbado. Estava assim porque, na véspera, num trajecto de 40 Kms que fazia diariamente, se tinha deparado com um choque frontal entre dois automóveis. Estacionou e dirigiu-se aos carros sinistrados para a hipótese de poder prestar alguma ajuda que, infelizmente, já não era necessária. Em estado de grande emoção disse-me: “pensei que tinha visto tudo, o que de mau havia para ver, na Guiné. Mas não! Nunca experimentei um horror tão grande como aquele que senti quando olhei para o interior dos carros”. Muitos anos depois, eu próprio, vivi uma situação semelhante. Percebem, agora, porque além das vítimas directas e dos seus familiares me referi aos vários profissionais que lidam com estas situações? Neste sentido, ó das vítimas indirectas, não há dúvida que os acidentes de viação se assemelham às outras catástrofes.

Nas consequências imediatas e a longo prazo, das catástrofes, há factores individuais de protecção e de vulnerabilidade. Mas há, igualmente, factores sociais que podem proteger, quando existem.

Penso que, neste aspecto, os acidentes de viação são a catástrofe que dispõe de menor solidariedade social e apoio específico, como se a sociedade procurasse esquecer, desta forma, a dimensão real da tragédia.

Estes são os meus comentários.

Muito obrigado pela vossa atenção.

Catástrofes em Portugal – Comentário Final

VALDEMAR GOULART PORTO

Ao ser convidado para presidir ao painel em epígrafe e tendo conhecimento dos elementos que o constituíam, todos autoridades no assunto e com vivência no terreno, confesso que julguei o mesmo condenado ao sucesso.

A “catástrofe” é definida por Hassmilh, “como qualquer evento desencadeado pelo homem ou natural, que provoca destruição e devastação que não pode ser atenuada sem apoio”.

Tome-se boa nota que, a sua gestão comporta “preparação, resposta e recuperação e que, nenhum plano é perfeito na realidade catástrofe quando ela ocorre”. Note-se ainda que, a preparação para a catástrofe pressupõe também saber se as disposições teóricas e os meios existentes funcionam eficazmente numa situação real, algo que as simulações ajudam a verificar.

Na nossa realidade os assuntos mais tocantes no que se refere a este temor respeitam a catástrofes e desastres naturais (sismos, erupções vulcânicas, inundações, aluimentos e incêndios) grandes acidentes de transportes e ou industriais, a derrocada de grandes estruturas ou ataques terroristas.

No painel a que nos referimos apenas ao último item não houve qualquer citação, pois no nosso país não há relatos dessa situação.

A encerrar tivemos oportunidade de ficar com a visão esclarecida de um psiquiatra, que fez a ponte entre os factos descritos e sentidos e as suas marcas para todo o sempre (o stress e o trauma).

O primeiro orador foi José Decq Mota, que viveu o eclodir dum vulcão e de pelo menos três crises sísmicas, com destruições significativas e pelo menos uma delas com vítimas mortais.

Sumariou a sua intervenção caracterizando o arquipélago dos Açores do ponto de vista geográfico – localização, clima, população, e histórico – o tipo de povoamento, as erupções mais significativas de alguns vulcões e suas consequências, ressaltando ainda as manifestações de índole religiosa para a sua explicação, citou ainda o efeito dos ventos e das chuvas, resul-

tando na perdas de navios nacionais e estrangeiros e o seu impacte socio-económico negativo e a inventariação das catástrofes ao longo dos séculos.

Relativamente ao século XX comentou diversas crises sísmicas, com o seu cortejo de destruições e efeitos negativos socio-económicos. A melhoria no apoio quer em medidas preventivas quer em medidas de reconstrução, com maior ênfase no Vulcão dos Capelinhos, que em 2007 comemora 50 anos de actividade, e cuja principal consequência foi a emigração massiva para os EUA que nos anos subsequentes provocou enorme sangria humana nas ilhas açorianas.

Relembrou igualmente os terramotos de 80 e de 98 que provocaram mortes e grande impacte socio-económico na vida da região.

No campo das tempestades salientou a destruição de diversos portos e aluimentos de terras, alguns com mortes.

Fez o correlacionamento entre os poderes políticos e as populações e em relação a estas salienta o refúgio na religiosidade já referido atrás e a interajuda entre sinistrados, e releva o apoio recebido do poder político vigente no apoio à reconstrução.

Na área da prevenção e medidas de solidariedade, elenca de maneira elucidativa os sistemas de vigilância, a actividade dos municípios e dos seus planos de emergência, o serviço regional de protecção civil e por fim o papel das Forças Armadas.

Não é de mais salientar este papel, que se materializa através dos três ramos e nas situações mais variadas, das crises sísmicas, às inundações, aos aluimentos, além da salvaguarda da vida no mar, pois as Forças Armadas dispõem de meios que lhes permitem chegar onde outros não conseguem.

Aqui permito-me um pequeno parêntese, para referir que a Marinha, está fortemente empenhada neste campo estando inclusivamente projectada a construção de um navio dito polivalente logístico a ser construído no âmbito das contrapartidas da aquisição dos submarinos, navio, que além de funções estritamente militares de apoio aos três ramos será uma mais valia na área da catástrofe e do apoio humanitário (incluindo apoio médico).

Nas suas palavras finais José Decq Mota reforçou que todo o esforço desenvolvido nas crises, deve considerar-se uma conquista civilizacional e não uma benesse dos poderes.

O segundo orador, o Dr. Paulo Teixeira, transmite o seu testemunho aquando da queda da ponte Hintze Ribeiro em Entre-os-Rios com uma grande carga de emotividade.

Orientou-a tipo diário descritivo e comentado, localizando o acontecimento à noite num dia de tráfego automóvel intenso, o que não impediu uma resposta imediata das estruturas de protecção civil, impotentes contudo para qualquer acção.

Salienta a vivência no local que colocava como principais problemas, a informação às pessoas, e a gestão da sua ansiedade.

Relata as diligências locais e políticas nacionais desencadeadas, o início de inquéritos familiares e dos “briefings” e a instalação dum centro de operações.

Ressalta a actividade, do Serviço Nacional de Bombeiros, da Guarda Nacional Republicana, de Institutos de solidariedade e segurança social com equipas de emergência para acompanhamento psicossocial aos familiares das vítimas e ainda o Instituto da Medicina Legal, a Policia Judiciária e a Cruz Vermelha Portuguesa.

As Forças Armadas não foram esquecidas, o Exército pelo apoio local, a Força Aérea fiscalizando o rio Douro até à foz e a costa atlântica.

A Marinha mercê do seu paradigma de duplo uso, através da sua vertente de Autoridade Marítima efectuando operações de busca e resgate e na vertente militar com a utilização de mergulhadores (que foram incansáveis e arriscaram a vida devido à pressão externa) e o apoio inestimável do Instituto Hidrográfico com maior visibilidade do seu director técnico e os esforços desenvolvidos pelo seu director geral, que permitiram a aquisição de uma sonda multifeixes que possibilitou a localização do autocarro sinistrado.

Como lições aprendidas refere que, falta de previsão e ponte não melhorada condicionaram o desastre e que “a acção de planeamento em situações de emergência é primordial e deverá ajustar-se continuamente, com vista a possibilitar a unidade das acções a desenvolver, a coordenação técnica e operacional dos meios a empenhar e a adequação das medidas de carácter excepcional a adoptar”.

Salientou ainda a importância do conhecimento inicial dos responsáveis pelos diversos pelouros e a respectiva articulação interinstitucional, assim como de adequado apoio administrativo, logístico e motorizado de modo a otimizar as acções a desenvolver.

Dedicou também palavras à importância da colaboração com os “media” garantindo a informação mas com a salvaguarda da privacidade das pessoas.

O Major Lourenço da Silva da BT da GNR, deu-nos o seu ponto de vista sobre os acidentes de viação, começando por considerá-los como sinistros.

Referiu de seguida que são a nona causa de morte em todo o mundo, representando os seus custos na União Europeia 2% do PIB.

Em Portugal a situação é considerada dramática, com 3 vítimas mortais diárias, afectando nomeadamente a população activa e sendo em média 50% superior à média europeia, atingindo custos elevadíssimos.

Considera ainda a situação como um problema de saúde pública com incidência social preocupante.

Recomenda quatro grandes áreas de intervenção, a educação, a fiscalização, a engenharia e o controlo, deixando para terminar algumas perguntas de que salientamos, "que impacte tem no bem-estar social dos portugueses" e "que impacte tem na saúde pública".

O Cor. Carlos Gonçalves do Serviço de Protecção Civil de Coimbra, debruçou-se sobre os Incêndios, que no verão configuram um verdadeiro cataclismo na mancha florestal do nosso país.

Ressalta o clima de exigência aumentado em relação à segurança, ressaltando contudo que as medidas de auto protecção para salvaguarda das crises não têm a dimensão necessária.

Identificou os quatro factores intervenientes nos incêndios florestais a saber:

A floresta portuguesa, que representa 2/3 da superfície de Portugal continental, sobretudo em áreas de baixa densidade populacional, referindo as espécies mais frequentes. Salientou o seu valor para a economia onde representa 3,2% do PIB e 11% do total das exportações.

A importância para o desenvolvimento sustentável, assim como o facto do estado ser um proprietário minoritário da floresta e não interferindo verdadeiramente na gestão da mesma.

Explica porque arde a floresta em Portugal, elencando o abandono a que está votada, a excessiva fragmentação, a diminuição e envelhecimento da população rural e a alta percentagem de incêndios provocados (37%).

No âmbito da organização para a prevenção e combate, salienta que a prevenção compensa e bastante nesta área, e que quando é ineficaz compromete no combate recursos humanos e materiais importantes, e recursos económicos significativos (250 milhões de euros de 1994 a 2004).

Sugeriu acções de curto, médio e longo prazo, com maior incidência num adequado ordenamento, correcta gestão florestal e sistemas de vigilância e detecção eficazes.

Aponta os danos humanos, sociais e ainda materiais e ambientais com os consequentes modelos de desenvolvimento postos em causa.

No olhar que lança sobre o assunto, ressalta o papel da comunicação social perante a problemática dos incêndios e o alarmismo e stress que desencadeiam.

Para finalizar deixou uma mensagem "o fogo faz danos a indiferença muitos mais".

O Dr. Allen Gomes com a sua experiência de psiquiatra, comentou e enquadró as comunicações analisadas acima.

Começa por salientar a diferença entre as catástrofes e os vários tipos de traumas individuais, pois aquelas para além dos directamente envolvidos podem atingir, comunidades ou populações vizinhas, resumindo essa carac-

terística na frase seguinte, “a capacidade de provocar sofrimento psicológico, a curto ou a longo prazo, numa comunidade, é maior do que a soma aritmética do sofrimento causado a cada indivíduo que foi vítima da catástrofe nesta comunidade”.

A diversidade das catástrofes também cria problemas específicos que podem conduzir a soluções diferenciadas.

Na análise individual das comunicações ressaltou no caso dos acontecimentos nos Açores a referência às ondas de solidariedade ao nível das pessoas, da região e do país e a acção de gerarem mecanismos de protecção próprios.

A explicação dada reside no facto da solidariedade e união estarem facilitadas quando são causas naturais a desencadear as catástrofes.

No desastre de Entre-os-Rios salienta-se igualmente a grande onda de solidariedade e a própria organização da comunidade perante a tragédia, de lamentar apenas, que anos passados essa força se tenha desagregado perante causas materiais.

Nos incêndios também se geram situações de solidariedade porque as comunidades vizinhas sentem do mesmo modo o peso da ameaça, sobretudo porque os grandes fogos têm surgido com frequência inusitada.

Quanto aos acidentes de viação não sendo uma catástrofe na verdadeira acepção do termo, configuram-na pois os números em jogo são efectivamente catastróficos e verifica-se aqui que a solidariedade e os apoios não surgem com a facilidade dos casos anteriores.

O Dr. Allen Gomes de modo muito esclarecido comparou a menor solidariedade citada atrás, com aquela que devia ser prestada a todos aqueles que nas diversas situações retratadas prestam o seu apoio e ali trabalham.

Talvez por isso as Forças Armadas já desenvolvem actividade nesta área procurando incrementar grupos de apoio ao stress pós traumático.

Considero que o painel devido ao peso do envolvimento pessoal dos palestrantes nas situações relatadas, à carga emocional transmitida e à avidez da assistência para o tema, foi talvez um pouco prolongado, contudo, perante as intervenções realizadas, as perguntas efectuadas, os comentários produzidos e nomeadamente perante os aplausos finais, julga-se ter valido a pena.

Julgo portanto que é de parabenizar a organização pelo evento.

Coimbra, 21 de Setembro 2006

CATÁSTROFES INTERNACIONAIS

FRANCISCO ORENGO GARCÍA

ILAN KUTZ

PEDRO PEZARAT CORREIA

VANESSA NEVES

JOSÉ CARLOS NUNES MARQUES

Respuestas Internacionales al Terrorismo desde una Perspectiva Psicotraumatológica: El Caso del 11 de Marzo de 2004 en Madrid

FRANCISCO ORENGO GARCÍA

Introducción

La dimensión humana de una catástrofe colectiva como la que supusieron los cobardes atentados terroristas islamistas a los trenes de cercanías de Madrid el día 11 de marzo de 2004 incluye varias facetas. Por un lado, la vivencia de los mismos como potencial víctima, lo que en mi caso estuvo cerca de ocurrir pues tan solo por 20 minutos no llegó el tren en el que iba al mismo andén 1 de la estación de Atocha donde explotaron dos de las 14 bombas. Por otro, la del ciudadano afectado por la rabia, el temor y la estupefacción. Finalmente, como psiquiatra y psicoterapeuta el desarrollo de una actitud de solidaridad terapéutica y de posterior análisis de las consecuencias que para las víctimas inmediatas y para la sociedad entera han tenido los terribles ataques terroristas. Me ocuparé a continuación de estas últimas.

Los Atentados Terroristas a Gran Escala sobre Madrid y España Justo Antes de las Elecciones Generales del 11 de Marzo de 2004

En primer lugar, debe ser considerada la cuestión de la importancia de la coincidencia de los atentados con las elecciones generales planificadas para tres días mas tarde. Como en algún lugar leí, no hay ningún atentado terrorista que no esté planificado al detalle. Mas aún si se trata de un “detalle” de la relevancia de unas elecciones generales. Desde luego, la intención de ligar la respuesta de la población ante los ataques y la intención del voto popular están claras. Otra cosa son los antecedentes sociopolíticos

que obraban y que deben ser necesariamente considerados tanto en la intención inicial del voto pre-atentado como en su posible viraje final. No es este, sin embargo, el lugar para un análisis político sino psicotraumatológico. Por ello, lo que debemos preguntarnos en este caso es:

¿Cuales son las Implicaciones de las Experiencias Habidas el 11 de Marzo para la Intervención Terapeutica en Relación con Reacciones Psicotraumáticas Complejas a Escala Individual y Colectiva?

En primer lugar, es imprescindible analizar aunque sea de manera muy esquemática los antecedentes traumáticos de la sociedad española. En una frase podríamos decir que se trata de una traumatización ininterrumpida tras años de terrorismo de ETA, tras 40 años de dictadura después 3 años de guerra civil. Estamos hablando de un periodo que va desde 1936 hasta 2004. Obviamente no todas las fases fueron iguales pero, bien por efecto directo, bien por las consecuencias habidas de los hechos traumáticos principales, el caso es que España ha estado en una condición “post traumática” continua.

Pero, ¿cuál es la situación actual?. Llevamos en España 30 años viviendo en un modelo de convivencia democrático que, desde un punto de vista sobre todo emocional, no ha superado aún suficientemente los daños severos contraidos durante la Guerra Civil, la dictadura franquista y, posteriormente, el terrorismo etarra. Dichos daños se manifiestan en forma de miedos o temores a la reaparición de los fantasmas de la guerra civil en forma de nuevas venganzas, difamaciones o desapariciones. También estas reexperimentaciones se acompañan de una gran indiferencia emocional por el pasado, una intencionada actitud de olvido ante los hechos trágicos acontecidos y una irritabilidad y crispación social inmediata sobre todo en el ámbito de la política.

Con estos antecedentes, en plena vigencia aunque con más o menos disimulada presencia en la vida pública, acontece el mayor atentado terrorista de la historia de España. Su resultado son 200 muertos y 1500 heridos en los ataques islamistas con 14 bombas a los trenes de cercanías en Madrid el 11 de marzo de 2004.

La Repercusión Socio-política

Al producirse el suceso que, como decía anteriormente, acontece tres días antes de las elecciones generales, se produce como primera reacción a escala política una importante acentuación bipartidista, a favor y en contra de un gobierno que había estado gobernando 4 años con mayoría absoluta y que había incorporado a España a la guerra de Irak en contra de la mayoritaria voluntad popular.

¿Qué Reacciones Observamos a Continuación de los Ataques en Madrid y en España?

la suma de las reacciones individuales da lugar a un shock extraordinario por la magnitud de la catástrofe y se percibe la impactante sensación de sentir la ciudad de Madrid en silencio durante varios días. Tras esta cortina de silencio se va generando una reacción profunda de estupor e indignación en la población aunque bajo una terrible incertidumbre inicial contenida en la pregunta: ¿contra quiénes? Esta cuestión que hace la respuesta más difícil, se ve dificultada por la contrapuesta opinión sobre la autoría de los dos principales partidos políticos.

Las primeras formas de ser conducida la indignación y la necesidad de acción de la población se pone en marcha en las inmediatas manifestaciones masivas en toda España de rechazo absoluto al terrorismo y en solidaridad con las víctimas y con el pueblo de Madrid (Madrid 1.8 millones de personas, Barcelona 1.5 millones, Sevilla 650.000, Valencia 500.000, etc.).

En el contexto de las reacciones populares espontáneas se crea un **“lugar-santuario”** donde se depositan velas, carteles con textos alusivos y comentarios en el hall central y en el andén n.º 1 de la estación de Atocha comienza una procesión continua de ciudadanos. Al mismo tiempo, la Casa Real, el Gobierno y los partidos políticos organizan inmediatamente un gran funeral en la catedral de Madrid que cursa con palpable tensión política y gran duelo de los familiares de las víctimas.

En este contexto, se produce la inmediata organización de la ayuda médica y psicológica. En concreto, la unidad de atención psicológica de la Comunidad de Madrid realizó más de 3.000 visitas a domicilio en las 48 primeras horas activando a 450 profesionales y alertando a 1.200 en caso de necesidad.

En segundo lugar, se habilita un gran centro de duelo y ayuda en el recinto ferial de Madrid (IFEMA). Tras la realización del recuento de víctimas se conoce un dato de gran trascendencia sociocultural: entre los 200 fallecidos había 47 extranjeros de 14 nacionalidades.

En tercer lugar, se organiza en el propio IFEMA y en los hospitales y tanatorios, un servicio psicoterapéutico de apoyo de primer nivel por parte de psicólogos y psiquiatras siguiendo las guías para intervenciones de emergencia organizadas ((S.B. Jensen. ESTSS Bulletin. Vol 1. 2002). Estas son:

- A. Intervenciones culturalmente sensitivas y contextualmente apropiadas
- B. Coordinación de todos los servicios
- C. Aproximación desde un modelo de salud mental comunitaria.
- D. Construcción de capacidades: entrenamiento, soporte, y supervisión

- E. Servicios clínicos
- F. Cuidar a los que cuidan
- G. Recolección de datos integrada, análisis y evaluación.

Con posterioridad, se organiza por parte de las autoridades del Ministerio del Interior una serie de intervenciones psicoterapéuticas de segundo nivel (propriadamente psicotraumatológicas y con apoyo económico de hasta 3000 Euros por persona) en las consultas.

Por último, mientras sucedían todas estas intervenciones en los diferentes planos terapéuticos, 83 médicos forenses madrileños más otros venidos inmediatamente de Galicia y Cataluña realizaron la identificación de 120 cadáveres en las primeras 24 horas (multitud de pruebas de ADN). Al mismo tiempo, se pone en marcha la organización de espacios de duelo para 14 nacionalidades (incluido un espacio musulmán de oración). Como forma generosa de colaboración, se realiza un alojamiento gratuito en hoteles para las víctimas y sus familias ofrecido por la asociación de hoteleros de Madrid.

Finalmente, Con carácter extraordinario, el Consejo de Ministros del 12/3/04 aprobó:

- 1) La regularización de todos los ciudadanos extranjeros afectados por el atentado
- 2) Conceder la nacionalidad española a las víctimas y familiares directos, por «carta de naturaleza»
- 3) Destinar 140 millones de euros del «fondo de contingencia» a atender a todas las víctimas
- 4) 3000 Euros por psicoterapia, como se mencionaba mas arriba y
- 5) Reforzar la Oficina de Atención al Ciudadano y de Asistencia a las Víctimas del terrorismo.

El Debate sobre la Autoria

Inmediatamente después de los atentados comienza en el seno de los partidos políticos y en los diversos medios de comunicación el debate sobre la autoria del atentado, lo que provoca una crisis política creciente. La crisis tiene un crescendo continuo y el día antes de las elecciones se producen declaraciones contradictorias de las principales formaciones políticas lo que da lugar a una confusión transitoria en la población. Esta se resuelve inicialmente por el resultado electoral aunque las secuelas de las dudas creadas persisten hasta el día de hoy, con razón o sin ella, para una parte de la población.

Implicaciones Terapéuticas a Escala Individual y Social

1) ante un ataque brutal de cualquier tipo sobre una sociedad civil indefensa, pero sobre todo si se trata de un atentado terrorista, se produce inmediatamente un aumento del maniqueísmo social: de repente la sociedad se divide en dos partes “los buenos” y “los malos”

2) los ciudadanos pueden verse implicados por algunos políticos y por los medios de comunicación en uno de los dos bandos según la máxima: o estás conmigo o estás contra mí.

3) esta situación fomenta tanto las respuestas de identificación con el agresor como las de radicalización revanchista

4) la respuesta psicotraumática asociada a la identificación con el agresor es por lo general denegadora o banalizadora del ataque y proyecta la responsabilidad del mismo sobre la sociedad atacada. Esta actitud euforiza o hace indiferente (recuerdo de “la belle indifference”) al que la mantiene con lo que se siente casi inmune ante nuevos ataques.

5) las respuestas de radicalización revanchista, asociadas frecuentemente al síndrome de hiperactivación y reexperimentación postraumático, fomentan las respuestas de lucha pudiendo movilizar a una sociedad hacia una guerra.

(el presidente Aznar había sido él mismo víctima de un atentado de ETA en 1995)

Conclusiones:

1ª) desde el primer momento después de un atentado, una vez ayudadas las víctimas desde un punto de vista humano y sanitario según protocolos, los psicotraumatólogos deben esforzarse al máximo para evitar el maniqueísmo social.

2ª) los colectivos más importantes con los que trabajar para evitar el maniqueísmo social son los propios políticos y los medios de comunicación

3ª) A escala individual es fundamental conocer cual era el grado de traumatización previa, si lo hubiere, de las víctimas supervivientes y, en función de este, explorar su tendencia a denegar o a proyectar.

* Olvido (denegatorio) casi total del peligro de nuevos ataques del terrorismo islamista a raíz (y a pesar de) de retirar las tropas de Irak

* Generación de un importante movimiento social de diferentes asociaciones de víctimas de diferentes tipos de traumas por vio-

lencia terrorista que reclaman indemnizaciones y un protagonismo social creciente: la sociedad victimizada/victimista

* Las asociaciones de víctimas se politizan y son politizadas por los partidos y se convierten en rehenes de la polarización y radicalización política

4) Ya hace muchos años el poeta sabio Antonio Machado nos hacía ver que la polarización bipartidista y el maniqueísmo social son un viejo problema de España.

Estos versos lo certifican:

Poema de Antonio Machado (Poesías Completas. 1917)

...

**Ya hay un español que quiere
vivir y a vivir empieza.**

**Entre una España que muere
y otra España que bosteza.**

**Españolito que vienes
al mundo te guarde Dios.**

**Españolito que vienes
al mundo te guarde Dios.**

Una de las dos Españas ha de helarte el corazón.

Living on the Slope of the Volcano

Personal Perspectives on Stress, Trauma and Resilience

ILAN KUTZ

"We have nothing to fear but fear itself."

F.D. Roosevelt

The rise of international terror, so many have been saying, has made the world less safe. The threat of terror reached a decisive peak, on September 11, 2001 when the bastion of Western might, the twin Towers in the US, were attacked. The horrific immediate results, more than 2000 dead, was negligible in comparison to the destruction of something far more basic; the belief in the very rules of safety and order that we all take for granted. That is why, for American and world society, the symbolic damage of September 11 was far more fundamental than the actual damage to the concrete towers, or even than the numbers of people killed, although that number is not insignificant. The backlash against terror, the tightening of security, the restriction of personal liberties and the need to adopt a vigilant stance as a way of life, were the real changes, and constituted the heavier price that post September 11 society has to pay.

There was something extreme about the American response to terrorism, which implies that one can be totally safe or one is constantly at risk. This kind of a black and white approach to danger, is an attitude that is contradicted by our knowledge of stress and trauma in human history. For most generations, in most countries, life was never totally safe, and many a time it was downright dangerous. Stress was always part of human experience, and the wish to eliminate risk seems, at times, naive. The notion that today's life is more prone to trauma, than it was in former generations, is far from being proven and probably just wrong. The ill conceived war in

Iraq, as an attempt to annihilate and uproot danger, has itself been far more deadly and treacherous than the danger it was supposed to erase.

What constitutes a psychological trauma and what separates it from normative human stress? How do we define the line that divides between the two? The definitions may be many. Shattered assumptions, for example, and the loss of sense of structure and rules of natural order may indeed be defined as trauma. But so are symptoms of disrupted sleep, recurring traumatic memories and experiences, and the loss of capacity to experience life and its joys. Maybe, the best definition of what is trauma is a combination of the nature of risk and response. For example, shattered assumptions may be defined as a stressor that may lead to trauma, but it is also necessary to include a response of enduring symptoms of PTSD, to complete the definition.

To my mind, therefore, the definition of trauma includes the presence of a significant threat, a life threatening or sanity threatening stressor, to which the response is not adaptive, and from which the organism cannot fully recover. In other words, 'ordinary' stress syndrome represents an adaptive response of the psycho-physiological system. On the other hand, a state of chronic trauma signifies a failure of the coping system. This failure is defined in the biological jargon as a "permanent dysregulation of the adaptive system".

Some personal reflections: I grew up in a country whose Jewish members were part of a persecuted minority for generations. The threat of annihilation and the trauma of death and destruction followed these people for 2000 years. The holocaust of the 20th century almost annihilated this national/religious minority, and was a personal catastrophe for millions of families and a national traumatic memory for the community as a whole. Ironically, out of the smoky cradle of the holocaust, the new State of Israel was born. So was I. My early childhood memories include British soldiers searching homes for weapons and Egyptian airplanes bombing Tel-Aviv. Since then I have been through 4 wars, as a civilian and as a medical officer. As a flight surgeon, I was wounded in action, decorated following a rescue mission, and participated in many operations including the Entebbe raid in Africa. I never killed anyone, and to my best knowledge was never killed by anybody. Thank the gods for both. And, despite the multiple threats my comrades and I had been exposed to, most of us did not develop PTSD.

But, these experiences, coupled with my accumulating expertise as a psychiatrist and a trauma student, enabled me to form some notions about what and when people become traumatized and paralyzed, and when and how stress can be turned into resilience. The recurrent terrorist attacks in recent years in Israel, and the recent war in Lebanon, have served as unwitting and unfortunate laboratories for the study of matters of stress and trauma.

The lessons are clear and crisp. Stress lurks around the corner, even when people do not expect any possibility of threat in their lives. But the destructive process of traumatization begins when hope is shaken. Trauma is more imminent if leaders are inept or misleading, and the rules of expectancy are challenged. On the other hand, being ready with know-how and experience can serve as an antidote. Hospital preparedness in mass casualty events, and rapid dispensation of psychological support can be crucial. But even more important are the preventive measures that a group can develop to counteract the risk for psychological collapse. Community cohesiveness, honest leadership, a sense of humor and belief in the possibility of eventual good, have been proven to be extremely efficient mechanisms. Those who live on the slope of the volcano are not easily frightened. They know how to read the smoke signals, they have rehearsed their routes for taking to shelter at dangerous times. And they have learned how to support each other and to engage in purposeful activities. Life goes on while the smoke and ashes serve as a reminder in the background.

Nevertheless, there is a price to pay for life on the slope of the volcano. Enduring vigilance may be costly. Chronic survival efforts, as a central life theme, rob life from other developmental tasks of individuals and of the group. The luxury of letting the mind roam to domains which are unrelated to survival is sorely absent. And, when the existence of a group is at stake, the dignity and survival of competing groups is diminished. In the name of survival, atrocities may occur. The bitter feud between the Israelis and the Palestinians, both living in the same territory and both claiming it as their exclusive own has added misery and shame to both sides. Trauma does not necessarily breed compassion. It can also lead to the traumatization of the other.

However, we should not be blinded by the threat of war and terror. A far greater and pervasive risk, assuredly the most ruinous, single risk-factor for trauma, which far outweighs all others, is not political or religious terror. It is the invisible domestic terror that many in our society are subject to. Countless infants and children experience ongoing neglect and abuse that continue unheeded. When these children mature, they carry with them, not only the psychological restrictions and scars of the original trauma, but will be also more prone to adult trauma than those who have had a blessed, or even just a good-enough childhood. If we want to have fewer traumatized adults on our hands, we should invest in young mothers and families at risk.

Finally, I have discussed war and terror as a source of threat in our changing world, because that is what I have been exposed to. But one should not forget there are currently far more potentially traumatic situations that are looming over and beneath us. Size wise, natural disasters bring about

greater calamities than man-made ones, and with the continuing unchecked devastation of our ecology and climate systems, the way may be paved to enormous catastrophes. In that way, we are all living on the slope of a volcano, and it is already rumbling.

A Guerra

PEDRO PEZARAT CORREIA

1. Introdução

Desejaria começar agradecendo à Comissão Organizadora e, particularmente, à Sra. Dra. Luísa Sales, o convite que me foi dirigido para estar presente neste Encontro Científico, onde provavelmente terei uma intervenção de interesse menor, mas cuja participação é, para mim, importante e enriquecedora pela oportunidade que me proporciona de aprender algo sobre este tema tão sensível.

Não sou especialista de matérias específicas que contribuam para o estudo da Psiquiatria da Catástrofe que, justamente, está a merecer tanta atenção dos meios científicos, políticos e sociais da actualidade, motivo porque não trago uma comunicação elaborada, assente em dados objectivos, resultante de trabalhos de investigação, como alguns dos ilustres oradores que me precederam e de outros que se seguirão. Convidaram-me para que contribuísse com um pouco da minha própria experiência como militar, como combatente, para participar no painel em que se trata o fenómeno da guerra como componente essencial das Catástrofes Internacionais, por isso optei por dar à minha comunicação a forma de uma conversa informal, talvez mais orientada para aguçar o apetite para um diálogo que convosco se possa seguir.

2. Guerra Colonial

A doutora Luísa Sales participou comigo, em Braga, num colóquio sobre a Guerra Colonial e ouviu a comunicação que apresentei, na qual afirmei que, na minha opinião, quando se fala da Guerra Colonial não se

deve remeter apenas para as Guerras de África de 1961 a 1974, mas sim para o conflito que, com o advento da era da libertação colonial e na sua sequência, se estendeu a todas as fronteiras do império, pelo que nela se devem incluir as campanhas da Índia que começam em 1954, as de Angola já no período da transferência do poder em 1975 e as de Timor-Leste, que resultaram da ruptura das negociações para a transferência do poder, também em 1975. Será então um quadro mais amplo, geográfica e temporalmente, aquele que configura a Guerra Colonial. De resto, foi exactamente em 1954 que eu, pessoalmente, iniciei as minhas mobilizações para as campanhas no ultramar e serei por isso algo suspeito na opção por este enquadramento, mas a verdade é que, numa retrospectiva sobre o que foram as campanhas coloniais do final do ciclo do império, não faz sentido excluir as da Índia, que se inserem linearmente no que foi o fenómeno da descolonização pós-Guerra 1939-1945 e nas condições que foram criadas, pelo regime ditatorial de Salazar, para que o fim do império colonial português tivesse de passar pela tragédia de uma guerra prolongada. Como não faz sentido excluir as de Angola e Timor-Leste em 1975 que, inserindo-se em fenómenos complexos de lutas internas e intervenções externas que afectaram as transferências do poder nos termos em que vinham sendo negociadas, são fases integrantes e condicionadoras dos respectivos processos de descolonização.

Comecei as minhas comissões como jovem alferes com 21 anos de idade em Goa, de 1954 a 1957, depois fiz mais cinco comissões, duas em Moçambique, duas em Angola e uma na Guiné-Bissau. É óbvio que esta passagem pelas várias colónias, por diversos teatros de operações, em postos distintos desde subalterno a oficial superior, em situações e funções diversificadas, me conferiu um capital de experiência que me autoriza a pensar que posso contribuir com alguma reflexão útil para a análise deste perturbante problema, que é o síndrome traumático da guerra enquanto catástrofe internacional.

A primeira coisa que me ocorre realçar é que a guerra é um fenómeno desumanizante, só por si e independentemente das formas que assume, de natureza violenta, traumática, cujos efeitos perduram e persistem para além da própria guerra. É desumanizante porque perverte valores que a humanidade deve cultivar conforme avança no progresso civilizacional, já que faz com que em cada um, ou pelo menos na maior parte dos combatentes, prevaleça o instinto irracional da sobrevivência, sobrepondo-se ao princípio racional da solidariedade que deve reger as relações humanas, mesmo quando o outro se posiciona no campo adversário. Na guerra o instinto da sobrevivência justifica que se encare como natural a eliminação do outro. Esta desumanização, esta perversão de valores, deixa feridas que tardam a

cicatrizar ou mesmo nunca cicatrizam ao longo da vida daqueles que passaram pela experiência traumatizante da guerra. Ao cultivar a violência o homem está a violentar-se a si próprio.

Um segundo aspecto que é importante, porque também deixa marcas – a mim marcou-me, seguramente – é o desperdício dum bem irrecuperável, a juventude. Os mancebos – era esta a designação oficial –, quando eram incorporados no serviço militar obrigatório, eram jovens de vinte anos e a grande maioria dos militares profissionais fizeram as suas sucessivas comissões entre os vinte e os cinquenta anos. No meu caso particular, entre os vinte e dois e os quarenta e dois anos, isto é, em vinte anos da minha juventude, estive treze anos em teatros de operações fora do país, um bom número deles longe do ambiente familiar e social enquanto os filhos cresciam, muitas vezes no que podemos chamar a linha da frente – ainda que o termo seja pouco apropriado no tipo de guerra que enfrentámos –, outras vezes mais na retaguarda, mas sempre em contacto com o ambiente operacional. E o que é, ironicamente, traumatizante, é que passámos a nossa juventude a desejar que a juventude passasse. A nossa preocupação era que o tempo corresse depressa, que os meses e os anos voassem, para que a comissão chegasse ao fim. Assim se perdeu a juventude e mesmo aqueles que só estiveram na guerra dois anos, entre os vinte e os vinte e dois, ou entre os vinte e um e os vinte e três, desperdiçaram essa fase mais apetecida da vida sem dela recolherem os frutos que tinha para dar na sua formação enquanto homens. Pela minha parte, quando hoje olho para trás, para a minha juventude irremediavelmente perdida, não tenho dúvidas que foi dos passivos que mais significativa e negativamente afectaram a minha vida.

Eu trago comigo um livro, uma obra recente de um homem que poderia estar aqui a falar convosco, porque é um psiquiatra que viveu a experiência da guerra colonial, o António Lobo Antunes. Este livro, *Deste viver aqui neste papel descripto: cartas da guerra*, o último que até hoje foi publicado com o seu nome, é o que podemos chamar um livro de autor indirecto, já que foi publicado pelas suas filhas mas o texto é seu, é o conteúdo das cartas que escreveu a sua mulher enquanto esteve, como médico militar, numa comissão em Angola. Mas atenção, foi, apesar de tudo, uma comissão distinta das que experimentou a grande maioria dos mobilizados, era um oficial médico, teve possibilidade de vir passar as suas férias à metrópole, teve depois oportunidade de ter, durante algum tempo, a sua família consigo em Angola portanto, mesmo assim, foi uma comissão atípica, pois só uma pequena percentagem pôde beneficiar destas vantagens. No entanto todo o livro, todas as cartas de Lobo Antunes para sua mulher, particularmente as da primeira fase até à vinda dele de férias à então chamada metrópole,

revelam como há um *stress* cumulativo e progressivo, que se vai acentuando ao longo do tempo. As cartas são exemplarmente reveladoras desse fenómeno e, a determinada altura, uma com data de Março de 1971, tem uma passagem que não posso deixar de citar. Ainda só se tinham passado dois meses desde que estava no mato, em Ninda, lá para as terras do fim do mundo e que deram depois o nome a um dos primeiros livros, *Os Cus de Judas*, e escrevia Lobo Antunes, ansioso pelo mês de Setembro em que viria de férias a Portugal: «*Março está quase passado, Setembro está a chegar mas custa-me desejar que o tempo passe, quer dizer, custa-me ter de desejar que dois anos da minha vida desapareçam o mais depressa possível, quando tenho tão pouco tempo para viver. É triste estarmos em circunstâncias tais que o que mais queremos é ver os dias correrem para longe, e se possível aos pares*». Não há dúvida que estas palavras expressam, paradigmaticamente, todo o drama que venho tentando descrever, este aspecto traumatizante que é o desperdício da juventude.

Acrescente-se o problema das pressões e da busca de compensações que também marcam as pessoas, onde destaco o drama do isolamento. Neste particular permito-me trazer à nossa reflexão a seguinte questão. Há uma certa tendência para valorizar e pôr em destaque os traumas da guerra derivados das acções das forças de intervenção, chamadas forças especiais, que eram as que faziam as operações, chamemos-lhe assim, mais espectaculares. Ora eu creio que, pelo contrário, os mais traumatizados da guerra colonial foram os homens que estiveram nas unidades de quadrícula, isoladas no mato. A quadrícula – e eu permito-me aqui uma pausa para explicar, muito resumidamente e a quem desconhecer, o que significa esta terminologia técnica da quadrícula, na Guerra Colonial – era constituída pela malha das unidades que ocupavam o território em toda a sua extensão, o qual estava dividido em áreas de responsabilidade operacional, como uma caixa de pedras de um puzzle. Nos escalões abaixo de região e zona militar havia as áreas de sector (ou agrupamento), estas divididas em áreas de batalhão (ou sub-agrupamento), por sua vez comportando áreas de companhia e mesmo estas tinham, por vezes, pelotões (os chamados grupos de combate) destacados. Assim, cada uma destas unidades era responsável por uma área correspondente ao seu escalão e às que lhe estavam subordinadas, integrada numa área de responsabilidade maior do escalão superior e que, no seu conjunto, configuravam o sistema global que se designava por quadrícula. Eram os militares que estava em permanência nas guarnições destas unidades os que sofriam do isolamento, das carências alimentares, das deficientes condições sanitárias, os que estavam sujeitos à possibilidade de ataques constantes e inesperados, os que tinham que ir diariamente abastecer-se de água e que

quando iam buscar a água podiam ser emboscados, os que necessitavam de fazer deslocamentos por itinerários inseguros para abastecimento de géneros alimentícios, combustíveis, munições, medicamentos ou sobressalentes indispensáveis ao funcionamento das suas precárias instalações, ou para irem tratar da manutenção dos seus equipamentos, que estavam permanentemente em operações e, no regresso de uma operação estavam a fazer a segurança do seu aquartelamento ou das povoações próximas, que tinham de manter contacto e controlo das populações e prover à satisfação das suas necessidades mínimas, a quem era exigida a manutenção e a segurança dos itinerários, a quem era negado o contacto com os cinemas, com a cultura, com o passeio, com a praia, com o lazer num restaurante para comer uma refeição diferente ou num bar a saborear uma bebida refrescante. Esta era a vida dura de dois anos de isolamento. As unidades de intervenção, as chamadas forças especiais poderiam, eventualmente, fazer algumas operações que, à partida, eram previsivelmente mais violentas, mas contavam sempre com apoio aéreo, com evacuações asseguradas, com apoios de artilharia e, salvo raras excepções, terminada a operação regressavam a meios urbanos onde estavam aquarteladas, à praia, aos *cabarets*, à possibilidade de encontrarem derivativos relaxantes e compensarem os traumas do ambiente de guerra.

Eram, então, duas situações totalmente distintas e entendo que era a situação da quadrícula, sem dúvida, a mais traumatizante e desgastante. E este desgaste reflectia-se nas relações pessoais porque, no convívio forçado e sem alternativas e em ambiente violento, os homens iam-se saturando uns dos outros. E havia ainda o problema da repressão, a auto-repressão sexual em jovens de vinte e poucos anos, que se ia acumulando e que muitas vezes se traduzia em manifestações agressivas e conflituais. Não vou entrar em pormenores mas posso assegurar que este *stress*, se é cumulativo e se é progressivo, também o era mais acentuadamente nos militares das unidades de quadrícula. Por isso, insisto, há que distinguir e pôr a tónica nestes, que foram, de facto, os mais sacrificados e atingidos pelas condições que depois poderiam vir a traduzir-se no *stress* pós-traumático de guerra.

Uma última referência aos combatentes da Guerra Colonial. Creio que até aqueles que por vezes aparecem a auto glorificar-se pelos seus feitos na guerra, que pretendem que, afinal, isso do *stress* traumático e outras queixas que hoje se invocam não passam de “mariquices”, de expressões tardias de cobardia, bem, estes também são vítimas do *stress* traumático. Só que manifestando-se de uma outra maneira, pelo culto da pseudo-valentia, do machismo marialva tão característico do português. Mas muitos dos pseudo-valentões nunca ouviram sequer um tiro em operações, nunca tiveram contacto directo com o combate, estiveram em situações mais ou menos cómodas nas cidades,

perto daquilo a que os do mato chamavam o ar condicionado. Isto é, aqueles que por vezes se põem numa posição distanciada em relação aos reflexos psicológicos, os que desprezam os “fracos”, os “cobardes” que revelam reacções traumáticas, esses, sem se aperceberem, também estão a exhibir manifestações de *stress* traumático.

Tudo isto me parece inegável mas deixo, para concluir, uma breve reserva. Devemos ter em consideração que em toda a problemática do *stress* pós-traumático de guerra também pode haver oportunismo, também pode haver aproveitamentos e esses aproveitamentos, esses oportunismos, levam a que muitas vezes se deprecie os que efectivamente sofrem da doença, desacreditados por outros que o invocam sem verdadeiramente o terem sofrido. A abordagem do problema real que é o *stress* pós-traumático de guerra, em particular o seu tratamento científico, tem de saber distinguir o que é autêntico e objectivo do que é forjado e mero aproveitamento oportunístico, para que este não desacredite e prejudique a forma séria como aquele deve ser encarado.

Ainda outra nota relativa à questão do *stress* pós-traumático da guerra colonial. Se é certo que eram os militares os principais actores no palco da guerra, que estavam nas frentes de combate e, como tal, as principais vítimas psicológicas da catástrofe de guerra, não deve esquecer-se que por trás dos militares, havia toda uma sociedade afectada pela guerra, porque os militares, vigorando na altura o serviço militar geral e obrigatório, eram uma representação da generalidade da nação. Nação que, na retaguarda, era o conjunto dos cidadãos que, ou porque tinham familiares chegados, ou amigos, ou companheiros de trabalho, ou conterrâneos, envolvidos na guerra, ainda que lá longe nos sertões africanos, também eram atingidos pelo trauma da violência e da catástrofe, mas os quais nunca foram incluídos nos estudos deste fenómeno. Em Portugal, até 1974, não havia uma cobertura mediática da guerra como há hoje, pelo contrário era ocultada pela censura ou deturpada pela informação oficial, em especial nos seus aspectos mais chocantes. Não era, como hoje, tão intensamente levada a casa das pessoas comuns, estas só se apercebiam da guerra indirectamente, através das notícias que recebiam dos familiares militares. E eram notícias filtradas pelo tempo, espaçadas, tardias, morosas, porque as comunicações instantâneas através dos telemóveis ou da Internet ainda eram do domínio da ficção. Então a retaguarda vivia permanentemente sob o medo do desconhecido, sem saber o verdadeiro grau de risco que os militares que lhes estavam próximos corriam, mas que supunham sempre o pior. Neste particular até poderá dizer-se que viviam numa angústia maior do que os próprios militares presentes nos teatros de operações que, aliás, nem todos se encontravam na mesma

situação. Havia os que enfrentavam em permanência o perigo iminente e, portanto, sujeitos a um *stress* constante, os que o enfrentavam esporadicamente e os que nem sequer estavam em zonas de risco. As famílias, na retaguarda, pensavam que todos os militares, só porque estavam mobilizados, enfrentavam as maiores ameaças. Isto é, havia uma dualidade de percepção da catástrofe mas que atingia todos e, por vezes, era psicologicamente mais traumatizante para quem estava na retaguarda do que para os que estavam na frente de combate.

O que, no essencial eu quero salientar é que, quando se fala de *stress* pós-traumático de guerra, o universo-alvo deve ser muito mais vasto do que o dos militares e, destes, nem todos devem ser incluídos nesse universo.

Por fim, é conveniente deixar uma ressalva. Evidentemente que eu estou a falar da nossa perspectiva, nossa do lado português e, por vezes, há tendência para estender a análise sobre o trauma da guerra que atingia o nosso lado, o lado português, ao outro lado, o lado dos africanos. Ora, o que se passava com os africanos era certamente diferente e mais complexo, não só pela diferente percepção que tinham dos acontecimentos como porque eram sociedades fracturadas. Mesmo nas frentes de combate dos vários teatros de operações, havia os que estavam sob controlo do poder colonial e das forças armadas que serviam o poder colonial, e havia os que estavam sob controlo dos movimentos nacionalistas e das forças guerrilheiras. Uns e outros tinham, com certeza, diferentes percepções da violência, da sua intensidade, das suas causas, dos seus efeitos, das suas razões. E, independentemente dessas diferentes percepções estavam todos, militares, guerrilheiros, familiares, populações em geral, muito mais em contacto directo com a violência diária e, portanto, sujeitos a um efeito traumático mais uniforme. A retaguarda dos africanos não era uma retaguarda longínqua, mas próxima, por vezes era o próprio ambiente em que o combatente vivia.

Em resumo, a forma como a psicologia da catástrofe, resultante da guerra colonial, atingiu as sociedades africanas, deve ser enquadrada em estudos diferentes dos que se dirigem à sociedade portuguesa. Por isso não a incluí nestas minhas breves anotações.

3. Novas guerras

À luz dos tempos actuais a psicologia da catástrofe da guerra exige pistas de investigação completamente diferentes das que se aplicam à guerra colonial. Esta não pode servir de padrão à aferição da patologia do *stress* pós-traumático que resulta dos conflitos a que hoje assistimos.

A guerra continua a ser, sem dúvida, um factor a considerar quando se fala de catástrofe, de psiquiatria da catástrofe, da psicologia da catástrofe. Mas se ainda há poucas décadas era, provavelmente, o principal factor de referência para a abordagem deste problema, isto é, da influência ou da percepção que as pessoas tinham da catástrofe, creio que hoje a guerra é, porventura, um factor menor. Pelo menos para as pessoas que estão longe e não directamente envolvidas nos teatros de guerra. Temos aqui assistido a interessantes apresentações, como as de ontem sobre a sinistralidade rodoviária, ou a comunicação sobre os incêndios inseridas no painel sobre catástrofes naturais e foi-nos mostrado que há hoje uma gama de factores violentos, derivados da vida do dia-a-dia, do próprio funcionamento das sociedades que, nos países que não têm os seus espaços nacionais afectados por guerras, acabam por ter uma incidência muito maior na percepção que o cidadão comum faz da catástrofe, do que a guerra. Porque lhes estão mais próximos, convivem com eles em permanência, chocam-se com as imagens que lhes entram em casa diariamente através da comunicação social, enquanto a guerra está mais distante e hoje só diz respeito a sectores específicos e reduzidos da população.

Isto tem muito a ver com um novo entendimento do que é a guerra, com a nova abordagem daquilo a que se vem chamando a Revolução nos Assuntos Militares (RAM) que aqui, obviamente, não irei desenvolver, mas que deixo como referência, como pano de fundo sobre algumas considerações que o tema em debate me sugere e que alguns mais interessados poderão aproveitar como fonte de melhor informação acerca do que hoje se entende sobre o que é a guerra. Não é por acaso que há tendência para se classificar as novas guerras como “conflitos de baixa intensidade”. Terminologia que pode ser perversa. A guerra no Iraque, dramaticamente em curso, não é, seguramente, de baixa intensidade e as consequências traumáticas que está a revelar e se agravarão no futuro, nos militares e na população dos EUA, serão terríveis.

A filosofia imanente do pensamento que enforma a RAM é a de que a guerra deixou de ser um fenómeno especificamente militar e que há tendência para alargar o espectro da guerra, nomeadamente no aspecto terminológico. Lembremos, a propósito, que ontem, por exemplo o major Lourenço falava sobre a sinistralidade rodoviária e, em determinada altura, disse que se está aí a travar uma guerra, dado o número de feridos e de mortos que da sinistralidade rodoviária resultam. E quando o coronel Carlos Gonçalves nos falou dos incêndios, também disse que estávamos numa guerra. Obviamente que se trata de desvios semânticos, mas que tendem a vulgarizar-se e encontram alguma justificação na actualidade porque, mesmo a

nível oficial, o conceito de guerra é cada vez mais alargado, ultrapassa o âmbito das meras operações militares e tem-se estendido a tudo quanto afecta a segurança das pessoas e das comunidades.

O mesmo se passa com o conceito de ameaça, intimamente relacionado com a guerra visto que esta se destina a enfrentar e neutralizar as ameaças. Chamo a atenção para alguns documentos que fazem, sobre esta matéria, a doutrina que vai moldando a actual reflexão sobre os conflitos. Por exemplo, o relatório do secretário-geral da ONU, Kofi Annan, “Em maior liberdade: desenvolvimento, segurança e direitos humanos para todos”. Ou os documentos que, anualmente, expressam os conceitos estratégicos norte-americanos, com origem na Casa Branca ou do Pentágono. Ou o que podemos chamar o pré-conceito estratégico da União Europeia (UE) (chamo-lhe pré-conceito porque a UE ainda não existe como entidade política com uma estratégica própria), o chamado Documento Solana, do responsável pela Política Externa e de Segurança Comum (PESC), com o título “Uma Europa segura num mundo melhor”. Por último o Conceito Estratégico de Defesa Nacional português, actualmente em vigor.

Todos estes documentos estão de acordo na identificação, ou indicição, das grandes ameaças que se perfilam na actualidade. E quais são elas? São, em primeiro lugar, a proliferação das armas nucleares, o terrorismo global e a criminalidade internacional organizada. Num segundo plano podemos detectar as relacionadas com calamidades provocadas por intervenção humana e nelas incluir a sinistralidade rodoviária e os incêndios. Mas podemos incluir ainda outro tipo, que até mais do que ameaças devem antes chamar-se riscos, porque não resultam da vontade humana como causa principal, as agressões ambientais, as catástrofes naturais, as pandemias infecciosas. É este leque de ameaças que hoje mais angustia as sociedades em geral e em particular as populações das áreas mais atingidas ou potencialmente mais vulneráveis e não as tradicionais ameaças à soberania, à integridade do território ou à independência nacional. São riscos e ameaças que não visam directamente objectivos militares ou as forças armadas. É a população, indiscriminadamente, que se vê ameaçada pelos efeitos de uma eventual proliferação nuclear, que nem sequer sabe muito bem o que é mas que sente que está a ser enfrentada de uma forma incorrecta (mas este é outro problema que não cabe aqui tratar). É a população em geral que se apercebe da sua vulnerabilidade perante o terrorismo global, esse perigo indefinido, cinzento que nunca se sabe de onde vem e onde ou quando pode surgir. É toda a população que se sente insegura com a chamada criminalidade organizada que envolve problemas como a droga, como o comércio clandestino de armamentos, como o tráfico humano, como a lavagem de capitais, contrabandos vários, etc.

Estas ameaças têm em comum uma característica essencial para gerar aquilo a que podemos chamar o medo imanente à vida do dia-a-dia. Essa característica é a imprevisibilidade. E isto é novo. Quando a ameaça era fundamentalmente dirigida contra os militares era, de certa forma, previsível e dava possibilidade de se proceder a uma preparação para a enfrentar. A imprevisibilidade, pelo contrário, deixa uma desconfortável sensação de fragilidade.

Dir-se-á que, em relação à previsibilidade das ameaças militares nem sempre se passou assim. Que, por exemplo, em 1961 Portugal e os portugueses terão sido surpreendidos pela forma como, de repente, tiveram de se confrontar com a violência que se desencadeou no norte de Angola. Estou a falar em termos genéricos mas, mesmo a surpresa dos violentos massacres do norte de Angola em 1961, foi consequência do regime político que vigorava, que proibia o debate, com uma censura que impedia o esclarecimento das populações, em que a polícia política coarctava qualquer reflexão e divulgação sobre os problemas que afectavam a nação, inclusivamente o que se passava no estrangeiro e que foram precedentes do que se veio a passar nas colónias portuguesas. Aqui a imprevisibilidade foi consequência de um sistema e não da inexistência de factores que indiciassem os acontecimentos. Estes factores existiam e os acontecimentos podiam ter sido previstos. Portugal até já vinha, como atrás afirmei, enfrentando, desde 1954, a insurreição no então chamado Estado da Índia, que era indiciador. Os responsáveis portugueses tinham obrigação de ter acompanhado e interpretado o que estava a passar-se com o movimento pan-africano, o fenómeno das independências das colónias africanas de outras potências coloniais europeias, a emergência do Terceiro Mundo e do Movimento dos Países Não-Alinhados, o crescente peso que este passou a ter na ONU. Tudo isto prenunciava o que iria ocorrer nas colónias africanas portuguesas. E, nestas, os nacionalistas estavam activos e mandaram vários recados que o governo português, sobranceiramente, ignorou. Portanto o início da guerra, em Angola, se foi imprevisível para o povo português, que não estava informado, não o podia ter sido para os governantes e chefias militares. Só que estes não reflectiram sobre a ameaça e não prepararam a conveniente resposta. Em síntese, esta situação de catástrofe, não tendo sido prevista, era previsível.

Ao contrário, e vou repetir-me, as ameaças que hoje se perfilam e atrás indiciei, se evidenciam alguma característica nova, é a sua imprevisibilidade. E como são imprevisíveis, como nada é previsível, tudo é possível. E como tudo é possível qualquer cidadão, qualquer grupo de cidadãos, qualquer comunidade, em qualquer lugar, receia que possa ser o alvo do próximo acto violento, da próxima acção terrorista, da próxima chantagem nuclear ou da próxima agressão de grupos da criminalidade mundial organizada. Esta dife-

rença, a imprevisibilidade e a insegurança estendida à sociedade em geral, é um sinal da actualidade a ter em consideração quando hoje se fala em síndrome da catástrofe.

Outro aspecto a ter em conta na moderna conflitualidade é que o universo militar é actualmente muito mais restrito. Como já vimos, na época do serviço militar geral e obrigatório o recrutamento militar abrangia os cidadãos masculinos em geral e acabava por afectar, por arrastamento, a nação no seu conjunto. Esta era, então, um alvo indirecto da catástrofe da guerra e os militares o alvo directo. Agora as posições invertem-se, o alvo directo é a própria sociedade e são os militares que, por vezes, recebem o reflexo indirecto.

A tendência das sociedades modernas, com a profissionalização das instituições militares, em que se confere a um determinado grupo profissional específico o encargo de velar pela segurança da comunidade, é para pensar que o que se passa com os militares é lá com eles, só a eles diz respeito. Então as sociedades modernas, fora do restrito meio castrense, estão menos preocupadas com o que se passa com os militares, que estão em missões em longínquas partes do mundo. Por muito que os responsáveis políticos se esforcem por contrariar, a tendência actual das populações é para verem os militares como integrantes de forças multinacionais, cumprindo missões no estrangeiro que nada têm a ver com os interesses nacionais, enquanto as suas preocupações incidem no que se passa em casa, com ameaças de catástrofes que as afectam directamente dentro do território nacional.

A vida do dia-a-dia contribui para conferir uma certa lógica a este raciocínio. Portugal tem tido, nos tempos recentes, forças militares, forças da Guarda Nacional Republicana e elementos da Polícia de Segurança Pública a participar em acções que, de acordo com os modernos conceitos, podemos chamar de guerra, se bem que de um tipo especial de guerra, uma vez que são operações de manutenção da paz mas que, assumindo por vezes o carácter de operações de imposição da paz, os colocam em situações em que enfrentam perigos e, inclusivamente, o risco de vida. No entanto, se compararmos os números que ontem nos foram aqui apresentados sobre a sinistralidade rodoviária e sobre os incêndios, constatamos que as baixas de bombeiros ou de cidadãos indiferenciados ultrapassam em muito as dos nossos militares ou agentes policiais empenhados em operações no Iraque, no Afeganistão, em Timor, na Bósnia, no Kosovo, etc. Natural é, então, que a percepção geral da ameaça resulte, hoje, muito mais de catástrofes não militares do que de envolvimento armados.

São estas algumas notas, algo desordenadas, que me são sugeridas pelo panorama geral da grande mudança que a moderna conflitualidade introduziu na percepção da catástrofe da guerra.

4. Conclusão

Termino com a convicção de que se trata de um problema extremamente complexo. Com as actuais ameaças pendentes sobre a humanidade penso que o síndrome do *stress* pós-traumático da violência tem tendência para se agravar e para alastrar.

A maneira de o enfrentar inscreve-se na forma como devem ser encarados os grandes problemas da actualidade relacionados com a violência, no quadro de uma verdadeira cultura da paz. Não se trata de um termo vazio, porque há reflexões objectivas sobre esta matéria, que passam pela educação para a paz, pelo civismo, pela inclusão, pelo cosmopolitismo, pelo entendimento de que hoje as sociedades são compósitas, plurais. Se o espectro da guerra se ampliou e ultrapassa o quadro dos conflitos especificamente militares, então também o conceito da paz, não meramente na perspectiva negativa da ausência da violência, mas na perspectiva positiva de encontrar respostas para as causas da violência, deve ser ampliado. É por aí que tem de passar a forma de enfrentar as novas ameaças, que também têm causas objectivas e detectáveis e tanto contribuem para a psicologia da catástrofe. Mas esta é uma questão que ultrapassa o âmbito científico desta minha intervenção.

Muito Obrigado

Coimbra Setembro de 2006

A voz dos refugiados

VANESSA NEVES

Contextualização:

O Serviço Jesuíta aos Refugiados (JRS – Portugal)

O Serviço Jesuíta aos Refugiados (JRS) é uma organização internacional católica, fundada em 1980 pelo Padre Pedro Arrupe, superior geral dos Jesuítas que, face à situação dos vietnamitas – “*boat people*” – sentiu a necessidade de iniciar um trabalho com esta população que, para além dos problemas graves com que se deparava, era esquecida pela sociedade.

Tendo como missão/objectivo acompanhar, servir e defender os refugiados, deslocados à força e imigrantes em situação de grande vulnerabilidade, o JRS está actualmente presente em mais de 50 países do mundo, entre eles, Portugal.

No nosso País o JRS foi fundado em 1992, trabalhando até 1999 mais como instituição de retaguarda, na realização de campanhas de alerta para a problemática dos refugiados e deslocados à força. Actualmente, devido ao aumento dos fluxos populacionais, designadamente de imigrantes, e a falta de resposta efectiva às suas necessidades, o JRS concretiza uma intervenção directa junto desta população.

Refugiados

Foi na **Convenção de Genebra de 1951**, relativa ao estatuto dos refugiados, que foi definida a aplicabilidade do termo. Deste modo, para as Nações Unidas, são considerados refugiados aqueles que, em sequência dos acontecimentos ocorridos antes de 1 de Janeiro de 1951, se encontrem fora

do país de que têm nacionalidade, por receio de perseguição em virtude da sua raça, étnia, religião, filiação em certo grupo social ou opiniões políticas.

No sentido de colmatar a interpolação verificada na Convenção de Genebra de 1951, e procurando uma actualização contextualizada, foi redigido o **Protocolo de Nova Iorque de 1967**, relativo ao Estatuto dos Refugiados, que veio redefinir a aplicação do termo, alargando a acontecimentos posteriores a 1 de Janeiro de 1951.

Ainda assim, a definição de *refugiado* apresentada é considerada bastante restrita por muitas agências humanitárias, que defendem que ela deveria abranger também as pessoas que procuram asilo num país estrangeiro na sequência de guerras, conflitos, violação de direitos humanos ou catástrofes naturais que ocorrem nos seus países de origem. Neste sentido, o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados – ACNUR – tem vindo a alargar na sua prática o entendimento de *refugiado*, de modo a integrar estas realidades.

Tendo em conta o novo regime jurídico-legal em matéria de asilo e de refugiados, estabelecido pela Lei n.º 15/98 de 26 de Março, o refugiado goza dos direitos e está sujeito aos deveres dos estrangeiros residentes em Portugal, cabendo-lhe a obrigação de acatar as leis e os regulamentos, bem como as providências destinadas à manutenção da ordem pública. O refugiado tem ainda direito, nos termos da Convenção de Genebra de 1951, a um título de identidade comprovativo da sua qualidade, a atribuir pelo Ministro da Administração Interna.

Requerentes de Asilo

De acordo com a referida Lei n.º 15/98 de 26 de Março, entende-se por pedido de asilo o requerimento pelo qual um estrangeiro solicita a um Estado a protecção da Convenção de Genebra de 1951, invocando a qualidade de refugiado ao abrigo do Protocolo de Nova Iorque de 1967.

A garantia de asilo é dada aos estrangeiros e aos apátridas perseguidos ou gravemente ameaçados de perseguição em consequência de actividade exercida no Estado da sua nacionalidade ou da sua residência habitual em favor da democracia, da libertação social e nacional, da paz entre os povos, da liberdade e dos direitos da pessoa humana. Têm ainda direito à concessão de asilo os estrangeiros e os apátridas que, receando com fundamento ser perseguidos em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, opiniões políticas ou integração em certo grupo social, não possam ou, em virtude desse receio, não queiram voltar ao Estado da sua nacionalidade ou da sua residência habitual.

A concessão do direito de asilo confere ao beneficiado o estatuto de refugiado.

Os Refugiados no Mundo

As estatísticas mais recentes do ACNUR, alusivas a 2004, estimam que o número total de refugiados atinge os 9,2 milhões e o número de requerentes de asilo, ultrapassa os 800 mil. Atendendo a estes valores, verifica-se a seguinte distribuição, por continentes (quadro 1).

CONTINENTES	REFUGIADOS	REQUERENTES DE ASILO
ÁSIA	3 471 335	56 127
ÁFRICA	3 022 606	208 112
EUROPA	2 067 853	269 763
AMÉRICA LATINA E CARAÍBAS	36 190	8 109
AMÉRICA DO NORTE	562 252	291 000
OCEÂNIA	76 278	5 966
TOTAL	9 236 514	839 077

Fonte: ACNUR 2004.

Quadro 1 – Refugiados e requerentes de asilo em Dezembro de 2004, por continente.

Perante tais valores é possível verificar que os continentes que mais refugiados acolhem são, respectivamente, a Ásia e a África. Contrariamente, os continentes que mais pedidos de asilo recebem são a América do Norte e a Europa, sem, todavia, deferirem todos os requerimentos.

De facto, e relativamente à Europa, é frequente pensar que certos países europeus acolhem mais refugiados e requerentes de asilo do que quaisquer outros países do Mundo, o que não corresponde à realidade. De acordo com o Conselho Português para os Refugiados (CPR) a posição da União Europeia (UE) enquanto espaço de acolhimento, é a seguinte:

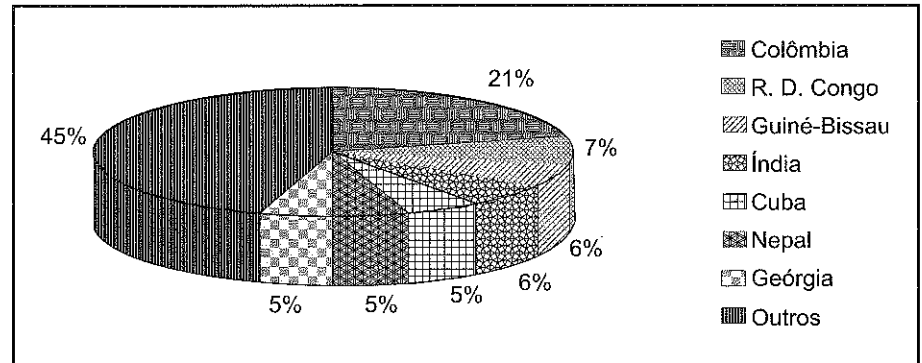
- Quando se calcula o rácio refugiados/habitantes (número de refugiados por 1000 habitantes) para todos os países de acolhimento, há apenas 5 países da UE entre os primeiros 40. O país da UE com o rácio mais elevado está em 10º lugar na lista mundial;
- Quando se calcula o rácio refugiado/PNB (número de refugiados por milhão de dólares do Produto Nacional Bruto), os países da UE situam-se entre o 40º e o 108º lugar;

- Quando os países são classificados apenas pelo número absoluto de refugiados e requerentes de asilo que acolhem, há apenas 6 países europeus entre os primeiros 40.

De facto, quer o padrão seja o número de habitantes, quer seja a riqueza nacional ou o número absoluto de refugiados e requerentes de asilo, pode concluir-se que, em relação a continentes como a Ásia e a África, a Europa assume uma quota inferior de acolhimento de pessoas com necessidade de protecção.

Os Refugiados em Portugal

Comparativamente com outros países da Europa, Portugal tem recebido poucos pedidos de asilo, havendo a registar uma quebra acentuada ao longo dos últimos anos (de 1659 pedidos em 1993, passou-se para 108 em 2005, segundo os dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras – SEF). Dos 108 pedidos de asilo, maioritariamente são de população colombiana, seguindo-se os habitantes da República Democrática do Congo, Guiné-Bissau e Índia.



Fonte: Conselho Português para os Refugiados.

Gráfico 1 – *Requerentes de asilo em 2005, em Portugal*

Considerando os 30 países industrializados com mais expressão em termos de asilo, a nível internacional, verifica-se que Portugal tem o menor número de pedidos (84 em 2004), valor em parte justificado pela excessiva burocracia e morosidade do processo. Os países com maior número de pedidos de asilo para o mesmo período, a nível mundial, foram a França (45 045), a Grã-Bretanha (28 785) e a Alemanha (28 006).

De 2001 a 2004 verificou-se uma diminuição do número de pedidos de asilo em Portugal, tendo aumentado, todavia, em 2005 (quadro 2).

2001	192
2002	180
2003	86
2004	84
2005	102
2006	100

Quadro 2 – *Requerentes de asilo desde 2001, em Portugal.*

Dos 100 pedidos de asilo feitos a Portugal no ano de 2006, apenas 6 foram aprovados, o que corrobora as dificuldades sentidas no reconhecimento das situações de perseguição, sentidas pelos requerentes, nos países de origem.

Refugiados – A saúde

Os requerentes de asilo têm direito a assistência médica gratuita durante a fase de avaliação do seu processo. Os refugiados usufruem depois dos mesmos direitos que qualquer cidadão português ou imigrante em situação regular.

Estudos realizados pelo ACIME, em conjunto com a Direcção Geral de Saúde, concluem que as doenças que mais frequentemente afectam os imigrantes são a tuberculose (com uma prevalência 3,5 vezes mais elevada do que nos portugueses), a SIDA e o alcoolismo. Outras patologias de risco são as do foro psicológico, especialmente depressões, e dermatológicas, sobretudo nos sem-abrigo. Rosário Farmhouse, directora do Serviço Jesuítas aos Refugiados – Portugal (JRS), em declarações ao ACIME, confirma que «Os problemas mentais afectam cada vez mais imigrantes, especialmente os oriundos de Leste». Neste contexto surge uma patologia recente, designada por *Síndrome de Ulisses* que, enquanto doença psicológica, poderá ser provocada pela solidão e sentimento de fracasso daqueles que deixam o seu país de origem à procura de uma vida melhor que parece estar longe de ser alcançada. Os sintomas psicopatológicos possíveis, associados a esta síndrome, estão relacionados com a ansiedade, nervosismo, insónias, irritabilidade, conduzindo a situações de depressão, apatia, cefaleias e até pensamentos de morte. Uma agravante desta doença do foro psicológico é o facto de não ser reconhecida pelos imigrantes que, entrando num mecanismo de autodestruição, negam estar doentes e necessitarem de ajuda.

“A voz dos refugiados”

A ilustrar a realidade vivida por muitos refugiados e requerentes de asilo, apresentam-se, de seguida, testemunhos reais daquelas que, por caminhos incertos, saíram dos seus países em busca de vida, em busca de paz.

«Ser refugiado é uma desgraça que chega sem avisar! Na minha terra era rica. Tinhas seis filhos, duas casas e cem vacas!»

Testemunho de uma Refugiada do Ruanda, a viver em Portugal

Porque não regressas?

«...compreendam que não é simples nem fácil evitar a memória do passado!

Não posso simplesmente esquecer a minha cultura tradicional, a minha tortura sentimental, os contos populares da minha infância, que nunca envelhecem nem morrem, sempre gravados na minha memória.

Tenho sentimentos normais, sofro para ter dignidade.

Por favor, não matem o meu coração partido!»

Testemunho de uma Refugiada da Etiópia

Corre, corre, corre

«...E então, ouve-se uma criança a gritar: - “Mãã, o que está a acontecer? Onde está o Papá? Porque estamos a fugir? Porquê? Porquê? Porquê?”.

E então desfazemo-nos em lágrimas e procuramos Deus. Não ouvês as pessoas a gritar e temendo o pior, as intermináveis perguntas? - “o que irá nos acontecer?”. Mas tudo o que nos respondem é: “Silêncio, silêncio, silêncio!”.

Testemunho de uma Refugiada da Bósnia

Perante tal panorama, e considerando a dimensão do fenómeno em estudo, não só em Portugal mas no Mundo, importa reflectir sobre as realidades vividas por um refugiado ou requerente de asilo, tanto no passado, como no presente, mas, sobretudo, naqueles que serão os seus passos no futuro.

BIBLIOGRAFIA

Sites:

- Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados – www.unhcr.ch
- Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas) – www.acime.gov.pt
- Conselho Português para os Refugiados (CPR) – www.cpr.pt
- Instituto Nacional de Estatística (INE) – www.ine.pt
- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos (OCDE) – www.oecd.org
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) – <http://www.sef.pt/legislacao.htm>
- Serviço Jesuíta aos Refugiados – Portugal (JRS) – www.jrsportugal.pt

Catástrofes Internacionais – Comentário Final

JOSÉ CARLOS NUNES MARQUES

A presidência de uma mesa redonda sobre Catástrofes Internacionais, no âmbito deste Encontro dedicado à “Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise”, cria uma especial responsabilidade ao protagonista do papel de presidente, já que, como médico-militar, deve assumir a dupla visão, médica e militar, do fenómeno da catástrofe e das suas consequências humanas, sociais e económicas, demonstrando preparação para promover o socorro necessário, da forma mais adequada às circunstâncias e, também, ser portador de conhecimentos e aptidões que só uma formação específica pode proporcionar.

A Mesa Redonda conta com a participação de quatro intervenientes, com valiosa intervenção na sociedade, já que todos se têm distinguido pelo trabalho realizado na respectiva área do saber, como profissionais e como cidadãos.

O tema, sobre o qual estas pessoas ilustres e experientes tratam, durante cerca de duas horas, levanta-nos interrogações sobre a nossa própria capacidade e preparação, a nível pessoal e como elementos integrantes de uma sociedade organizada, para dar resposta adequada às diversas situações de catástrofe com que podemos ser confrontados, enquanto indivíduos e como membros das instituições em que estamos integrados.

O Professor Francisco Orengo-Garcia, psiquiatra, presidente da Sociedade Espanhola de Psico-traumatologia e Stress Traumático, Professor Associado da Universidade Complutense de Madrid e Director Técnico da Unidade Psicossocial da General Direction for Women Affairs de Madrid, dá conta da sua experiência, mormente, enquanto coordenador e responsável do socorro de urgência às vítimas do horrendo ataque terrorista ocorrido em 11 de Março de 2004, nos comboios de Madrid.

O Professor Ilan Kutz, Director da Clínica de Trauma Agudo do Meir General Hospital, em Israel, Professor Convidado, na área do Trauma Psi-

cológico, em várias Universidades de Israel e dos Estados Unidos da América, reporta-nos a sua experiência, como médico na cena do conflito permanente que o seu país tem vivido e, também, como académico reconhecido mundialmente.

O Senhor Major-General Pezarat Correia, actor participante do processo de desenvolvimento da nossa democracia desde os primeiros momentos, distinto oficial general do Exército, especialista reconhecido na área da Estratégia, aborda o tema das catástrofes associadas às situações de Guerra que, ele próprio, também viveu nos teatros da nossa guerra colonial.

Finalmente, a Sra. Dra. Vanessa Neves, voluntária do Serviço Jesuíta aos Refugiados, com experiência de campo na área da educação, sendo actualmente a coordenadora pedagógica de um Projecto sobre Migrações do Serviço Jesuíta aos Refugiados, aborda uma das consequências mais terríveis dos conflitos e catástrofes, afectando em permanência milhões de seres humanos, refugiados das guerras quase contínuas e das catástrofes naturais que se abatem sobre a humanidade, sobretudo nas zonas mais pobres do globo.

Em associação às comunicações que dão corpo a esta mesa redonda, considere oportuno abordar, neste comentário, três aspectos com relevância para o tratamento do tema:

- A Lei de Bases da Protecção Civil (Lei n.º 27/2006, de 3 de Julho);
- O papel das Forças Armadas na resposta às situações de catástrofe;
- A formação específica em Saúde Militar.

A Lei de Bases da Protecção Civil

A Lei de Bases da Protecção Civil, recentemente publicada, constitui um documento clarificador do que são as actividades de protecção civil e do seu âmbito territorial, descrevendo quais são os seus objectivos e princípios e apresentando as definições dos principais conceitos associados.

Logo no seu artigo 3º apresenta uma definição de acidente grave e de catástrofe que vale a pena transcrever:

- *“Acidente grave é um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, susceptível de atingir as pessoas e outros seres vivos, ou bens ou o ambiente”.*
- *“Catástrofe é o acidente grave ou a série de acidentes graves susceptíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afectando intensamente as condições de vida e o tecido sócio económico em áreas ou na totalidade do território nacional”.*

No capítulo III, é esclarecido o enquadramento, coordenação, direcção e execução da política nacional de protecção civil. No capítulo IV, define-se a estrutura nacional de protecção civil, fazendo-se referência aos **agentes de protecção civil** (corpos de bombeiros, forças de segurança, Forças Armadas, autoridades marítima e aeronáutica, INEM e demais serviços de saúde, sapadores florestais) e às instituições e entidades a quem impende o especial dever de cooperação com os referidos agentes de protecção civil (Cruz Vermelha Portuguesa, Associações humanitárias de bombeiros voluntários, Instituto Nacional de Medicina Legal, Instituições de Segurança Social...). Finalmente, no capítulo VI, define-se a forma de pedir colaboração às Forças Armadas e as formas da sua colaboração nas actividades de protecção civil, remetendo, nas suas disposições finais, no capítulo VII, as actividades de protecção civil em estado de excepção ou guerra para a Lei de Defesa Nacional e Lei sobre o Regime do Estado de Sítio e do Estado de Emergência.

O papel das Forças Armadas na resposta às situações de catástrofe

Em relação ao papel das Forças Armadas na resposta às situações de catástrofe, devemos referenciá-lo à legislação já referida¹.

Na Lei 27/2006, está definida a participação de representantes do Estado-Maior-General das Forças Armadas na composição da Comissão Nacional de Protecção Civil, sendo as Forças Armadas qualificadas como agentes de protecção civil, definida a forma como pode ser solicitada a sua colaboração e, ainda, os tipos de colaboração que podem ser pedidos às Forças Armadas, nomeadamente:

- Acções de prevenção, auxílio no combate e rescaldo em incêndios;
- Reforço do pessoal civil nos campos da salubridade e da saúde, em especial na hospitalização e evacuação de feridos e doentes;
- Acções de busca e salvamento;
- Disponibilização de equipamentos e de apoio logístico para as operações;
- Reabilitação de infra-estruturas;
- Execução de reconhecimentos terrestres, aéreos e marítimos e prestação de apoio em comunicações.

O emprego de meios das Forças Armadas em actividades de protecção civil carece da autorização do Chefe do Estado-Maior-General das Forças

¹ Lei n.º 27/2006, de 3 de Julho, Lei de Defesa Nacional, Lei sobre o Regime do Estado de Sítio e do Estado de Emergência.

Armadas, permanecendo as forças e elementos empregues sob a cadeia de comando das Forças Armadas, satisfazendo, no entanto, a necessária articulação com os comandos operacionais da estrutura de protecção civil.

Merece ainda referir, pela frequência infeliz de acidentes graves e catástrofes internacionais, que a decisão de colaboração de meios nacionais, ao abrigo de acordos ou convenções internacionais estabelecidos, pertence à direcção política, devendo a Comissão Nacional de Protecção Civil articular-se com o Conselho Nacional de Planeamento Civil de Emergência.

A formação específica em Saúde Militar

Por último, uma referência ao plano de formação específica em Saúde Militar, essencial à qualificação do pessoal de saúde das Forças Armadas que inclui, provavelmente, vários módulos formativos interessantes para a formação complementar de elementos de outros *agentes de protecção civil*.

A experiência vivida nas operações militares em que as Forças Armadas portuguesas participaram, desde o início da década de 90, ajudou a consolidar um currículo de Saúde Militar², adequado à preparação dos profissionais de saúde militar para actuar nos teatros de operações actuais. Das onze áreas identificadas³, apenas um número reduzido poderá ser considerado, talvez, menos necessário à preparação dos elementos que prestam apoio urgente e agudo às situações de catástrofe (por exemplo: a Saúde Oral, o Apoio Sanitário de Campanha, a Administração em Saúde...). Na realidade, a diversidade de acidentes graves e a sua localização no globo tornam necessário habilitar os prestadores de socorro com formação e treino adequados.

Resta-nos desejar que se fortaleça o sinergismo e articulação entre as entidades integradas no sistema nacional de protecção civil de forma a permitir melhor formação e treino, a utilização racional dos equipamentos existentes e a realização de operações de socorro com a eficácia desejada por todos.

Coimbra, 22 de Setembro de 2006

² Gomes, A A F. Importância da formação pós-graduada em Saúde Militar. Revista Militar, 58º volume, n.º 8/9. Agosto/Setembro de 2006

³ Medicina Preventiva, Medicina Ambiental, Medicina NRBQ, Prevenção e Tratamento do Stress de Combate, Medicina Tropical, Medicina de Emergência e Trauma, Medicina de Catástrofe, Saúde Oral, Logística Sanitária, Apoio Sanitário de Campanha e Administração em Saúde.

O PAPEL DOS *MEDIA* NA CRISE

JOÃO FIGUEIRA
ADELINO GOMES
JOAQUIM REIS
ALICE DA SILVEIRA E CASTRO
LUIZ GAMITO

Os *Media* em situações de catástrofe

JOÃO FIGUEIRA

Foi-me proposto que abordasse “O papel dos media em situações de catástrofe”. Pois bem, a primeira questão que, desde logo, há que colocar é esta: estamos a falar da função ou estamos a falar do desempenho? São coisas diferentes. Ou estaremos a falar das duas coisas?

No caso da última grande catástrofe, por exemplo – pelo menos a mais mediatizada (Katrina) – dois jornais de Nova Orleães, *Sun Herald* e *The Times Picayune*, mesmo com as respectivos edifícios afectados pelo furacão continuaram a fazer jornalismo, razão pela qual foram distinguidos, posteriormente, com o Prémio Pulitzer de Jornalismo de Serviço Público, pelo papel de resistência e tenacidade que desempenharam.

A mesma catástrofe proporcionou um Pulitzer de fotojornalismo de actualidade ao jornal *Dallas Morning News*, pelas 20 imagens de dor e desespero de pessoas que perderam tudo.

Recordados muito sumariamente estes exemplos, observamos que os dois casos tipificam papeis diferentes face à catástrofe. Os jornais de Nova Orleães, mantendo-se em actividade, deram um exemplo de resistência à adversidade, ao mesmo tempo que usaram os respectivos sites na Net para ajudar a população a encontrar familiares desaparecidos ou para saberem as novidades sobre a recuperação dos locais devastados. O Jornal de Dallas, alheio ao jornalismo de proximidade dos outros dois diários, pelo menos neste caso, publicou um conjunto de fotos que mostravam a imagem de destruição da cidade e a dor das pessoas afectadas.

Em ambos os casos, no entanto, em consequência da mediatização do acontecimento, à catástrofe real e sofrida, juntou-se a tragédia mediática, por força da sua cobertura noticiosa, o que faz com que, muitas vezes, esses acontecimentos, fruto da sua narração também toquem os que a ele assistem à distância. Ora, são justamente estas catástrofes que mais nos afectam

justamente porque ficamos expostos à sua visão, à sua narratividade, e cujas imagens são quase sempre repetidas até à exaustão.

Só assim se explica, aliás, que apenas um número reduzido de pessoas tenha presente os dois maiores acidentes ocorridos, em Portugal. Refiro-me ao desastre ferroviário de Alcaface – ironicamente ocorrido a 11 de Setembro (1985) – onde morreram várias dezenas de pessoas e à queda do avião da TAP, no aeroporto da Madeira, em 1977. Ambos os acontecimentos ficaram-se, essencialmente, por tragédias impressas, pela simples razão de que a TV esteve ausente deles, nos termos em que hoje é usual a sua presença e influência. Daí, portanto, que sejam acontecimentos pouco presentes na nossa memória colectiva.

Actualmente, como se sabe, o panorama é bem diferente. A Televisão é hoje o meio dominante no universo mediático, cumprindo, com elevada frequência, o papel de voyeur, mas, sobretudo, sendo capaz de dar à informação o carácter de espectacularidade que nenhum outro meio de massas consegue. E essa dimensão de espectáculo é hoje, mais do que nunca, levada a patamares notáveis, fruto dos meios técnicos e tecnológicos disponíveis. Se a esses aspectos juntarmos a ideia da transmissão em directo, facilmente observaremos que a TV influencia a nossa visão e interpretação dos acontecimentos, ao mesmo tempo que ela própria influencia e determina a evolução dos acontecimentos subsequentes à catástrofe, porque funciona como personagem da estória, do acontecimento de que ela se tornou parte central, com a vantagem de o acontecido poder, através dela, TV, acontecer vezes sem conta.

Porque quando a Televisão mostrou a derrocada das Torres Gémeas deu-se aquilo a que podemos designar como a coincidência entre a narrativa e a acção. Isto é, o tempo do acontecimento, o tempo da informação e o tempo de leitura ou do espectador coincidiram. Mas quando, posteriormente, o tempo da emissão, embora ainda em directo, já não é o do acontecimento, mas o da sua repetição até ao infinito, o efeito do processo comunicativo, mais do que o de informar, é o de emocionar, ou seja, visa fundamentalmente provocar emoções no receptor das mensagens.

E aqui levanta-se um problema interessante, ao nível da narratividade. No caso das Torres Gémeas o inimigo, o causador da catástrofe depressa foi definido. E daí, porventura, o tom conciliador nas semanas que se seguiram, entre o discurso jornalístico e o discurso do Poder político, ao ponto de alguma imprensa suscitar a possibilidade de o mayor Giuliani poder candidatar-se, a título excepcional, a um terceiro mandato. Agora no caso das catástrofes naturais – entre 1990 e 1999, segundo dados das Nações Unidas, mais 880 milhões de pessoas morreram vítimas de catástrofes naturais – há como que uma impossibilidade de apontar de imediato inimigos, bodes expiatórios, uma vez que hoje já não entendemos, pelo menos no Ocidente,

esses acontecimentos como sinais divinos. O que, do ponto de vista da construção narrativa, implica algumas limitações ao nível dos planos do conflito e da própria forma maniqueísta de contar a estória, como tantas vezes sucede.

Agora há algo que é preciso dizer e perceber: a catástrofe, pelo efeito de surpresa que a caracteriza, ou seja, tratando-se de um acontecimento de grandes dimensões que rompe de forma brutal com a rotina estabelecida, logo com a agenda informativa, e também pelas enormes consequências que provoca – quase sempre um número apreciável de mortes e prejuízos incalculáveis – assume-se como um cenário apetecível para Televisão. Fundamentalmente por duas ordens de razão: pelas audiências que suscita e pela mistura de emoções que provoca (prazer, medo, enlevo, repulsa, compaixão e dor). É curioso notar, a este propósito, que a primeira vez que a SIC liderou o share de audiências foi com o funeral do piloto brasileiro Ayrton Senna, em 1994.

Mas recentremos, de novo, a atenção no tema desta sessão. Isto é, na atitude dos Media em situações de catástrofe. Aquilo que o tema proposto visa na sua conceptualização, a meu ver, é observar a questão de forma aberta e alargada ao espectro mediático, o que significa falar de mim face ao outro e em função dele. Por outras palavras, temos de interpretar os comportamentos e opções no interior de um espaço altamente concorrencial e competitivo e que já não se circunscreve apenas aos tradicionais órgãos de comunicação. Lembremo-nos, por exemplo, que as primeiras imagens sobre os atentados no metro de Londres foram tiradas por telemóveis de simples cidadãos e que o Tsunami de 2004 foi captado pelos vídeos de alguns turistas. Isto remete, em última análise, para a ideia de mercado livre das imagens, num mundo onde todos querem ver tudo e onde já ninguém consegue esconder nada de ninguém.

E todavia há momentos de grande dúvida. O jornal dos EUA que pela primeira vez publicou a foto do homem em queda das Torres Gémeas, não o fez sem antes ter discutido muito a questão. Assim como os responsáveis da RTP, TVI e SIC acordaram entre eles não dar planos apertados da recolha do autocarro que caíra na ponte de Entre-Os-Rios. (Isto, sem prejuízo de um dos directores de uma daqueles canais ter escrito mais tarde que fora obrigado a manter a estação no ar, por causa da concorrência, num local onde já não havia informação).

Eu dizia há pouco que a catástrofe é algo que corta de forma brutal e inesperada a rotina diária. Pois bem, isso significa que é um acontecimento que desafia a capacidade de resposta dos Media. E é nesta medida que eles próprios se avaliam e comportam face aos concorrentes, porque o público, as audiências, procuram e seguem aquele que lhe der o que ela, audiência, mais quer ver.

Daí, a observação de muitos deslizes e escorregadelas deontológicas, motivadas pelas mais diversas razões: impreparação, precipitação, pressão das chefias, vontade de protagonismo, etc, etc, etc. No caso português de Entre-Os-Rios, alguns jornalistas comentavam entre si a pressão enorme a que estavam submetidos. Por um lado, estavam obrigados a conviver com a dor e o luto das pessoas no cenário em que trabalhavam e sem esquecer o respeito que tudo isso lhes merecia; mas por outro lado, sentiam a necessidade de responder aos desejos editoriais dos seus chefes directos.

Por todas estas razões que de forma muito resumida aqui aponto, entendendo que quando falamos do papel dos media em situações de catástrofe ou de crise, não podemos olhar e, muito menos, ver, esse comportamento como se estivéssemos a falar dos Media como uma entidade única, sujeita a uma só atitude. Do ponto de vista da cidadania e até do Jornalismo Cívico, que é uma corrente jornalística nascida nos EUA caracterizada por ter uma agenda centrada nos reais interesses das comunidades a que se dirige, os Media, nestas situações, são eles próprios personagens inseridos e tocados pela catástrofe. Isto é, são agentes activos que sofrem e se solidarizam com as vítimas, mas que, por outro lado, desempenham a função moralizadora da recuperação, representando, simultaneamente, o discurso incentivador do Poder, ao mesmo tempo que oferecem o espaço mediático à necessária catarse dos atingidos e sofredores.

Contudo, como bem se sabe, nem sempre é este o cenário dos Media. Desde logo porque nem todas as catástrofes ou tragédias são mediatizadas. Dos genocídios na Serra Leoa, por exemplo, como dos actuais dramas que se vivem em Darfur, fruto da guerra civil que há três anos assola o Sudão, pouco ou nada se mostra e fala. E como estes muitos outros pelo mundo fora. O que, desde logo, impõe uma pergunta: quais as razões que levam uma dada situação de morte em larga escala não ser notícia e não estar na primeira linha da agenda informativa? Uma resposta rápida e simplista diria que tal silêncio mediático deve-se ao factor distância, embora seja necessário dizer a que ponto geográfico concreto nos referimos quando falamos em distância.

É evidente que todos os acontecimentos são avaliados por aquilo a que na gíria jornalística chamamos de valor/notícia. E a proximidade, assim como a identidade cultural, são dois factores importantes nessa avaliação. (Daí, não resistir a citar a célebre “Lei de Mc Lurg”, sem valor científico, mas com um cunho irónico que alguns manuais de jornalismo não resistem a citar, que estabelece uma escala graduada de noticiabilidade relativa para os desastres: “Um europeu equivale a 28 chineses, dois mineiros galeses equivalem a 100 paquistaneses”).

Caricaturas à parte, aquilo que pretendo deixar claro é que a escolha dos temas, assim como dos ângulos de abordagem, obedece a um complexo

processo de escolha, reflectindo comportamentos nem sempre unívocos e, muito menos, lineares.

Mas também é bom que fique clara a ideia de que sem a presença dos Media, independentemente dos comportamentos que eles assumem, tudo seria bem pior. Será que o day-after de Entre-Os-Rios teria sido como foi se os Media não o tivessem colocado durante tanto tempo no seu centro de atenções? E que dizer do rumo de Timor Leste que após anos e anos de resistência, o seu destino foi sacudido, como nunca antes, após a divulgação pela TV das imagens do massacre do cemitério de Santa Cruz?

Por último, mas não menos importante, os Media, com a televisão à cabeça, podem, ainda, ser um elemento de reconforto e de libertação ou reparação de emoções. Frank Ochberg, especialista em lidar com vítimas de violência, refere num manual para jornalistas que estes, “se interromperem uma entrevista unilateralmente porque a acham perturbante ou incorrecta” estão, no fundo, a dizer e a assumir que os seus entrevistados querem parar e, nessa perspectiva, estão a “revitimizar a vítima”.

O crítico de TV, Eduardo Cintra Torres, refere no seu livro, “A tragédia televisiva”, uma investigação inglesa, segundo a qual “as vítimas têm alguma ansiedade quando os jornalistas as entrevistam, mas também experimentam um acréscimo geral de auto-estima”. Um outro estudo, igualmente referido por Cintra Torres, conclui que “a maior parte dos sobreviventes ou familiares” de pessoas expostas a situação traumáticas “queria que o público soubesse acerca dos seus entes queridos e via as entrevistas como um meio de assegurar a correcção e para lhes permitir libertar as suas emoções”.

O mais curioso, nos estudos mais divulgados sobre esta matéria, é que as pessoas criticam mais a Imprensa, sobretudo a sensacionalista, do que o trabalho das televisões. Independentemente, porém, das diferentes atitudes dos Media, como sublinha ainda Cintra Torres, há estudos empíricos que afirmam que os sobreviventes de situações traumáticas dizem estar “preparados para serem entrevistados se as histórias tiverem por objectivo expor as fragilidades e negligências humanas que tenham contribuído para grandes desastres e, assim, minorar o perigo de tais desastres voltarem a acontecer”.

Pelo menos neste aspecto, cidadãos e Media caminham de mãos dadas. O problema é quando, ainda no fragor do desastre ou da catástrofe, já estão a fazer julgamentos públicos e condenações populares, como se a lógica mediática na cobertura desses acontecimentos tenha de ser construída à maneira das antigas tragédias gregas.

Catástrofes: Reflexões de um Jornalista (I)

ADELINO GOMES

Queria começar por duas notas que são de algum modo rectificativas, mas que acho interessantes, pois têm a ver com o que está no fundo de tudo aquilo que estamos aqui a discutir.

Estamos aqui a discutir o comportamento dos *media* em relação à realidade que nos envolve: como é que os *media* se comportam e no fundo a devolvem ao consumidor, aos seus leitores, aos seus concidadãos.

Os *media* tentam traduzir aquilo que julgam ver em palavras que pretendem reconstituir o que se passou. E ao utilizarem esse código começam logo por se confrontar com a dificuldade de o utilizar bem para que ele seja bem descodificado.

Há duas pequenas rectificações que gostava de fazer e que têm a ver com esta dificuldade em a gente entender-se. Referem-se a uma coisa tão simples como o meu próprio currículo. Em 1º lugar eu fui apresentado como “referência paradigmática na cobertura jornalística portuguesa de conflitos armados”. É muito simpático e agradeço aos organizadores chamarem-me tudo isso, mas na verdade isso poderia eventualmente ter alguma base se por acaso houvesse “cobertura sistemática de conflitos armados”, em Portugal.

Ora, eu, precisamente, defendo a tese de que não há jornalismo de guerra em Portugal – por variadíssimas razões, e não vamos aqui discutir isso, mas realmente não há. Nós fazemos assim uma espécie de surtidas – agora cada vez mais raras, na medida que cada vez temos uma crise maior empresarial – aos acontecimentos e ao real.

Durante muito anos, no tempo de Salazar e Caetano, fazíamos surtidas eminentemente desportivas, aos campeonatos do mundo de futebol e de hóquei em patins. Continuámos a fazê-las com a democracia. Mas provavelmente só em 1990 é que o sistema de comunicação social – as rádios, as televisões e os jornais – estiveram juntos num grande acontecimento que foi a segunda guerra do Golfo, aquando da invasão por Saddam Hussein do

Kwuit. Só ai é que podemos dizer que o sistema jornalístico português esteve num acontecimento de guerra.

Eu, que vou tendo algumas dezenas de anos de profissão (comecei em 1966), por razões de inerência etária estive em vários sítios, realmente, onde houve situações de conflito. Mas se formos a ver os sítios onde eu estive e a frequência com que estive, nem sequer a simpatia dos organizadores pode autorizar que eu seja apresentado como “referência paradigmática da cobertura de acontecimentos de conflitos armados”.

Depois fui apresentado como doutor em sociologia. Sou um simples doutorando em sociologia. Mas devo esclarecer que nem sequer sou licenciado, e que portanto não tenho direito sequer ao “Dr.” que aqui há sempre tendência para utilizar.

Dito isso, queria ainda fazer mais uma nota; algumas pessoas presentes conhecem-me, até porque tivemos relações próximas, inclusive estivemos no lugar que referirei na minha intervenção – Timor. Queria chamar-vos a atenção – escrevo hoje no *Público* sobre isso –, para um filme que vai passar hoje na RTP, uma mini-série cujo segundo episódio vai passar amanhã e que tem vai de encontro à temática de que aqui falamos – o Stress Pós Traumático de Guerra.

É uma história interessantíssima para a parte que nos ocupa aqui – especialmente no segundo episódio, amanhã. A história começa na altura do recenseamento, em Maio de 1999. Passa-se numa pequena unidade da Polícia da ONU junto da fronteira. Três polícias que são, digamos, os heróis brancos desta história, regressam às suas terras, dois a Melbourn e o outro a Montreal, terminada a missão que, como sabem, teve um fim abrupto quando a ONU mandou evacuar o seu *staff* da UNAMET, cercada pelas milícias.

No episódio de amanhã, um dos polícias começa a beber e suicida-se poucas semanas depois de ter regressado; a um outro, o seu casamento entra em crise; e o terceiro, uma policia franco-canadiana, rompe o noivado com outro polícia, seu chefe.

Dois dos polícias, o australiano e a canadiana, regressam a Timor e encontram-se no mesmo sítio onde haviam estado meses antes, impelidos por um sentimento a que lhes foi impossível resistir – o sentimento de culpa, culpa por terem saído –, e por uma vontade de reencontrar as pessoas com quem tinham trabalhado e que desconfiam estarem mortas, mas a quem prometeram protecção em nome das Nações Unidas. Não aguentam o aguilhão da culpa e regressam lá.

Eu acho interessante chamar-vos a atenção, primeiro porque o filme é interessante; e depois, porque Timor, infelizmente, está de novo em crise; e, por fim, porque encontrei naquela vergonha, naquele sentimento de culpa,

naquele sentimento de responsabilidade pelas promessas que não são cumpridas, pedaços, fragmentos da minha própria história pessoal quando andei nalguns desses conflitos por aí.

O jornalista é sempre visto como alguém que pode pelo menos levar o lenitivo e dar voz àqueles que não têm voz. Aqueles que encontramos em situação de sofrimento, por vezes insuportável, quando nos vêem olham para nós como o médico da alma; olham para nós como alguém que lhes dá um pouco de humanidade; alguém que levará aos outros a história daquele sofrimento. E isso é de algum modo um lenitivo.

Às vezes trocamos notas, trocamos cartões, fazemos promessas. Pedem-nos muitas coisas e nós prometemos quase sempre tudo. Estive a tentar escrever num papel as pessoas, não digo a quem prometi, mas realmente as pessoas com quem estive em situação de tremendo sofrimento, – é um rol imenso. Embora depois, talvez, ficassem admirados se eu vos dissesse quais dessas situações eu considero as mais violentas. Não são, longe disso, as situações – e houve algumas –, em que havia as balas que passavam por cima da nossa cabeça. São situações muito mais profundamente sofridas, aquelas em que nós encontramos um homem, uma mulher, uma criança, simplesmente.

Uma das últimas, foi uma criança de 12 anos, no Afeganistão, junto da fronteira com o Paquistão. Há 12 dias que errava pelo Afeganistão. Com as imagens da cabeça da irmã separada do corpo e do pai que lhe tinha pedido que o auxiliasse e a quem ele levou numa carroça até que ficou cadáver. Uma criança que erra pelo país à procura de uma família porque está sozinha no mundo – a mãe, o pai, os irmãos, sobretudo aquela irmã, morreram.

Eu encontrei-o, conheci-o no momento em que ele tinha acabado de ver uma senhora que entrava com os seus cinco filhos e marido num campo de refugiados que se situava exactamente na linha de fronteira, do lado do Paquistão. A quem ele, em desespero, se dirigiu: “Tia (eles tratam as pessoas mais velhas, como nós, por tio e tia), tia posso ficar contigo?”

E essa mulher, que fugia com cinco filhos e que já vinha de centenas de quilómetros de distância, olhou para ele e sentiu vontade, num primeiro impulso (disse-mo ela própria, mais tarde) de responder-lhe que não, porque já tinha cinco filhos e não tinha casa, pois ia a caminho de uma tenda num campo de refugiados. Ao contrário, porém, respondeu: “Mas claro, filho, vem comigo”. Esse menino, que se chamava Amin, no 12º dia reencontrou finalmente e novamente a humanidade.

Esta é, para mim, uma história que não precisa dos tiros que também a acompanharam e aliás determinaram. Mas os tiros estão antes. Há coisas a montante e a jusante das histórias e esse é, por vezes o lado mais profundamente sofrido da realidade.

Penso que nós jornalistas talvez sejamos um pouco como esses polícias que foram para a missão em Timor (o filme de logo à noite na RTP mostra-o) porque precisavam de dinheiro – a mulher lindíssima que faz de polícia canadiana foi para a missão porque precisava de pagar a prestação da casa.

Quantos de nós médicos, juizes, advogados e jornalistas não fomos cooperantes no estrangeiro para pagar a renda da casa ou para fugir um pouco de uma situação familiar que correu mal? Pois bem, essa mulher que saiu do Canadá para pagar a prestação da casa, acaba por voltar a Timor porque foi agarrada verdadeiramente por uma situação profunda.

Então, eu penso que nós somos um pouco uns caixeiros-viajantes da desgraça alheia: compramos ali para vender além; compramos onde há sofrimento para vender a outros, que estão fora do sofrimento, um pouco do retrato desse sofrimento.

E já agora outra similitude, agora com os militares, e que me faz pensar muito na profissão e nas exigências da profissão. Um militar não precisa de ser general, basta ser capitão ou por vezes alferes, comandante de um pelotão, comandante de uma companhia em teatro de guerra, para ser um homem todo-poderoso. Como o jornalista que por acaso era eu, que estive um dia, que por acaso era 25, num mês que por acaso era Abril, no ano de 1974, ao pé de um homem que era capitão, e esse homem, simples Capitão, vindo de uma terra de província chamada Santarém, em poucas horas de acção, entre as 10 da manhã e as 7 da tarde, acabou com um regime de 48 anos.

Eu penso que estes homens, profissionais da imprensa, pelo simples facto de terem uma caneta, um microfone, de se apresentarem com uma câmara, têm o poder dissuasor do canhão do Salgueiro Maia. Foi com uma caneta que dois recém estagiários norte-americanos vindos do *Washington Post* apearam Nixon, presidente do país mais poderoso do mundo.

Trata-se de um poder imenso, poder extraordinário que é ao mesmo tempo um privilégio. O jornalista, sobretudo o repórter – o tal que está na frente ao lado do quartel do Carmo junto de Salgueiro Maia –, está a ver a história a escrever-se em primeira mão. Faz o primeiro resumo, o primeiro borrão da história. Com erros, porque o escreve ali.

Eu chamo ao repórter um ungido dos deuses, no sentido em que realmente ele pode ver a história a escrever-se. Mas isso implica uma enorme responsabilidade, quer dizer, um enorme privilégio.

Há uma frase atribuída aos pára-quedistas que, na altura do 25 de Novembro, terão ido ter com Otelo Saraiva de Carvalho e lhe disseram: “Meu general, tem aqui 20 mil balas por minuto”. Eu acho que o jornalista, visto que tem esse poder de dissuasão, tem 20 mil responsabilidades por minuto em cada palavra, em cada frase, em cada história que conta e na qual quantas vezes, oh quantas vezes!, se engana ou não é rigoroso.

João Figueira contou-nos há pouco uma história – anedótica mas que eu acredito real, porque muitas vezes isso acontece – dos mortos que não chegam para o investimento que os jornais fizeram.

Evidentemente, é preciso sermos também rigorosos nisso. Já agora, conto uma história – essa anedótica, mas eu julgo que coisas parecidas têm acontecido. Trata-se, digamos, do 8 do 80 de que o João Figueira falou. Tem a ver com a incapacidade de ligar as coisas, apreendendo-lhes o seu significado profundo. Que às vezes está bem à vista, mas nós não enxergamos por nos faltarem instrumentos de descodificação mínimos para o apreender. No caso, falta ao herói desta história saber o que é notícia. Às vezes, tantas vezes, faltam os conhecimentos mínimos que lhe permitem perceber (e só percebendo se pode explicar) quem é a personagem, o que é o conflito, de que problema se trata.

A história é a do jovem repórter que no seu primeiro dia de redacção é mandado fazer a notícia de um casamento de gente ilustre e uma hora depois surge, desanimado, na redacção, para ouvir o chefe perguntar-lhe:

- Então, e esse casamento?
- Não houve casamento, responde ele.
- Não houve? Então o que é que se passou?
- Caiu o tecto, morreram todos, não houve casamento, não há notícia.

Catástrofes – Reflexões de um Jornalista (II)

JOAQUIM REIS

Este depoimento baseia-se na transcrição da minha intervenção aquando do encontro científico sobre “Psiquiatria de Catástrofe – intervenção na crise” promovido pelo Hospital Militar de Coimbra, entre 21 e 23 de Setembro de 2006.

Convidado pela médica Dr.^a Luísa Sales a substituir um palestrante que não podia estar presente, foi-me pedido que desse testemunho de situações vividas enquanto jornalista. Adepto do falar sem rede, não preparei qualquer texto, tendo optado por uma intervenção que decorreu ao sabor do momento e à velocidade da memória. Assim, torna-se necessária esta adaptação da “transcrição” pois, faltando a esta as pausas, interjeições, gestos e demais muletas próprias da oralidade, difícil seria ao leitor a sua compreensão.

Confesso, como afirmei na altura, ser preocupante que enquanto substituto de última hora, tenha ficado sentado ao lado do jornalista Adelino Gomes. Precisamente o responsável, era ele então director de informação da Radiodifusão Portuguesa, por me ter enviado pela primeira vez para um teatro de conflito, o Ruanda.

Os meus camaradas da redacção de Coimbra da RDP deram uma ajuda à decisão, pois andavam sempre a dizer ser eu um tipo completamente “doido dos carretos”, que até tinha ido voluntário para os Comandos, que tinha metido contrato na tropa, que tinha sido Alferes e que se aguentaria “à bronca” em situações difíceis.

Na véspera de eu partir, em reunião conjunta com o jornalista Sena Santos, editor da manhã informativa da Antena 1, o Adelino Gomes dá-me um “recado”. Eu ia para o Ruanda para descobrir e contar as histórias das pessoas que é o que interessava conhecer e não para me meter em problemas até porque a RDP dispensava heróis.

Durante toda a viagem de Lisboa a Kigali, via Bruxelas, o “raio” desta conversa não me saiu da cabeça. Questionava-me mesmo como é que iria conseguir, evitando os problemas, fazer uma reportagem de guerra.

É necessário fazer aqui um reparo. Não sou repórter de guerra, sou repórter! Um repórter que tanto faz as conferências de imprensa dos senhores presidentes das câmaras a queixarem-se dos senhores Secretários de Estado e vice-versa, como, pontualmente, tem o privilégio de ir a sítios mais excitantes como o Ruanda, o ex-Zaire ou Gaza.

O que, enquanto repórter, me leva a ser eterno voluntário e a ir para zonas de conflito, não é qualquer prazer mórbido em ver sofrer. O escuteiro que fui desde tenra idade, e que ainda sou, não consegue estar sentado de braços cruzados ao lado de seja quem for que precise de ajuda. Este é, aliás, um dilema do “arco-da-velha”. Como é que alguém que enquanto repórter não deve atrair sobre si as atenções, pode/tem de compactuar com situações que, em circunstâncias normais, numa das nossas praças públicas, o levaria a intervir, dando duas palmadas no agressor, entregando-o à polícia e socorrendo a vítima levando-a para o hospital? Se calhar faz exactamente o mesmo que faria em qualquer outra circunstância. Não compactua. Não fica impávido. Não dá é as duas palmadas; provavelmente prontifica-se a recebê-las e ajuda quem necessita ou, pelo menos, tenta-o até à situação limite da ameaça à sua própria vida.

Há no panorama internacional um jornalista muito conhecido e que por uma das suas reportagens foi mais do que falado. Trata-se do português Mário de Carvalho, repórter de imagem da norte-americana CBS. Já há muitos anos, aquando de um terramoto na Guatemala, uma menina de tenra idade ficou presa nos escombros, com água até ao queixo. As equipas de socorro injectaram água quente a ver se a aguentavam, mas a menina acabou por morrer. O caso é mais do que conhecido. Há uma fotografia que se tornou o ícone daquele momento e que valeu ao seu autor o Pullitzer. Questionado na altura da entrega do prémio, o fotojornalista referiu que se alguma coisa tivesse feito de diferente, talvez que fosse o mesmo que o repórter da CBS, Mário de Carvalho, o qual, a páginas tantas, considerando que já chegava de filmar a tragédia alheia, pousou a câmara e como os bombeiros e socorristas eram poucos e já estavam cansados, foi ajudar.

Creio ser este um dilema muito forte que se coloca ao repórter. A menos que não seja humano, a questão coloca-se. Como é que eu posso ajudar? Até onde é que eu posso ou não ajudar? Nestas situações de estar num terreno de conflito, com dificuldades de comunicação com os outros, levantam-se sempre casos que mexem com qualquer pessoa.

Ora, estou eu no Ruanda, com a recomendação para não me armar em herói, quando caí numa daquelas situações que me tinham dito para evitar – uma emboscada. Como o caso se passou só comigo e como falar sobre ele não aquecia nem arrefecia a matéria informativa, decidi nada dizer, não fosse alguém afirmar que andava era armado em herói a fazer reportagens em causa própria.

Em 96, dois anos após o massacre de cerca de um milhão de Tutsis, os Hutus refugiados no ex-Zaire, perante a guerra civil que opunha Kabila a Mobutu, começam a regressar ao Ruanda. O exército ruandês, afecto aos Tutsis no poder, está em pé de guerra. Os guerrilheiros Interhamwe, extremistas Hutus, infiltram-se pelas fronteiras. A sul, o Burundi sofre o embargo das Nações Unidas, mas é voz corrente em Kigali que o embargo não é respeitado. Comenta-se na capital ruandesa que a cancela da fronteira entre os dois países, só estava fechada enquanto andavam por perto os inspectores da ONU que ali se deslocavam, para inspecção, duas vezes por dia. Assim que eles se retiravam, tudo e todos atravessavam a fronteira.

O Ruanda é um país muito pequeno, confinando a sua fronteira oeste com o lago Kivu, um dos grandes lagos da África Central. Do lado ruandês deste lago existe selva, a floresta tropical de Nyangwe. O caminho mais curto para chegar à fronteira sul é precisamente através desta floresta. Só que a picada que atravessava Nyangwe, a partir de determinada posição, estava interdita à circulação. O motivo, dizia-se, eram os guerrilheiros Interhamwe que por ali se infiltravam no Ruanda. Atravessavam o lago Kivu de canoa, disseminando-se na selva um pouco por todo o lado.

Após muita conversa, consegui convencer um jovem capitão ruandês, que poderia ser foto de cartaz de recrutamento dos boinas verdes norte-americanos, a deixar-me integrar na sua companhia, que ia atravessar a floresta. Para tanto, tive que assinar um papel que me comprometia em nome da Radiodifusão Portuguesa a eximir toda a gente de qualquer responsabilidade. É óbvio que o recado dado em Lisboa não me saía da cabeça, sendo mesmo a única coisa que verdadeiramente me preocupava.

Estamos então na picada. Já tínhamos percorrido uns 20 quilómetros em pouco menos de uma hora quando, lembro-me, há um momento em que paramos para ver um pequeno aquartelamento com o efectivo de um pelotão, que ficava entalado entre a picada e a floresta.

Voltámos à picada e não teríamos andado mais de cinco quilómetros, quando tornamos a parar. Há quem desconfie da existência de minas. O grupo da viatura da frente apeia-se, começando a picar o caminho. O picar assemelha-se a um cego com bengala a caminhar apressado rua abaixo. Precisamente o contrário do que me ensinaram na tropa em que picar demora muito tempo e é difícil como o “arco-da-velha”.

Alguém faz sinal e a coluna imobiliza-se por completo. Em terceiro lugar a contar da frente, imediatamente atrás da viatura do comandante da companhia, está o meu jipe. No curso de oficiais, tinham-me dito ser a cabeça da coluna um dos piores sítios onde se podia ir. Em tom de gozo comento o assunto com a malta do meu jipe, motorista, guia e um *free-lancer* espanhol que trabalhava para o *El País*.

Ainda estávamos a rir quando começo a ouvir um barulho que não era de máquina de costura, mas parecia. No fim da coluna vejo três, quatro vultos que caem.

A sensação que tive de tremenda irreabilidade, mantenho-a ainda hoje. Era como se estivesse a assistir a tudo na 3ª pessoa: “Eh pá o que é isto?” Isto, conluo de imediato, é uma emboscada. Tudo aquilo que me parece ter demorado imenso tempo, é relebrado como um filme, algo que não se passou directamente comigo. Surpresa, a minha reacção: não pensei, agi imediatamente. Sair dali, tirar o motorista do jipe e atirarmo-nos todos para dentro da selva, no sentido da emboscada. Queda em frente, imóvel, tentar compreender a situação, ver de onde poderia vir o perigo.

A emboscada foi mais do que rápida, mal montada pela guerrilha, pois, caso contrário, tínhamos lá ficado todos; só o fim da coluna foi atingido. O resto da companhia envolveu os guerrilheiros e, passados breves minutos, a violência do tiroteio brusco abrandou. Depois o silêncio e, de seguida, uma sequência espaçada de tiros de arma de pequeno calibre. Quando pergunto ao Capitão se existem sobreviventes, ele responde: “ não há, fugiram todos, e os que não fugiram, morreram”.

Passei a noite com eles porque já não dava para continuar, estava a anoitecer. Lembro-me que estávamos a beber, quando na segunda cerveja o medo me bate forte. Até ali havia sido a adrenalina, o stress; agora, são os tais três vultos que haviam tombado. Percebi que podia ter sido eu, caso a emboscada tivesse sido bem feita, e senti um medo profundo, visceral.

No dia seguinte, a minha forma de lidar com o assunto foi curiosa.

Por um lado, era o facto de ter passado por uma experiência daquelas: no serviço militar obrigatório, ou como contratado, diziam-nos como era, mas eu nunca a tinha vivido e era como jornalista que estava a vivê-la. Por outro lado, era a situação, em si, que se tornava uma preocupação ainda maior quando me recordava das palavras do Adelino Gomes: “ eu não quero que você se meta em nenhuma confusão!”

Por isso me calei. O que ficou daquela vivência, apareceu mais tarde, numa entrevista que fiz para a Antena1. Aí pude afirmar “Os senhores têm guerrilha no vosso país porque eu sei-o!”. Não disse “Fantástico! Sobrevivi a uma emboscada!” porque não considerei que isso tivesse interesse jornalístico.

Poderia ter sido esta situação evitável? Talvez, se não existisse a minha ânsia de querer provar que aquela zona era de facto perigosa, tal como diziam.

Mas outras situações há, em que caímos nelas, sem nos apercebermos.

Ainda no Ruanda, chegou um refugiado à aldeia Utu que foi acusado pela população de ter sido um dos colaboradores do massacre. Podia ser,

podia não ser (naquele período, muitas pessoas usavam as terras abandonadas para proveito próprio e não queriam que os legítimos proprietários, anteriormente fugidos com medo do avanço do exercito tutsi, regressassem). Esse homem levou uma catanada na cara numa picada. Porque quis pensar-lhe a ferida, estive eu com uma kalashnicov apontada à barriga. O dono da arma, aos berros, consegui acalmá-lo oferecendo-lhe um cigarro; estabelecemos conversa a ponto de ele já me tratar pelo nome, mas cada vez que eu lhe punha a hipótese de pensar o golpe na cara do ferido, a resposta era não.

Prisioneiro, o homem foi depois transportado numa carrinha de caixa aberta para Ruengueri que distava dali não quilómetros, mas sim seis longas horas de picada... Chegou lá morto. Um camarada da Visão tirou a fotografia. Íamos três jornalistas e nada podíamos fazer, mesmo que o quiséssemos. Isto, sim, é marcante.

Mas, o que mais me marcou, e marca ainda hoje, foi, ainda no Ruanda, assistir à morte de uma mulher por tétano. Aí, é a ironia das ironias!

Na altura eu usava um telefone satélite, que não funcionava naquele local por falta de electricidade. Isto obrigou-me a deslocar 300 Km num carro alugado, acompanhado por um motorista, um guia e uma mulher que fugira de uma cena de tiroteio, numa barricada de estrada entre o exercito Tutsi e os refugiados Iterama. Na fuga, a mulher espetou um prego na perna. Consegui chegar a mais de duas dezenas de quilómetros dali e, num sofrimento atroz, acabou por morrer de tétano.

Eu tinha um telefone satélite. Ela não tinha sequer uma simples vacina de tétano.

E essa imagem... Como é que o jornalista lida com isto?

Ele está ali para contar histórias, deve ser imparcial. Obviamente que sim, e penso que, na medida do possível, sempre o fui, quer no Ruanda, quer no Iraque. Mas, fica algo em nós... Não é o que contamos ou poderíamos ter contado ao mundo, porque essa é a nossa missão. É o sentimento de que poderíamos ter feito a diferença na vida de uma, duas ou três pessoas. Se o fazemos pela positiva, é uma mais valia que queremos lembrar para o resto da vida. Se não, o melhor será libertarmo-nos daquilo por que passámos, caso contrário não conseguiremos pensar em nada mais.

Mas é difícil conciliar as atitudes no terreno: enquanto testemunha, que tem que reportar ao mundo o que se está a passar, enquanto homem, com afectos e sentimentos, que reage ao que observa. Como é que eu interajo no terreno? Se eu não estivesse ali como jornalista, na situação da catanada no rosto do homem... Lembro-me de ter pensado: “que giro era eu estar aqui como Alferes com o meu grupo de combate, tu não me apontavas essa arma”...

O Ruanda foi para mim uma aprendizagem que permitiu de uma vez por todas acabar com a ideia mítica do repórter de guerra, que vemos nos filmes.

A ideia de que eu posso mudar o mundo, tem talvez um fundo de verdade. Mas, como dizia o Adelino Gomes, é com base nos testemunhos que deixo ficar de alerta à sociedade, que actuo. No terreno, sou apenas um jornalista, uma testemunha.

O Papel dos Media no Stress Pós-traumático

ALICE DA SILVEIRA E CASTRO

Poema do Jornal

*O fato ainda não acabou de acontecer
e já a mão nervosa do repórter
o transforma em notícia.
O marido está matando a mulher.
A mulher ensanguentada grita.
Ladrões arrombam o cofre.
A polícia dissolve o meeting.
A pena escreve*

*Vem da sala de linótipos a doce música mecânica
(Carlos Drummond de Andrade)*

Introdução

Comunicar, uma condição essencial da vida humana, é sempre um processo interactivo.

“*Morris*” [1] definiu três áreas importantes no processo de comunicação:

- 1 – *Sintaxe* – transmissão da informação: código, canais, capacidade, ruído, redundância
- 2 – *Semântica* – significado: implica que o emissor e o receptor têm de ser portadores dos mesmos códigos para entenderem a sua significação
- 3 – *Pragmática* – a forma como a comunicação afecta o comportamento individual

É principalmente este último ponto que me parece estar em causa neste debate.

Tendo como suporte a “*Pragmática da Comunicação Humana*” (P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson), livro que se debruça sobre os efeitos da comunicação no comportamento individual, parece-me interessante revisitar cinco axiomas aí enunciados, e tentar “lê-los” tendo como pano de fundo o papel dos media:

1. Não se pode não comunicar [2]

“Actos, palavras, silêncio, imagens, tudo tem o valor de uma mensagem que influencia o outro. E esse outro, por sua vez, não tem como não responder a essas comunicações, seja perante ele próprio seja perante outros, o que implica uma nova comunicação.” [3]

Assim, perante imagens televisivas, reportagens radiofónicas ou notícias nos jornais, o indivíduo receptor é sempre afectado por essa comunicação, independentemente do comportamento que assuma nesse momento.

2. Toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de relação, tal que, o segundo classifica o primeiro, sendo assim uma metacomunicação [4]

“Uma comunicação não transmite só informação; impõe também um comportamento – “*relato*” e “*ordem*” de *Bateson*.” [5]

Se o primeiro se reporta à transmissão da informação e do conteúdo da mensagem, o segundo refere-se à forma como ela deve ser entendida. É assim estabelecida uma relação entre os comunicantes. [6]

Voltando ao papel dos media, esta é definida pelo jornalista, pois é ele que está do lado de lá e em contacto directo com os acontecimentos. Esta é uma relação de enorme poder, em que o receptor mantém sobretudo uma postura passiva, de ouvinte/leitor, sem a capacidade de poder questionar o interlocutor. Este, o jornalista, através do relato e das imagens dos acontecimentos, vai induzindo no espectador fantasias, expectativas, emoções, que serão ou não confirmadas, mas sempre revividas com o desenvolvimento dos acontecimentos.

3. A natureza da relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes [7]

“A pontuação das sequências comunicacionais organiza os eventos comportamentais, pelo que é vital para as interações em curso.” [8]

Neste ponto o papel dos meios de comunicação é relevante e claro: não só escolhem os factos a relatar como também as imagens, as de maior impacto emocional, muitas vezes descontextualizadas, com títulos apelativos e repetindo-as até à exaustão. Está assim criada a possibilidade do deslocamento do foco da notícia para questões acessórias, mas sempre de grande impacto mediático, perdendo-se a perspectiva global da informação.

4. Toda a comunicação tem um componente digital e analógico [9]

“Se toda a comunicação tem um conteúdo e uma relação, que se complementam, o conteúdo pode ser transmitido digitalmente, ao passo que o aspecto relacional será predominantemente analógico.” [10]

Penso que um bom exemplo deste axioma é a rubrica “*No Comments*” da “*EuroNews*”. O espectador é confrontado com imagens, sem palavras, de acontecimentos sempre com impacto mediático e conteúdo emocional, concedendo-lhe uma liberdade “não verdadeira”, (pois está condicionado pela sequência de imagens escolhidas para si), de fantasiar sobre o que assistiu.

5. Todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares, segundo se baseiem na igualdade ou na diferença [11]

“A interacção simétrica caracteriza-se pela igualdade e minimização da diferença, e a interacção complementar baseia-se na maximização da diferença.” [12]

No relato mediático de qualquer tipo de acontecimentos, independentemente do meio utilizado, a permuta comunicacional é sempre uma interacção complementar, fortemente assimétrica. O poder está, mais uma vez, do lado do jornalista ou das imagens mostradas (é ele que se encontra no local dos acontecimentos), o que, em alguns casos, pode facilitar processos de manipulação emocional do espectador.

Comentário

Nas intervenções anteriores, os jornalistas João Figueira, Adelino Gomes e Joaquim Reis, salientaram entre outros, os seguintes pontos:

- Pela pressão e expectativas a que estão sujeitos o papel dos jornalistas deve sempre basear-se em dois pontos: a *função* e o *desempenho*

- A lógica, a estratégia e o objectivo devem estar bem definidos, pois a influência dos meios de comunicação transforma-os no “actor central”
- Ao mesmo tempo que estes transportam dentro de si a história do sofrimento vivido e observado, têm a possibilidade de “*dar voz a quem não tem voz*”
- A enorme responsabilidade e poder dos media, a que se junta a dificuldade de tradução por palavras dos acontecimentos, implica a existência, por parte dos profissionais da comunicação, de um “código” de boa utilização da palavra e das frases
- Ser jornalista é também a possibilidade da descoberta da história das pessoas, pelo que é fundamental, apesar de muitas vezes difícil, estabelecer um distanciamento emocional diante dos dramas observados: “*nessas alturas não há heróis*”.

Tendo como premissas:

- A definição de stress pós-traumático como a repercussão a nível psicológico, de um acontecimento traumático, exterior ao indivíduo;
- Sendo esse evento extraordinário, cria-se uma ruptura com a normalidade do quotidiano;
- Os mecanismos de curiosidade mórbida das populações estão directamente relacionados com a gravidade dos factos;
- A comunicação social é o meio de divulgação e de relato destes acontecimentos;
- A possibilidade de seguir em directo e na hora o desenrolar dos eventos, mesmo quando estes acontecem a milhares de quilómetros de distância e nos sítios mais recônditos e nunca conhecidos;
- As condicionantes económicas das empresas de comunicação social que estão por detrás da guerra das audiências;

Parece-me existirem quesitos suficientes para questionar da importância dos media na possibilidade de eclosão e manutenção de situações de stress *pós-traumático*, na população em geral.

Como já foi referido, para que uma comunicação aconteça tem sempre de existir um emissor e um receptor.

E é a existência de um maior ou menor ruído nessa emissão que a vai qualificar.

O jornalista em funções numa situação de catástrofe começa por ter um papel de receptor desses acontecimentos para, em seguida, se transformar em emissor dos mesmos.

Como receptor não pode estar imune aos ruídos existentes. Destes, interessam-me, neste momento, os de origem interna, que têm a ver com a pessoa do jornalista – a sua objectividade, a sua formação profissional, a sua personalidade, a sua capacidade de lidar com as emoções, as suas ambições pessoais, os seus estados de alma em cada momento – o que poderá fazer toda a diferença na forma como o acontecimento vai ser relatado.

Assim, a qualidade da recepção a que os ouvintes ou telespectadores vão ter acesso, será sempre uma consequência da ponderação e mediação desses ruídos pela pessoa do jornalista.

Conclusão

Em relação à eclosão de casos de “stress pós-traumático”, consequentes ao papel dos media, podem-se equacionar dois níveis:

1 – O induzido nos jornalistas:

Sendo também pessoas humanas, portanto passíveis de reagir emocionalmente a acontecimentos traumáticos, podem ser por eles psicologicamente afectados. As Associações de Jornalistas têm programas específicos para lidar com estas complicações possíveis, sendo a prevenção essencial, assim como boas práticas de formação profissional, pessoal, aconselhamento, segurança.

2 – O induzido pelos jornalistas:

Qual o eco na opinião pública, ou como ouvem as pessoas os relatos das catástrofes?

Quais as possíveis consequências de as televisões passarem as mesmas imagens vezes sem conta, ou de estarem sempre a dar a mesma notícia?

Que consequências pode ter o comportamento de alguns jornalistas que aproveitam as desgraças dos alheias para “brilhar”, explorando a fragilidade das pessoas quando estas estão coarctadas da sua liberdade de decisão, pelo excesso de emotividade do momento (ex: entrevistas a “quente”, tratamento jornalístico igual tanto do que é público como do que é privado)?

As reacções podem ter contornos bem diferentes:

- Resposta emocional intensa, repercutindo-se muitas vezes ao nível pessoal com o aparecimento de ansiedade, fobias, crises de pânico, reacções de colorido histérico
- Eclosão de sentimentos genuínos de solidariedade para com as vítimas

- Aparecimento de mecanismos de defesa, como a negação, levando a duvidar da veracidade da notícia, devido à sua repetição
- Banalização e desvalorização das catástrofes pela demasiada publicação das mesmas
- Maior atenção aos pormenores do que ao contexto geral da notícia
- Aumento significativo do número de horas passadas frente à televisão, com um acréscimo dos níveis de vivência emocional à visualização e repetição exaustiva das imagens mais dramáticas, com perda de interesse pelas actividades normais
- Manifestação de casos de “Distúrbio de Stress Pós-Traumático”, com o aparecimento de patologia relacionada como depressão, abuso de substâncias, ou outro tipo de patologia física ou psíquica

Não estando em causa o papel informativo dos média, fundamental neste mundo cada vez mais globalizado, não podemos esquecer que a forma como a sociedade está estruturada e as condicionantes económicas existentes podem perverter o propósito básico da informação, transformando esta em espectáculo.

Com a desculpa de “é isso que as pessoas querem ver”, a *função* e o *desempenho* que o João Figueira enunciou como basilares à profissão, podem estar em causa.

Não nos podemos esquecer que a comunicação social é um dos maiores poderes actuais, e, se não lhe é pedida, nem devida, a formação da sociedade, também lhe deve ser interdita a sua deformação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – MORRIS, Charles W. “Foundations of the Theory of Signs “, citado na “Pragmática da Comunicação Humana” (Watzawick, P; Beavin J.H.; Jackson, D.D.), Editora Cultrix, São Paulo, pag. 18 e 19
- 2 – WATZAWICK, P; BEAVIN J.H.; JACKSON, D.D., “Pragmática da Comunicação Humana” Editora Cultrix, São Paulo, pag. 47
- 3 – WATZAWICK, P; BEAVIN J.H.; JACKSON, D.D., “Pragmática da Comunicação Humana” Editora Cultrix, São Paulo, pag. 45
- 4 – WATZAWICK, P; BEAVIN J.H.; JACKSON, D.D., “Pragmática da Comunicação Humana” Editora Cultrix, São Paulo, pag. 50
- 5 – WATZAWICK, P; BEAVIN J.H.; JACKSON, D.D., “Pragmática da Comunicação Humana” Editora Cultrix, São Paulo, pag. 47
- 6 – WATZAWICK, P; BEAVIN J.H.; JACKSON, D.D., “Pragmática da Comunicação Humana” Editora Cultrix, São Paulo, pag. 49
- 7 – WATZAWICK, P; BEAVIN J.H.; JACKSON, D.D., “Pragmática da Comunicação Humana”

- Editora Cultrix, São Paulo, pag. 54
- 8 – WATZAWICK, P; BEAVIN J.H.; JACKSON, D.D., “Pragmática da Comunicação Humana”
Editora Cultrix, São Paulo, pag. 51
- 9 – WATZAWICK, P; BEAVIN J.H.; JACKSON, D.D., “Pragmática da Comunicação Humana”
Editora Cultrix, São Paulo, pag. 61
- 10 – WATZAWICK, P; BEAVIN J.H.; JACKSON, D.D., “Pragmática da Comunicação Humana”
Editora Cultrix, São Paulo, pag. 59
- 11 – WATZAWICK, P; BEAVIN J.H.; JACKSON, D.D., “Pragmática da Comunicação Humana”
Editora Cultrix, São Paulo, pag. 64
- 12 – WATZAWICK, P; BEAVIN J.H.; JACKSON, D.D., “Pragmática da Comunicação Humana”
Editora Cultrix, São Paulo, pag. 63

Catástrofes e *Media*

LUIZ GAMITO

Os meios de comunicação de massas, “mass media” ou simplesmente “media” são um sujeito interventivo e determinativo no processo de globalização da sociedade que nos inclui.

Porque existem, esta globalização deixa de poder ser negada ainda que por vezes incomode. Assim como a Idade Média forjou o advento do “maravilhoso” através de uma iconografia teo-antropomórfica e fantasista, baseada no estatismo silencioso da representação gráfica e pictórica, agora ele aparece-nos na cinética tecnológica da imposição dos seres reais ou hiperreais com horror do vácuo e presença da sonoridade. As estações de rádio e televisão funcionam ininterruptamente e não permitem uma “branca”.

Esta, a existir, provoca um estado de ansiedade no ouvinte ou espectador e um eventual despedimento do técnico responsável por essa perturbação.

Na Grécia Antiga os contadores de histórias que andavam de terra em terra e traziam notícias deram origem a um teatro estatal com participação comunitária onde aquelas se codificaram em discursos cénicos de vida e de morte. Assim nasceu a Tragédia como construção filosófica e reflexiva sobre a relatividade do ser na Terra, ou, simplesmente, sobre o medo da morte.

Talvez então se tenha admitido, ainda que precariamente, aquilo que norte-americanos em meados do século XX vieram objectivar com o seu pragmatismo: “Só a tragédia é notícia”.

Entre outros alimentos mais ou menos recreativos os “media” procuram desesperadamente as tragédias grandes ou pequenas à falta de maiores.

O número de vítimas é importante. Quando escasseiam, exploram-se as pequenas tragédias unifamiliares ou unipessoais conferindo-se a densidade emocional protagonista a figuras e personagens de literatura de cordel já bastante bem comercializadas por cegos e seus moços, que erravam pelas feiras das vilórias portuguesas no início do século XX.

Nos últimos anos o povo tornou-se o actor principal das televisões, substituindo antigas personagens mais ou menos eruditas – únicas que tinham direito a aparecer. – agora relegadas para programas de fracas audiências.

O drama do homem comum quando perde a casa, o emprego ou aguarda horas por uma consulta médica, permite a possível identificação com o espectador comum constringido pelo temor de que o mesmo lhe possa ocorrer.

Mas quando se consideram as catástrofes que implicam o sofrimento de largas massas humanas então acrescenta-se aqui a componente de espectáculo. O cinema entendeu e tratou este fenómeno melhor do que qualquer outra Arte porque só a sua tecnologia o permitiria. Influenciou as formas de fazer televisão. As artes cinematográficas colocam-se ao serviço das reportagens servindo-se do e servindo o espectáculo das catástrofes.

Contudo, a repetição de imagens relativa a cenas de guerra que nos são diariamente apresentadas permitem a sua banalização emocional e reduzem o espectáculo.

Na verdade, desde Shannon, com a sua teoria da Informação, é sabido que « a quantidade de informação de um signo é tanto maior quanto menor for a sua probabilidade de aparecimento».

Em relação à guerra abra-se aqui uma excepção com os doentes que sofrem de Perturbação Pós-Traumática do Stress. Não é por estes assistirem repetidamente a imagens de guerra que vêem diminuída a sua reactividade emocional. No entanto, programas de Realidade Virtual apresentados no contexto psicoterapêutico produzem melhorias significativas com redução da ansiedade em vítimas de guerra no Iraque. Faltará saber qual o resultado destas técnicas quando aplicadas a doentes de longa evolução tais como os que participaram na guerra colonial portuguesa.

Desta problemática decorre naturalmente uma questão prévia. Afinal qual o impacte psicológico provocado pela apresentação das catástrofes nos “mass media”?

Tudo depende, desde logo, da existência de psicopatologia na população receptora.

Analisemos sucintamente o que se passa no âmbito dos processos cognitivos, comportamentais, afectivos e fisiológicos.

Os pensamentos são influenciados por sistemas de crenças que tenderão a organizá-los, na compreensão daquilo que se passa, de modos diferentes. Se uns acreditam que a catástrofe é obra divina para castigo de actos humanos, haverá outros que tenderão a encontrar como culpado o progresso tecnológico e os homens que o promoveram. Alguns, em incrédula perplexidade recusam-se a tentar compreender o ocorrido, enquanto outros, sobretudo se se tratar de uma guerra, tomarão partido por uma das partes descobrindo legítimas vinganças.

Haverá quem, auto desvalorizado porque é inseguro em si mesmo ou se encontra deprimido, procurará evitar as imagens ou mesmo desconhecer as notícias e outrém, porque o seu pensamento é delirante, interpretá-las-á com auto-relacionamento e de forma irrealística.

Um comportamento traduzindo surpresa será o primeiro a ser emitido, seguindo-se outros possíveis de inibição, choro, raiva, alegria, ironia, vociferações, automatismos motores, reacções de sobressalto.

O humor deprime-se sobretudo ainda mais naquele que já se encontrava deprimido. O abatimento do estado de ânimo cursa em ambivalência com o sentimento pouco altruístico de que “ainda bem que não aconteceu comigo”. Mas também com desejos imperativos de solidariedade social consubstanciados na contribuição para contas bancárias geridas por desconhecidos ou géneros alimentícios e vestuários muitas vezes inapropriados.

Neste contexto a resposta fisiológica corresponde a um estado de activação orgânica protagonizado pelo sistema nervoso vegetativo com expressão exuberante nas personalidades histriónicas. Memórias associadas a traumas antigos densificam este padrão. Perturbações do ritmo sono – vigília poderão ocorrer.

Com a fantástica capacidade de adaptação do ser humano aos factores de stress oriundos do ambiente, ao fim de algum tempo a maioria estará disponível para o espectáculo da nova catástrofe que se avizinha. Alguns doentes ficarão um pouco mais doentes. Outros, poucos, surpreendentemente, sentir-se-ão melhorados.

Os “mass media” têm porém um importante papel informativo que muito pode auxiliar aqueles que atingidos pelas catástrofes ainda se encontram vivos. Assim como podem evitar novas vítimas e ajudar a lidar com o problema daqueles que se encontram mais distantes. Fornecendo dados, razões e explicações para a compreensão do fenómeno ou divulgando informações orientadoras para quem está no terreno já em missões de resgate e salvamento. Aqui, o papel da Rádio sobrepõe-se por uma vez, ao da Televisão.

Mas para além de um serviço esclarecedor para as populações e para o seu bem, através de divulgação factual correcta, também neste âmbito se deverá colocar outro tema, qual seja o de manipulação pública por parte dos “mass media”.

Este assunto tem sido objecto de vários estudos, inúmeros debates, publicação de artigos, edição de ensaios, desde o tempo em que nos E.U.A. se descobriu a emissão de imagens sub liminares publicitárias veiculando produtos camuflados à percepção imediata.

Apesar da proibição deste tipo de truque, o poder de manipulação dos “mass media” mantém-se inquestionável, sobretudo a partir da televisão por ser, de entre todos, o organismo mediático constituído por tecnologia mais complexa.

Conhece-se como é apetecível a detenção da propriedade de canais de televisão, pelo valor económico que pode apresentar e também pela possibilidade de condicionamento do comportamento humano com objectivos políticos. Aqui, não cai em saco roto a célebre expressão do comportamentalista Watson: “Dêem-me um homem e um conjunto de estímulos e farei dele o que eu quiser”.

Esta assunção poderá ser considerada exagerada, mas se ela se deve ao fanatismo próprio de uma nova teoria que se pretende afirmar rapidamente no campo científico também não deixa de ser verdade que a passagem do tempo permitiu entender que a mesma não é totalmente falsa.

Ora pois, a televisão é um poder. E «para se dialogar com o poder é preciso ter poder», como afirmou um célebre líder negro norte – americano (Malcolm X).

É neste sentido que o poder da televisão (e dos outros “media”) dialoga com o poder da catástrofe.

Se a catástrofe condiciona o comportamento humano a televisão também pode fazê-lo. E fá-lo de duas maneiras: pela informação directa e objectiva e pela manipulação de massas. Se todos concordamos com a primeira a segunda coloca-nos resistências e até repúdio. Mas

Em situações de catástrofe observa-se que um número não dispiciendo de vítimas é devido não à catástrofe em si mesma mas a comportamentos humanos inadequados subsequentes àquela. Como se a catástrofe tivesse a faculdade de manipular os seres humanos provocando-lhes reacções inapropriadas e atentatórias à sua existência.

Poderá então colocar-se a possibilidade de manipular as populações vítimas para impedir os comportamentos que em si mesmos lhes seriam nefastos. Em tempo de guerra as potências militares procuram gerir o material informativo a libertar para o público segundo as suas próprias conveniências. Esta é uma base de trabalho que tem muitos anos de experiência e uma sabedoria robusta.

Mas fora do teatro de guerra, em situações de catástrofe os “media” têm-se prestado também a uma gestão criteriosa e dirigida da informação no sentido de obviar a um maior número de vítimas. Técnicas de “contagem de histórias”, operações de diversão ou encenação de depoimentos têm sido utilizadas. Em que consiste?

Na “contagem de histórias” criam-se narrativas ancoradas no real, com suporte de imagem e som, com uma dramaturgia e sobretudo com um desfecho exemplares que orientam, modificando-o, o comportamento das massas. Esta técnica pode ser utilizada em situações em que populações agressivas se manifestam contra membros de forças de salvamento ou autoridades públicas. Na história apresentada como se totalmente real glorifica-se o

heroísmo de um membro de uma equipa de salvamento que apesar de todos os contratemplos vai conseguindo chegar ao seu elevado objectivo humanitário.

As operações de diversão consistem, como o nome indica, em fazer cativar a atenção do público para circunstâncias que não sendo importantes para a compreensão daquilo que é notícia permitem que algumas actividades da autoridade pública ocorram de modo praticamente invisível. Porque na actualidade quase poderá dizer-se como alguns especialistas o fazem: só tem existência aquilo que passa na televisão. Logo, o que não se vê é como se não existisse.

Na encenação de depoimentos conta-se com a boa vontade de especialistas das mais diversas áreas e com o seu desejo de aparecerem na televisão. Os seus discursos de autoridade propiciam uma maior capacidade de recepção por parte do público com consequente efeito sobre os comportamentos.

Parece então que por uma boa causa é sempre possível modificar a verdadeira dimensão da verdade dos factos. E este trabalho pode acabar por merecer consensos. Os problemas morais surgem com a definição de “boa causa”.

Porque certamente existirão umas causas piores do que outras.

Mas outra questão que se coloca a este propósito é a de que as estratégias de manipulação nunca são reconhecidas publicamente pelos seus autores e colaboradores. Os diversos códigos de ética profissional não as permitem mas existem profissionais que os praticam.

O público em geral não se apercebe delas e os poucos que as conhecem também os aprovam porque é humanamente aceitável e em muitos casos desejável. Restam alguns intelectuais que discorrem “sine materia” a propósito de vacuidades e academismos onde o omnipresente fingimento “não pode” entrar, apesar daquilo que também está em consideração serem papéis sociais. E estes organizarem-se como uma representação da realidade.

QUE ACTUAÇÃO ANTES DA CRISE?

JACQUES HOUART
MANUEL LOUZÁ HENRIQUES
PINTO DA SILVA
ÂNGELA DA COSTA MAIA
JÚLIO M. GOUVEIA CARVALHO
FERNANDA MENDES
ANTÓNIO J. RIBEIRO DA SILVA

Da Crise Individual à Catástrofe Colectiva

JACQUES HOUART

Hoje em dia, muitos indivíduos têm uma percepção catastrófica das suas vidas pessoais e da vida em geral. Acumulam-se mudanças rápidas de que raramente se percebe todo o significado e muitos acontecimentos do quotidiano são sentidos como pequenos dramas e, até certo ponto, o são regularmente. As consequências de relações conflituosas no emprego e na família, por exemplo, são muitas vezes desastrosas e acentuadas pela personalidade neurótica característica da nossa época. Depois há, é claro, as grandes catástrofes naturais e sociais, que são muito reais, mas que atingem muito mais depressa do que pelo passado a notoriedade e, por isso, configuram em larga escala o imaginário contemporâneo. Aliás, não poucas vezes, os media, com o poder que detêm actualmente, actuam como caixas de ressonância e contribuem para ampliar, senão para criar, de modo artificial, este tipo de percepções dramáticas. Em todos os domínios, da ciência e da medicina à sociedade e à cultura, é no plano relacional que encontramos as maiores falhas para evitar as catástrofes, individuais e colectivas, que podemos prever.

Um síndrome de stress e de ansiedade generalizada, que acompanha este modo de percepção catastrófica do mundo e a fraqueza dos laços de solidariedade social, afecta pois a grande maioria dos nossos contemporâneos. Estudos epidemiológicos e estatísticos confirmam esta situação: nas sociedades ocidentais, 50 a 75% das consultas médicas são ligadas ao stress (depressão e ansiedade associadas); o risco de mortalidade ligado ao stress é maior que o do tabaco; a maioria dos medicamentos receitados é relacionada com problemas de stress (e.g.: antidepressivos; ansiolíticos; antiácidos; antihipertensores). E, não é preciso sublinhar a expansão constante por este mundo fora dos fenómenos de toxicodependência ao longo dos últimos anos.

No entanto, sem negar que cada biografia é particular e que cada vida constitui um desafio difícil, há indivíduos que, embora confrontados com dramas pessoais, com fracassos, com desilusões, ultrapassam mais facilmente os obstáculos. Chegaram, às vezes, a situações extremas de sofrimento moral; passaram por momentos de grande dependência em relação a diversas substâncias psicoactivas ou a terapeutas nem sempre bem inspirados e idóneos; mas acabaram um dia por recuperar o seu alento, a sua vontade e a sua capacidade de viverem a sua vida. Conseguiram, melhor do que outros, enfrentar e superar a pior ameaça: tornar-se passivo, amargo, descrente de tudo, sem gosto pelos desafios do desenvolvimento pessoal e social, do desabrochar de todas as potencialidades humanas.

O que explica, então, essa maior capacidade de alguns para resistir aos efeitos deletérios do stress negativo e repetido, da desconfiança sistemática na vida e nos outros, da perda do espírito de transcendência? Ou, por outras palavras, como é que alguns indivíduos conseguem manter ou recuperar essa abertura, essa força e esse entusiasmo que lhes permite enfrentar melhor a sua vida e os seus desafios constantes?

A resposta é relativamente simples: há indivíduos que tecem uma relação mais íntima, mais próxima e mais profunda com eles mesmos, com os outros e com a sua própria vida; que mantêm, com a sua cultura, com a sua sociedade e com a sua comunidade, laços estreitos de participação e de intervenção, sem submissão passiva às convenções e sem aceitação acrítica das verdades impostas do exterior. São indivíduos que procuram compreender, e não só explicar, o modo como cada ser humano é constituído por uma rede de relações individuais e sociais e que percebem um dia que cada um deles forma uma realidade única, original e maravilhosa. Descubrem que são constituídos por um nó de aspectos físicos, emocionais, intelectuais e espirituais entrelaçados, condicionados pela sua vida social e pelos seus valores culturais sem dúvida, mas também, à medida que abrem os olhos a tudo o que os rodeia, configurados pelas respostas particulares que cada um deles é capaz de inventar. Entendem, assim, que o trabalho constante sobre si mesmo, que a vida exige, implica uma intervenção nesses diferentes planos em simultâneo. E lançam-se na prodigiosa aventura da descoberta e da reconstrução de si mesmos. É um novo nascimento!

É por isso que, nas diferentes práticas educativas e terapêuticas necessárias à superação dessas situações de stress e de ansiedade associadas às visões catastróficas e empobrecidas do mundo actual, é preciso, pois, trabalhar em conjunto os diferentes aspectos da personalidade de cada um e as condições ambientais e sociais que os condicionam.

Podemos entender, agora, as razões pelas quais os “workshops” que, contrariamente aos hábitos culturais da nossa civilização ocidental – que continua a privilegiar a apreensão intelectual dos fenómenos –, incluem uma

forte componente de trabalho prático e de experimentação, são particularmente propícios à *compreensão sensível* de novos caminhos para a resolução dos principais problemas relacionais e comunicacionais da vida e para a consequente diminuição da percepção catastrófica do mundo.

No caso presente, este “workshop” foi estruturado em função de um projecto de intervenção sobre a personalidade individual e sobre os seus aspectos modais e procurou conciliar diversos exercícios e técnicas, incluindo movimento, ritmo, música e dança livre, inspirados por práticas ligadas às tradições xamânicas, às expressões primitivas, às danças extáticas, à bio-dança. A ideia que presidiu à sua preparação foi de desenvolver em cada um o sentimento de ser autor da sua própria vida numa relação mais atenta e mais intensa consigo mesmo e com os outros. Aproveitei, para isso, uma experiência que acumulei ao longo de diferentes trabalhos de investigação de terreno, particularmente durante o ano sabático que me foi possibilitado pela minha Faculdade, utilizando diferentes formas de metodologia baseadas em observações participantes, junto de “tribos efémeras”¹ das nossas sociedades ocidentais. Apliquei, assim, neste “workshop”, várias das diferentes técnicas que costumo utilizar nas aulas práticas de antropologia do corpo e de antropologia da performance que lecciono no meu Departamento assim como nas aulas de diferentes cadeiras que costumo dar em vários mestrados nas áreas da saúde.

Quais foram então as sequências musicais, de ritmos, de movimentos e de exercícios que utilizei e as razões da sua escolha em função dos objectivos pretendidos?²

Um primeiro conjunto de exercícios, centrados sobretudo nos próprios indivíduos, utiliza técnicas e músicas xamânicas (principalmente músicas com instrumentos de percussão). O movimento é antes de tudo interior. Procura-se mobilizar as forças e energias de cada indivíduo para responder aos desafios das quatro grandes vias da iniciação xamânica³. São desafios com os quais todas as sociedades (inclusive as nossas) são confrontadas.

¹ O conceito de “tribo efémera” aplica-se, de modo particularmente feliz, a esses grupos que se formam temporariamente, nas nossas sociedades, com objectivos lúdicos, espirituais ou terapêuticos, partilhando valores, ideais, símbolos, técnicas e práticas alternativas comuns.

Algumas das “queixas” recorrentes, que ouvi nas minhas investigações de terreno e que explicam, em grande parte, a existência desses grupos de constituição momentânea, referiam-se justamente ao stress da vida quotidiana e às situações de isolamento tão difundidas actualmente nas nossas sociedades de “sucesso”.

² Várias das diversas práticas tiveram que ser adaptadas às condições de espaço pouco propícias a exercícios deitados e ao número de participantes que excedeu as expectativas.

³ Nas práticas xamânicas, muito devo, nomeadamente, aos trabalhos da antropóloga americana Angeles Arrien e da sua obra: *The Four-Fold Way. Walking the Paths of the*

Em primeiro lugar, o de criar as condições da escuta interior, dessa capacidade de atenção primordial que vai permitir o jorrar dos “insights” fundamentais à consciência das verdadeiras necessidades individuais e sociais. A posição corporal é a da marcha, parecida com o modo de andar próprio às formas de meditação dinâmica (o impulso inicial é do coração e da zona torácica). É a via do vidente. Os participantes formam um círculo e deslocam-se, em fila, no sentido contrário aos ponteiros do relógio. Convém lembrar aqui o pensamento de F. Nietzsche, em *A Gaia Ciência*, afirmando que para pensar bem era preciso saber andar, e sobretudo saber dançar.

Em segundo lugar, o de escolher e ouvir as figuras de referência que vão inspirar os princípios essenciais da acção humana. A posição é sentada, em círculo, todos virados para o centro e à distância igual. É a via do guia que, por uma disposição espacial dos indivíduos contrária aliás aos nossos hábitos de ensino, constitui o modo ideal de partilha de experiências de maneira igualitária. Os participantes, através de um exercício de visualização, vão, de modo um tanto provocador neste caso, ir à procura da sua “criança interior”, dessa criança espontânea, fantasista, brincalhona, imaginativa, livre que lhes vai permitir efectuar práticas ulteriores de movimento sem inibições e sem os receios devidos muitas vezes ao olhar dos outros.

Em terceiro lugar, afirmar essa nova identidade e marcar a sua presença. A posição corporal é em pé, virados para o centro do círculo, com os punhos fechados à frente do “hara” (um ponto energético vital situado a um polegar abaixo do umbigo). É a via do guerreiro. Trata-se de sentir e ir buscar essa grande força interior que cada um pode possuir e exercer se quiser.

Por fim, é preciso expulsar os sentimentos e pensamentos negativos que impedem cada um de viver a sua própria vida agarrando-o a um passado que exerce, muitas vezes, de modo essencialmente destrutivo, uma força de gravidade impressionante sobre cada um. A posição será deitada, de costas para baixo e de braços abertos, já que o que se procura é conseguir tornar o coração pleno, aberto, claro e forte (condição essencial de qualquer cura, segundo o xamanismo). É, pois, a via do curandeiro.

Dois exercícios vão complementar esse primeiro conjunto de maneira a obstar a dois obstáculos culturais particularmente prementes no nosso contexto civilizacional.

O primeiro consiste numa dança livre, sem preocupações coreográficas nem passos e movimentos codificados, utilizando, no entanto, alguns princípios dos movimentos característicos das expressões primitivas: gestos sim-

ples, repetitivos, simétricos – o que permite a participação de todos independentemente de uma maior ou menor perícia para dançar. A única indicação é a de soltar o corpo deixando-o impregnar-se o mais possível desses gestos lúdicos tão do aprazo das nossas “crianças interiores”.

O seguinte visa, através de movimentos rítmicos acompanhados de música, a reintegração completa dos movimentos dos diferentes membros do corpo, que foram fragmentados e especializados por diversas actividades socioprofissionais, criando tensões e contracções em partes específicas do corpo, com todas as patologias músculo-esqueléticas associadas. Parte-se de um movimento rotativo lento da cabeça à volta do pescoço para reintegrar, progressivamente, os movimentos dos ombros, dos braços, das mãos, do tronco, das ancas, das pernas e dos pés.

Um segundo conjunto de exercícios apontará progressivamente para aspectos cada vez mais conviviais permitindo e fomentando diversas vivências de forte significado social. Essas práticas irão trabalhar diferentes dimensões aos poucos empobrecidas no contexto civilizacional ocidental: a vitalidade; a sexualidade; a afectividade; a criatividade e a transcendência.⁴

Um primeiro exercício consiste numa forma de dança em espelho, por pares, as palmas das mãos de cada um nas do outro sem prender as mãos. Trabalha-se a atenção aos movimentos do outro, a coordenação da execução em comum e a liderança alternada das deslocações.

Depois, segue-se uma dança livre, com ritmo vivo e alegre, em que todos os participantes se misturam, mas em que cada um não pode perder de vista o par que, entretanto, escolheu. Tem que se estar sempre atento ao outro apesar das possíveis interferências exteriores.

De seguida, continuando misturados e movimentando-se de modo rítmico e livre, os participantes, cada vez que se cruzam nas suas deslocações pelo espaço fora, têm que se cumprimentar com gestos não convencionais e fora dos nossos hábitos culturais. É a dimensão da criatividade e a crítica ao etnocentrismo ambiente que se encontram aqui em primeiro plano.

No quarto exercício, formam-se grupos de três ou quatro (segundo as possibilidades numéricas) em que, alternadamente, cada um, de olhos fechados, vai ser tocado, em ritmo de batuque, pela ponta dos dedos dos outros

⁴ No segundo conjunto de exercícios, uma das fontes mais interessantes que utilizei provém dos trabalhos do antropólogo chileno Rolando Toro e das novas práticas que propôs a partir do conceito de “biodanza”. Adaptei-as de modo a poder inseri-las numa textura própria composta por diversas orientações. Também foram muito importantes para mim as contribuições da filósofa e coreógrafa americana Gabrielle Roth, considerada uma “mulher-xamã”, e que desenvolveu concepções originais sobre as danças extáticas e os seus cinco ritmos.

que se deslocam, em círculo, à sua volta. Como se entende, a intenção é de pôr à prova as nossas capacidades de sentir mas também de mostrar respeito e ter confiança uns nos outros.

Num espírito mais lúdico e que alarga cada vez mais o número de pessoas implicadas, formam-se dois grupos que, ao som de uma música bem marcada, mimam uma situação de espera (de um comboio, por exemplo) e ao sinal do responsável, correm uns em direcção aos outros dando-se um grande abraço quando se encontram. O lado afectivo está, neste caso, muito presente.

Há, depois, um exercício de forte densidade emocional, que consiste em deslocar-se à volta do espaço, em silêncio, escrevendo no ar os nomes de todas as pessoas, reais ou imaginárias, e dos animais, e até das plantas, que têm ou tiveram algum significado amoroso, amigável ou afectivo nas nossas vidas. Colocamos, progressivamente, a tónica no plano da transcendência alargando o número dos seres vivos que compõem o nosso círculo de referências. Percebemos que fazemos parte de uma longa fileira e que a nossa ligação com as grandes forças do universo e com os outros seres vivos que o povoam é de primeira importância para o nosso desabrochar completo.

O que ressalta, aos poucos, de todos esses exercícios e de todas essas práticas (que são múltiplos e que nenhum “workshop”, como é óbvio, consegue esgotar) é que as respostas educativas e terapêuticas aos enormes problemas de identidade e de personalidade no mundo actual devem tomar em consideração primordial o carácter muito complexo, muito denso e muito subtil dessas teias de relações que os seres humanos tecem entre eles, dentro deles e com o mundo circundante. Sente-se, hoje, cada vez mais, se quisermos evitar os impasses actuais em que as nossas práticas de saúde, demasiado especializadas, fragmentadas e frias, se têm atolado, a necessidade de um trabalho de intervenção relacional, simultaneamente lúdico, preventivo e terapêutico, pautado por princípios éticos e estéticos de justiça, liberdade, beleza e solidariedade, num conjunto de planos interligados – físicos, emocionais, intelectuais e espirituais.

Suponho que, agora, já ninguém pretende deter a panaceia universal que cura todos os males do mundo e que todos sentimos a necessidade de aprender uns com os outros. É por isso que a experiência dos povos ditos primitivos é agora redescoberta e que a antropologia é de novo procurada por todos os que perceberam que a saúde é também uma questão de civilização e que essa não é um apanágio exclusivo do nosso mundo industrializado.

Como Sobreviveram Emocionalmente os Presos Políticos em Portugal? – Que Factores de Protecção?

MANUEL LOUZÁ HENRIQUES

Antes de mais, cumprimentos à mesa, organizadores e assistência. Pedem-me, nestas jornadas de “Stress Pós-Traumático, para vos falar desse acontecer ligado às prisões políticas. É para mim algo incómodo comparar a minha experiência de menos de quatro anos, com a dos meus camaradas que nas cadeias políticas passaram o melhor das suas vidas em longos anos cumprindo penas e arbitrárias medidas de segurança de que então éramos passíveis.

Esta incompatibilidade sentia-a primeira vez numa homenagem que em tempos se fez em Pinhel ao meu camarada Dias Coelho, funcionário do meu partido que foi assassinado na rua (aquele que o Zeca Afonso canta... “o pintor que morreu,...”), por não me parecerem comparáveis os sacrifícios.

Lembro também aqueles jovens, que numa guerra sem sentido perderam ilusões e esperanças, não raro a vida e a robustez física e psiquiátrica e, também aqueles que viveram catástrofes e acidentes.

Diz-se que quem viu a morte de frente nunca mais se esquece.

Evidentemente que estar preso nas condições desse tempo, deixa as suas marcas, mas aqueles que sabem o que querem e porque lutam, correndo riscos mais ou menos calculados, não são apanhados de surpresa e como tal, então organizam as suas defesas.

O trajeamento ideológico, a forte esperança num mundo melhor e o sentimento de camaradagem e fraternidade são o terreno de se organizarem defesas e orientações básicas para suportar todas as adversidades, tomando em consideração também factores psicológicos de que se destaca alguma estabilidade emocional e afectiva, o que tem a ver com tipos de personalidade prévia. Creio que a melhor prevenção destas formas de Stress se deve a estes factores, impedindo a actuação permanente do trauma e até permi-

tindo que se faça a integração positiva (tal como a conceptualizou o Psiquiatra polaco Dobrowski). Essa integração positiva do trauma ajuda a manter a auto-estima e a assertividade, tomada como aprendizagem que ajuda a suportar as eventuais flutuações da vida. Muitas pessoas experienciam a sua mundivivência marcadas por pessimismo ou optimismo algo ingénuo, mas aqueles que se orientam por princípios de optimismo difícil, sabem que o sacrifício individual é aceite com vista a um melhor horizonte social.

Tenho para mim, que a tomada de consciência do mundo em que vivemos e do que individualmente representamos, constitui a melhor prevenção de qualquer forma de Stress.

Despeço-me de todos cordialmente.

Metodologia da Preparação Psicológica dos Militares Portugueses em Missões Internacionais

PINTO DA SILVA

O Exército Português tem desde 1996, militares em missões Internacionais no Teatro de Operações (TO) da Bósnia, Kosovo e Timor, e mais recentemente no Afeganistão e no Líbano.

No essencial, uma Força Nacional Destacada (FND) encontra-se organizada em três grupos: Operacional, de Apoio de Serviços e Comando e Estado-Maior. O grupo operacional composto por duas Unidades de Manobra abrange uma parte significativa da força. O grupo de apoio de serviços envolve áreas que vão da manutenção ao apoio sanitário, e o grupo de Comando e Estado-Maior envolve essencialmente as áreas do planeamento e supervisão. Todos os grupos são compostos por Oficiais, Sargentos e Praças.

Estas missões envolvem um período de formação/instrução de tempo variável, que decorre no território nacional (TN), no qual os militares recebem formação para obtenção de competências diversificadas, dependendo das funções que irão desempenhar.

Após o período de formação/instrução, a Força cumpre uma missão de apoio à paz com a duração de 6 meses num dos TO.

As Forças presentes nos Teatros de Operações são alvo de acções de formação e acompanhamento psicológico antes, durante e após o cumprimento da missão, levada a cabo pelo Centro de Psicologia Aplicada do Exército (CPAE), de acordo com o modelo aprovado pelo Exército.

1. Breve descrição da teoria e dos instrumentos aplicados na avaliação psicológica de uma FND

1.1. O Contrato Psicológico

Uma das maiores teorias contemporâneas que procura explicar as relações que se estabelecem entre o empregado e a Organização é a teoria do *Contrato Psicológico*.

O contrato psicológico diz respeito às percepções que os empregados têm sobre as obrigações recíprocas entre si e a Organização (Robinson & Morrison, 1995; Rousseau, 1995).

Integrada na teoria da troca social, esta teoria considera que o comportamento dos empregados é não só influenciado por aquilo que o indivíduo recebe da Organização, mas também pela antecipação de futuros recursos que considera que a Organização tem obrigação de lhe fornecer e, consequentemente, aquelas que também considera serem as suas obrigações para com a Organização.

1.1.1. Ruptura e violação do contrato psicológico

A *percepção de ruptura* refere-se à cognição por parte do trabalhador de que a Organização não cumpriu com uma ou várias das obrigações implicadas no contrato que consigo estabeleceu. A *violação* é um estado emocional e afectivo, que se traduz em sentimentos de ressentimento, injustiça e zanga por parte do empregado, em resposta a essa percepção de ruptura. “A violação é uma experiência emocional, apesar de ser desencadeada por um processo de interpretação, o qual é por natureza cognitivo” (Morrison & Robinson, 1997, p.230).

1.1.2. Potenciais efeitos da violação do contrato psicológico

A literatura tem mostrado o relevo que a violação do contrato psicológico pode ter na explicação das atitudes e comportamentos dos empregados.

O pressuposto subjacente consiste em considerar que se a Organização não cumprir com as suas obrigações, então o colaborador irá responder de forma recíproca, considerando que também já não tem obrigações para com aquela. Dos potenciais efeitos desta violação, destaca-se o decréscimo da confiança dos colaboradores em relação à sua Organização, da satisfação para com o trabalho e para com a Organização, da percepção das obrigações para com a Organização, da intenção de nela permanecer (Robinson &

Rousseau, 1994) assim como, do comportamento extra papel ou de cidadania (Robinson & Morrison, 1995) e do próprio desempenho que será afectado.

A sabotagem e comportamentos agressivos têm sido referidos em casos extremos de violação do contrato psicológico (Fisher & Baron, 1982; Greenberg, 1990; Robinson & Bennett; Tripp & Bies, cit por Morrison & Robinson, 1997).

1.2. *Burnout e Engagement*

O conceito de burnout foi pela primeira vez abordado por Bradley em 1969, como fenómeno psicológico dos profissionais de ajuda (Schaufelli & Enzmann 1998). Porém, o conceito só foi verdadeiramente reconhecido quando, em 1974, o psiquiatra americano Herbert Freudenberger (cit por Schaufelli & Enzmann 1998), num trabalho intitulado “Staff Burn-out”, o retratou, a partir da observação de jovens voluntários que trabalhavam com toxicodependentes. Apesar da motivação intrínseca inicial dos voluntários verifica-se um gradual decréscimo de empenhamento, acompanhado de um conjunto de sintomas físicos e psicológicos.

O burnout aparece assim não como uma resposta individual ao stresse, mas como resultante da relação que o sujeito estabelece com o seu trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Na década de oitenta, o trabalho produzido na área do burnout revelou-se mais sistemático, o que se ficou a dever em grande medida ao aparecimento de um questionário estandardizado o *MBI – Maslach Burnout Inventory*.

A concepção efectivamente mais consensual de burnout viria a ser proposta por Maslach e Jackson (1996) que o caracterizam em torno de três dimensões de sintomas: *Exaustão*, que se caracteriza por perda progressiva de energia, desgaste, esgotamento e fadiga; *despersonalização ou cinismo* manifestada por atitudes negativas, irritabilidade, respostas frias e impessoais; e *falta de realização pessoal* composta pela percepção de respostas negativas em relação ao trabalho e a si próprio. Com base nesta estrutura tridimensional de sintomas, os autores construíram e validaram o MBI, o qual tem vindo a ser, desde então, o instrumento por excelência utilizado na investigação do burnout.

1.3. *Eficácia Colectiva*

As crenças das pessoas acerca da eficácia do seu controlo sobre os acontecimentos que afectam as suas vidas influenciam o modo como realizam

escolhas, determinam os seus objectivos, se esforçam, são perseverantes, resistem às adversidades e determinam os seus comportamentos (Bandura, 1997, cit por Ballesteros & Bandura, 2002).

A *eficácia colectiva* percebida é definida como o quadro de crenças de um grupo nas suas capacidades conjuntas de organizar e executar as acções pretendidas para obter uma resposta exigida (Bandura, 1997, cit por Ballesteros & Bandura, 2002). Ao contrário da auto-eficácia, a eficácia colectiva envolve a interacção, a coordenação e a sinergia da dinâmica social, sendo por isso uma construção colectiva, mais do que a agregação de percepções individuais (Bandura, 2000, 2001, cit por Ballesteros & Bandura, 2002).

A eficácia colectiva é vista como o julgamento dos elementos sobre as capacidades de um grupo para realizar uma tarefa (Little et al., 1997 cit por Pethe, 2002).

Verifica-se acordo na literatura acerca da influência da eficácia colectiva na motivação para o desempenho, num contexto que fornece os níveis adequados de conhecimentos, incentivos, oportunidades e clareza. As percepções de eficácia aparecem como mediadores da relação entre factores de contexto e determinados comportamentos de desempenho (Bandura 1996, cit por Pethe, 2002).

Little et al (1997, cit por Pethe, 2002) encontrou uma relação significativa entre elevada eficácia colectiva e elevado desempenho.

2. Conclusões

O acompanhamento psicológico disponibilizado aos militares a cumprir missões Internacionais tem revelado que as Missões de Paz nos diferentes TO'S implicam um risco psicológico traumático tendencialmente baixo e um elevado custo pessoal, a exigir uma acção de comando a todos os níveis atenta aos problemas humanos, relacionais e afectivos dos militares.

A investigação realizada com este tipo de Forças, tem permitido identificar o *stress positivo* (eustress) como mais frequente na primeira fase da missão até aos 4 meses, por oposição ao *stress negativo* (distress) característico da última fase da missão. Esta tensão psicológica contínua de sentidos diferentes, resulta de acordo com diversos autores, da erosão dos recursos associados à vivência de pressão contínua, podendo conduzir ao burnout.

Esta variação *eustress/distress* é confirmada pelas observações e entrevistas realizadas a militares a cumprir as missões. Contudo, os próprios militares descrevem que o desempenho não é afectado, o que de facto parece confirmar-se pelo sucesso com que os militares Portugueses têm cumprido as missões.

Verificam-se níveis muito baixos e baixos de *stress* em todas as Forças avaliadas, que derivam do facto de haver recursos cognitivos e emocionais para fazer face à distância e às exigências da missão.

Em termos de eficácia colectiva registam-se níveis elevados na generalidade das Forças avaliadas.

A *eficácia colectiva* correlaciona-se significativamente com o treino recebido, com o espírito de corpo e camaradagem e com a relação estabelecida entre o comando e os subordinados. De salientar ainda, uma correlação significativa entre o sucesso da missão e a eficácia colectiva e entre o sucesso da missão e o treino recebido.

Verificam-se *baixos níveis de exaustão e cinismo e elevados níveis de dedicação, absorção, vigor e realização pessoal*. Os baixos níveis de *Burnout* e os elevados níveis de *engagement* podem ser resultado da preocupação dos vários comandos com os espaços de lazer, ocupação de tempos livres e com a realização de actividades de carácter desportivo. Também a comunicação permanente com as famílias através do telefone e Internet, constituem uma forma de relativizar as distâncias físicas e emocionais. De salientar ainda, que as boas condições de alojamento, alimentação, e condições sanitárias parecem também influenciar o bem-estar e o equilíbrio psicológico dos militares.

Como apontamento final é de salientar que em praticamente todas as Forças avaliadas se tem verificado uma preocupação entre os militares contratados ao nível da insegurança percebida no futuro, pela consciência que têm da impossibilidade de continuarem ligados ao Exército, porém, este factor parece não ter influência na ruptura nem na violação do contrato psicológico.

BIBLIOGRAFIA

- BALLESTEROS, R., DíEZ-NICOLÁS, J., BARBARANELLI, G., BANDURA, A. (2002). Determinants and Structural Relation of Personal Efficacy to Collective Efficacy. *Applied Psychology: An International Review*, Vol 51, Nº 1, 107-125.
- MORRINSON, E. W. & ROBINSON, S.L. (1997). When employees feel betrayed: a model of how psychological contract violation develops. *Academy of Management Review*, 22, 226-256.
- MASLACH, C., JACKSON, S.E. & LEITER, M.P. (1996). Maslach Burnout Inventory. Test Manual (3ªEd). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- MASLACH, C., SCHAUFELI, W. & LEITER, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- PETHE, S. (2002). Collective Efficacy: Development of a Measure. *Decision*, Vol. 29, Nº 10, 25-38.
- ROBINSON, S. L., & ROUSSEAU, D.M. (1994). Violating the psychological contract – not the exception but the norm. *Journal of Organizational Behaviour*, 15, 245-259.

- ROBINSON, S. L., & MORRISON, E.W. (1995). Psychological Contract and OCB: The effect of unfulfilled obligations on civic virtue behaviour. *Journal of Organizational Behaviour*, 16, 289-298.
- ROUSSEAU, D.M. (1995). *Psychological contracts in Organizations – understanding written and unwritten agreements*. London: Sage.
- SCHAUFELI, W. & ENZIMANN, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A critical analysis*, London: Taylor & Francis.

Factores Preditores de PTSD e Critérios de Selecção em Profissionais de Actuação na Crise

ÂNGELA DA COSTA MAIA

Resumo

A investigação mostra que mesmo face a exposição profundamente adversa e traumática, uma percentagem elevada da população não desenvolve perturbação psicológica. É igualmente um facto conhecido que algumas pessoas, após exposição traumática, mostram sinais de perturbação psicológica grave e incapacitante, e que esta perturbação pode tornar-se crónica. O objectivo deste capítulo é dar conta do que se sabe actualmente sobre factores preditores de PTSD, e de como é que estes dados científicos podem ser tidos em conta na selecção (e formação) dos profissionais que, por dever de profissão, são continuamente expostos ao sofrimento humano e colocam muitas vezes a sua vida em perigo.

Introdução

Os profissionais que actuam em situações de crise, quer sejam técnicos de saúde como médicos e enfermeiros, quer sejam militares e forças de segurança, quer ainda voluntários de organizações não governamentais, repórteres, ou mesmo políticos, podem ter de fazer face a situações extremas, em que a destruição física, o sofrimento, a morte e às vezes a crueldade das atrocidades provocados por seres humanos podem pôr em causa tudo o que é considerado um mundo justo e com sentido, previsível e seguro. Nessas situações é frequente a sensação de impotência face às necessidades reais de acção e, às vezes, é a própria segurança dos profissionais que é posta em causa, como se pode constatar pelo número de feridos e mortos entre as forças de intervenção em crise.

A exposição repetida a estas situações adversas pode dar origem a oportunidades de desenvolver estratégias adequadas para enfrentar os desafios das situações extremas, mas pode igualmente potenciar um mal-estar

contínuo, provocando efeitos cumulativos que vão delapidando os recursos e tornando os sujeitos sucessivamente mais vulneráveis para fazer face a estes desafios. Este capítulo procura dar conta do que é actualmente conhecido sobre factores que predizem perturbação psicológica após adversidade, de modo a informar sobre critérios que podem ser utilizados quando se tem responsabilidades a nível da selecção ou treino de profissionais de actuação em crise. Nesse sentido procuraremos primeiro definir os diferentes tipos de exposição adversa, nomeadamente crise, adversidade e trauma, referiremos depois quais os tipos de perturbação psicológica que podem decorrer da exposição a trauma e, de seguida, abordaremos os factores de risco e os de protecção para desenvolver psicopatologia, nomeadamente perturbação de stress pós-traumático. O capítulo termina com algumas considerações sobre implicações do conhecimento actual para a formação de profissionais de actuação em crise.

Exposição adversa

O equilíbrio quer físico, quer mental dos seres humanos pode ser posto em causa por algumas situações, sendo que se fala de adversidade para referir uma condição que ameaça o bem-estar físico ou psicológico do ser humano (Gunnar, 2000). A resposta a estas situações é conhecida como resposta de stress, uma cascata de alterações fisiológicas com concomitantes emocionais e cognitivos. No extremo das situações adversas podemos encontrar as experiências traumáticas. O DSM-IV (APA, 1994) define trauma como (...) a experiência pessoal directa com um acontecimento que envolva a morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca de uma morte violenta ou não esperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo” (p. 435). Nesta definição foi ainda incluída a resposta da pessoa ao acontecimento, assumindo que uma experiência só pode ser considerada trauma quando a resposta do sujeito “envolver um medo intenso, sentimento de incapacidade de ter ajuda ou horror (...)” (p. 435).

Entre as experiências normalmente consideradas como potencialmente traumáticas incluem-se experiências pessoais, como acidente, assalto, violação, doença grave, ser confrontado com morte/doença grave em crianças, etc.; mas também outras vivências que podem afectar um grupo ou comunidade, como desastres naturais do tipo terramoto, tempestade, fogo florestal, inundação; ou ainda acontecimentos originados pelo erro ou acção humana, como acontece com desastres industriais, guerra, etc.

As situações traumáticas, especialmente se abrangem um número considerável de pessoas, dão origem à afectação de recursos (meios humanos e materiais) que visam diminuir a ameaça ou o seu efeito sobre os seres humanos afectados. O conceito de crise, que teve, especialmente na Psicologia, um grande desenvolvimento conceptual nos anos oitenta, salienta o desequilíbrio que é imposto aos seres humanos quando percebem que as estratégias e competências habituais são ineficazes para fazer frente à nova situação. Isto significa que face a situações mais ou menos inesperadas, os pressupostos e os comportamentos habituais no funcionamento de uma pessoa ou de um grupo deixam de ser suficientes ou são inadequados, o que exige a emergência de novos recursos que possam capacitar o indivíduo ou a comunidade para lidar com a situação. No caso de destruição massiva de bens ou ameaça à vida, utiliza-se a palavra catástrofe. A catástrofe, segundo a lei de bases da protecção civil, define-se como “um acontecimento súbito quase sempre imprevisível, de origem natural ou tecnológica, susceptível de provocar vítimas e danos materiais avultados, afectando gravemente a segurança das pessoas, as condições de vida das populações e o tecido sócio-económico do País” (site do Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil). A exposição a situações de trauma individual ou colectivo como catástrofes, põe em causa os mecanismos de funcionamento normais e podem dar origem a psicopatologia.

Impacto Psicológico da exposição adversa

A investigação recente tem vindo a procurar averiguar a relação entre experiências adversas e psicopatologia, sendo especialmente consistentes os dados de investigação que relacionam adversidade na infância (e.g. abuso, negligência, testemunhar violência doméstica) e psicopatologia na idade adulta (e.g. Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003). Quando se considera o impacto de experiências isoladas do tipo traumático, a perturbação de stress pós traumática (PTSD na sigla inglesa) está entre os tipos de perturbação psicológica que mais tem sido associada à exposição grave a situações ameaçadoras.

Mas a PTSD não é a única consequência da experiência de trauma. Outras perturbações psicológicas são frequentemente diagnosticadas em pessoas com história de trauma com e sem PTSD. Por exemplo, McFarlane e Papay (1992), ao analisarem estudos com sujeitos que tinham desenvolvido PTSD, encontraram que 80% dos sujeitos tinham outras perturbações e Joseph, Williams e Yule (1997) indicam ansiedade, depressão, abuso de substâncias, problemas cognitivos, problemas de saúde e problemas nas

relações interpessoais como os problemas com mais co-morbilidade com PTSD. O DSM-IV faz eco desta possibilidade ao inventariar áreas que podem estar afectadas: “modulação dos afectos deteriorada; comportamento impulsivo e autodestrutivo; sintomas dissociativos; queixas somáticas; sentimentos de ineficácia pessoal, culpa, desespero ou falta de esperança; sentimento de estar permanentemente diminuído; perda das crenças anteriormente sustidas; hostilidade; isolamento social; sentimento de ameaça constante; deficiência nos relacionamentos com os outros; ou uma alteração nas características prévias da personalidade” (APA, 1994, p. 437). A maioria das pessoas não desenvolve os sintomas suficientes para receber um diagnóstico de PTSD, mas pode desenvolver outras perturbações. Para além disso, recentemente tem sido desenvolvida investigação sobre a relação entre exposição adversa e traumática e saúde, tendo-se verificado que histórias mais adversas estão associadas a um aumento de comportamentos de risco para a saúde, e maior relato de problemas e queixas de saúde (e.g. Walker, Unutzer, Ruttter, Gelfand, Saunders, Vonkorff, Koss & Katon, 1999; cf. Maia, 2006, para uma revisão).

Ainda que se saiba que a exposição a situações adversas aumenta a probabilidade de desenvolver psicopatologia, nomeadamente PTSD, sabe-se também que algumas pessoas (provavelmente a maioria) não mostram sinais de perturbação considerável após experiências ameaçadoras. Este facto sugere que o PTSD não é uma resposta inevitável, restando saber se é um fenómeno aleatório. A investigação sobre predictores de perturbação psicológica após trauma procura dar resposta a esta questão.

Predictores de perturbação psicológica após exposição adversa

Como referimos antes, a possibilidade de se pensar nos factores predictores de perturbação psicológica após exposição adversa ou traumática assume desde logo que existe a possibilidade de se ser exposto a situações extremas e manter o equilíbrio psicológico. Ou seja, o esforço para compreender quem ficará perturbado após uma situação de crise ou catástrofe decorre do facto conhecido de que a prevalência de exposição adversa é superior à prevalência de perturbação. Na verdade foi a constatação dos estudos na comunidade de que a exposição é elevada, mas o número de afectados é muito menor, que levou ao interesse pelo estudo dos factores predictores de perturbação psicológica.

Na prática, o estudo dos factores predictores de perturbação psicológica após exposição adversa procura responder à questão: será que a perturbação psicológica é independente da gravidade das experiências, das características

dos indivíduos que têm as experiências e dos recursos disponíveis? As respostas a estas questões são extremamente importantes atendendo ao debate que tem havido sobre se serão os acontecimentos em si que estão relacionados com o desenvolvimento de perturbação psicológica, ou se esta se deve à vulnerabilidade dos sujeitos atingidos.

As primeiras tentativas de sistematização da literatura basearam-se especialmente em estudos com ex-combatentes, sendo uma das primeiras revisões sobre preditores de PTSD realizada por Shalev (1996), que a partir de dezenas de estudos publicados enunciou os factores de risco, relacionados com vulnerabilidade pré-trauma (doença psiquiátrica familiar, género, factores genéticos e neuro-endócrinos, traços de personalidade, trauma precoce, experiências de cuidado inadequadas e nível educacional baixo), gravidade do stressor, preparação para o acontecimento, reacções imediatas ao trauma e factores pós-trauma (sintomas, suporte social, outros problemas de vida).

Nos últimos anos foram publicadas duas meta-análises sobre preditores de PTSD. A primeira, publicada em 2000 por Brewin, Andrews e Valentine, estudou o efeito de 14 variáveis, cinco delas demográficas (idade, género, estatuto sócio-económico, nível de educação e raça), e mais nove, que Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003), organizaram em 3 grupos: No primeiro incluem-se variáveis históricas e estáticas (história psiquiátrica familiar, abuso na infância, outras adversidades na infância, outra adversidade prévia, história psiquiátrica prévia, inteligência); o segundo refere-se à severidade do trauma; e finalmente o terceiro grupo inclui o suporte social e outros acontecimentos de vida entre a exposição traumática e a avaliação.

Mais recentemente Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003) realizaram uma nova meta-análise, utilizando 7 preditores, alguns deles diferentes do trabalho realizado por Brewin, Andrews e Valentine (2000). A maior diferença refere-se ao facto de neste trabalho ser analisado o contributo da resposta peri-traumática, uma das dimensões que a investigação recente tem vindo a salientar. Assim, para além da existência de pelo menos um trauma prévio, foi estudado o ajustamento pré-trauma, história de psicopatologia na família, percepção de ameaça à vida durante o acontecimento, suporte social percebido após trauma, emocionalidade peri-traumática e dissociação peri-traumática.

Os resultados destes estudos revelaram que todos os preditores estudados são significativos, ou seja o contributo que dão para explicar os sintomas de PTSD é relevante. No entanto existem preditores cujo contributo é claramente mais elevado do que outros. Assim, as variáveis que se referem a características dos indivíduos e da sua história, ou seja, dimensões que são mais distais em relação ao acontecimento traumático, dão contributos baixos, ainda que significativos. Entre estes estão a idade, o género, estatuto sócio-

-económico, nível de educação, a raça, o ajustamento prévio, a história prévia de trauma e a história familiar de psicopatologia. As variáveis com valor predictivo mais relevante são mais próximas do acontecimento traumático e incluem a gravidade do acontecimento, a percepção de ameaça à vida, o suporte percebido, a emocionalidade e dissociação peri-traumática e os acontecimentos stressantes após o trauma.

De modo a melhor identificar o conhecimento que decorre destes estudos, organizaremos as dimensões que têm sido estudadas em três grupos: as características dos sujeitos que são vítimas da experiência, as características da experiência e a resposta imediata do sujeito a essa experiência, e os recursos disponíveis. Falamos, então 1) do acontecimento em si, 2) dos sujeitos (quer das características pré-traumáticas, quer das respostas peri-traumáticas) e 3) dos acontecimentos e recursos pós-traumáticos.

1. O acontecimento: Severidade e tipo da experiência adversa / trauma

Como vimos a severidade do trauma é um predictor significativo para desenvolver PTSD. Para além disso os resultados do estudo de Brewin, Andrews e Valentine (2000) indicam que este efeito é mais claro em estudos feitos com militares do que com civis, e entre estes últimos, mais elevado em crimes, desastres e acidentes de viação do que outros traumas como queimaduras.

De facto vários estudos têm mostrado que quanto pior a exposição a combate mais sintomas de PTSD (e.g. Maia e col, 2006). Para além disso, a gravidade da ameaça em vítimas de crimes, o tipo de exposição (única vs cumulativa), e o facto de se tratar de violência interpessoal (militar vs civil) ou desastre natural, pode estar relacionada com diferentes níveis de perturbação. Quando existe falha, erro ou responsabilidade humana, parece haver mais probabilidade de desenvolver psicopatologia.

Num estudo meta-analítico realizado por Rubonis e Bickman (1991), apenas com investigação junto de vítimas de desastres, as características dos desastres revelaram ser um dos predictores mais importantes de psicopatologia entre os expostos. Outra dimensão importante foi o grau de responsabilidade humana, mas contrariamente ao esperado os desastres naturais estavam associados a maior perturbação psicológica. Isto deveu-se à falta de previsibilidade em situações como erupções vulcânicas ou terremotos, sendo que alguns autores salientam a intensidade da destruição normalmente associada a estas situações, especialmente quando a calamidade é acentuada e podem decorrer grandes períodos de tempo sem que as populações vejam as suas condições de vida estabilizadas.

2. Características do sujeito

2.1. *Características pré-trauma*

Em relação às características sócio-demográficas, os estudos indicam que idade mais jovem no momento do trauma é mais preditor nos homens, o mesmo se passando em relação ao baixo nível sócio-económico e pertencer a minorias étnicas. Atendendo a que estes resultados são primordialmente de estudos com militares, eventualmente é nesta população que esta relação é mais consistente. Em relação especificamente ao género, o feminino dá origem a valores mais elevados de predição de PTSD, mas esta relação tem sido muito discutida atendendo a que não é um preditor significativo em amostras militares. O facto de o ser em estudos com amostras civis (Brewin et al, 2000), pode ser explicado pelo facto de alguma investigação sugerir que em níveis muito elevados de exposição não há diferenças (cf. Nemeroff et al, 2006). De qualquer modo uma das explicações para a diferença na prevalência de PTSD entre homens e mulheres, com as mulheres com o dobro dos valores, é o facto de as mulheres serem expostas a coisas diferentes, sendo mais frequentemente vítimas de violência interpessoal e sexual. Para além disso, quando se compara a resposta dos dois géneros face à mesma experiência, uma maior perturbação das mulheres pode decorrer da sua prévia história de exposição traumática, sabendo-se que têm mais frequentemente, por exemplo, história de abuso sexual.

Ainda no âmbito de variáveis demográficas, o nível de inteligência baixo é igualmente um preditor de PTSD em estudos com militares. Como Brewin e col (2000) afirmam, resta ainda saber o que acontece em vítimas civis.

Quando se considera outras variáveis dos sujeitos, como história psiquiátrica familiar, história psiquiátrica prévia e outros problemas emocionais, verifica-se que sendo todas preditores significativos, o seu poder predictivo não é muito elevado, sendo a depressão prévia o melhor preditor. Note-se que a história psiquiátrica familiar é mais importante preditor para traumas do tipo violência interpessoal do que trauma militar e acidentes; e que a ansiedade e características de personalidade anti-social estão entre as dimensões igualmente estudadas e significativas.

A história de abuso e trauma na infância e outra adversidade prévia são preditores igualmente significativos nas meta-análises, ou seja, os sujeitos com exposição adversa prévia têm mais probabilidade de desenvolver PTSD. Note-se, no entanto, que como Brewin e col (2000) alertam, há vários preditores que podem agregar-se e não ser independentes. Por exemplo, a lite-

ratura verificou que história psiquiátrica familiar potencia o abuso na infância, história de abuso prevê perturbação psiquiátrica e mais baixa inteligência; e, por outro lado, inteligência, educação e nível sócio-económico não são independentes.

Em relação ao neuroticismo tem-se assistido a um grande debate. Recorde-se que esta variável não foi integrada em nenhuma das meta-análises que temos vindo a referir, mas os estudos têm dado origem a resultados bastante contraditórios ou que exigem ainda investigação que permita perceber a relação que existe entre esta característica e a resposta a situações de trauma. Uma das explicações que tem sido avançada pelos autores que encontraram relação entre neuroticismo e PTSD é que os sujeitos com alto neuroticismo têm uma resposta mais elevada às experiências adversas. Uma outra explicação, avançada, por exemplo, por Engelhard e col (2003), é que existe uma grande sobreposição entre sintomas de activação de PTSD e neuroticismo, pelo que não se está a medir nenhum “predictor”, mas um conjunto de sintomas já antes existentes. De facto estes autores realizaram um estudo prospectivo (avaliaram mulheres grávidas antes de elas perderem o filho) tendo verificado que, de facto, o neuroticismo era predictor de PTSD. Acontece, no entanto, que também avaliaram sintomas de activação no início da gravidez, e quando controlaram esta variável, o valor predictivo do neuroticismo deixou de ser significativo. Ou seja, para estes autores é preciso ter cuidado no estudo do contributo do neuroticismo uma vez que o relato de sintomas pontua na escala de neuroticismo, que, do ponto de vista do constructo, é uma “disposição” mais crónica. McNally, Bryant e Ehlers (2003) põe igualmente em causa o significado da relação entre PTSD e neuroticismo, afirmando que mesmo a haver esta relação, nos estudos correlacionais não se sabe se é o neuroticismo que constitui vulnerabilidade para o desenvolvimento de PTSD ou se é uma consequência da exposição a trauma e do desenvolvimento de PTSD, tanto mais que alguns estudos têm verificado que experiências adversas estão relacionadas com o aumento do neuroticismo; ou ainda ambos.

2.2. Resposta peri-traumática do sujeito

Como referimos antes, a resposta do sujeito no momento do trauma tem mostrado ser um dos melhores predictores de PTSD. As variáveis estudadas têm incluído a percepção de ameaça à vida, a activação fisiológica e emocional, mas especialmente a dissociação peri-traumática.

A Percepção de perigo ou de ameaça à vida é um predictor consistentemente referido na literatura, sendo na meta-análise de Ozer e col (2003)

o seu efeito mais elevado em trauma interpessoal do tipo não militar do que noutros tipos de trauma. Em relação às respostas emocionais no momento do trauma, os estudos mostram que o relato de emoções negativas intensas durante e imediatamente após a experiência é predictor de PTSD. Entre estas emoções contam-se medo, impotência, horror, culpa e vergonha. A dissociação peri-traumática (agir como num filme, ver-se a fazer coisas, desorientação) tem sido muito estudada e, por exemplo, na revisão meta-analítica de Ozer e col (2003), é o predictor mais importante de PTSD, o que está de acordo com vários estudos que têm mostrado que esta variável permanece como predictora depois de controladas a contribuição de outras variáveis de ajustamento psicológico. Note-se que em estudos realizados em Portugal, quer com vítimas de acidentes rodoviários (Pires & Maia, 2006); quer em bombeiros (Horta-Moreira, Maia & Fernandes, 2006), a dissociação peri-traumática está relacionada com PTSD.

2.3. Respostas a curto prazo

Os sintomas de evitamento e embotamento, nomeadamente o isolamento social e o afecto restringido, fazem parte do grupo de sintomas agudos que predizem PTSD (cf. Nemeroff e col, 2006). Para além disso, os sintomas de reacção aguda de stress, nomeadamente sintomas de activação e dissociação, têm mostrado ser bons predictores de PTSD em vários estudos (e.g. Pires & Maia, 2006).

3. Recursos

O apoio social é um dos melhores predictores de bem-estar em geral, mas alguns autores têm salientado que é especialmente em situações de stress que o seu factor protector pode ser avaliado. De facto os estudos com vítimas de trauma mostram de uma forma consistente que apoio adequado está relacionado com adaptação, enquanto a ausência de apoio é um predictor de PTSD. Note-se que na análise de Brewin e col (2000) que temos vindo a referir, a ausência de apoio social é o melhor predictor entre as 14 variáveis avaliadas.

Finalmente deve-se salientar o papel cumulativo de experiências de stress, como se pode verificar pela observação de que experiências de stress após o trauma, ou seja, experiências adversas que ocorrem entre o acontecimento em causa e a avaliação, predizem PTSD.

Descrevemos até agora os dados da literatura que indicam quais os preditores de PTSD face à exposição a situações traumáticas. Temos no entanto de salientar que estes preditores nunca explicam completamente a variância de sintomas, ou seja, existe ainda uma parte da sintomatologia que não pode ser explicada por qualquer das variáveis tidas em conta nos inúmeros estudos, o que mostra bem a necessidade de continuar a investigação de modo a compreender cada vez melhor quais as dimensões das situações, dos sujeitos vítimas e dos recursos, que se tornam factores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia após exposição a trauma.

Quando se considera especificamente o pessoal de actuação em crise, encontram-se estudos quer com bombeiros, quer com técnicos de saúde que trabalham na área da emergência pré-hospitalar, quer ainda pessoas que trabalham na área da segurança, como polícias.

Factores preditores de PTSD em profissionais de actuação em crise

Nestes casos estamos perante profissões que são expostas continuamente a situações de sofrimento, de morte, de destruição, e frequentemente põem em causa o seu próprio bem-estar ou mesmo sobrevivência. Apesar de se tratar apenas de seres humanos no exercício de uma profissão, como refere Paton (1996), há frequentemente a expectativa de que se trata de super-homens, invulneráveis à dor, ao sofrimento, à morte; e que não sofrem ao cumprir as suas obrigações. Ao despojar estes profissionais de emoções não se considera as suas vulnerabilidades, e mesmo os próprios podem ter dificuldade em aceitar as suas próprias emoções, mal-estar, culpa ou remorso.

Ao ter em conta o tipo de situações a que estes profissionais estão expostos pode-se considerar quer o efeito cumulativo das situações de stress inerentes a todo o tipo de emergência, quer aquilo que tem sido referido como “incidente crítico” e que se refere a experiências potencialmente traumáticas, que incluem situações como assistir a mortes violentas ou destruição massiva. Nestas situações, para além de ter de ajudar as vítimas primárias, os profissionais de emergência têm de lidar com as suas próprias emoções e, às vezes, a sua própria exposição a perigo. Se a sua preparação e treino os habilitar a lidar com os outros, mas negar a existência de impacto sobre si próprio, podem não existir estratégias adequadas para lidar com as suas próprias reacções e /ou ter apoio para elas, dando origem a sensações de falta de controlo ou reproduzindo estratégias de negação.

Em suma, quando se fala da possibilidade de os profissionais de catástrofe desenvolverem perturbação psicológica, reconhece-se que pode existir

um efeito cumulativo da exposição a stress, e/ou que algumas situações podem ultrapassar as capacidades destes profissionais integrarem as suas experiências.

Considerando o que foi referido na primeira parte deste capítulo, no caso específico destes profissionais, quando se considera os factores predictores de PTSD podem-se considerar as características dos sujeitos, as características das situações a que são expostos, e os recursos sociais e organizacionais que os podem apoiar. Nesta parte salientaremos especificamente o que se refere às características das experiências que as tornam particularmente traumáticas quando se relacionam com o exercício da profissão.

Como vimos antes, a severidade do trauma é um predictor significativo de PTSD. No caso de intervenção em crise, a presença de violência interpessoal pode tornar mais difícil lidar com a situação do que quando se trata de situações de desastre natural, embora neste último caso, se o número de pessoas afectadas for elevado e a destruição bastante extensa, é possível igualmente que dê origem a respostas negativas.

Por outro lado o tipo de pessoas afectadas pode tornar a situação mais dramática para o profissional. Por exemplo, quase todos os estudos mostram que lidar com situações em que as vítimas são crianças é mais perturbador do que quando as vítimas são adultos, e que a identificação com as vítimas ou assistir a vítimas conhecidas é mais perturbador.

A exposição à morte e o confronto/manipulação de corpos tem sido verificado como uma das experiências mais perturbadoras para os seres humanos (e.g. Sutker et al, 1994). Infelizmente em algumas situações de calamidade o número de corpos, às vezes já em decomposição, tornam o exercício profissional um verdadeiro pesadelo. Mas mesmo na ausência de situações de catástrofe, situações como acidentes de viação, em que existe tão frequentemente vítimas mortais, expõem bombeiros, técnicos de emergência médica e mesmo profissionais de brigada de trânsito, ao sofrimento físico e psicológico das vítimas, às vezes presas entre os destroços, ou mesmo a partes de corpos que muitas vezes é preciso remover da estrada. Estas situações, a par de outras como o sofrimento solitário de quem morre abandonado, das ocorrências de suicídio, de situações de abuso e negligência infantil, confrontam repetidamente com o resultado da crueldade da acção humana, e da injustiça e sofrimento que fazem parte da vida.

Para lidar com estas situações os profissionais que actuam na crise tem de ter competências técnicas bem diferenciadas e estratégias de *coping* que lhe permitam manter o funcionamento adequado nas situações de maior tensão, e o equilíbrio no fim da sua missão.

O reconhecimento destas dimensões fazem-nos pensar que se deve ter um bom quadro de referência quando se tem responsabilidade a nível da actuação das equipas de emergência e actuação em crise, pelo que passaremos a abordar as implicações que estes conhecimentos têm para a selecção e treino dos profissionais de actuação em crise.

Como descrevemos antes, as variáveis “históricas e estáticas”, nomeadamente a história prévia de trauma, e o funcionamento mental, são predictores (ainda que não muito fortes) de PTSD. A selecção deve ter em conta quem serão os sujeitos mais provavelmente resilientes e capazes de enfrentar situações de crise. Mas se a imprevisibilidade e a incontrolabilidade das situações são os maiores despoletadores de stress, há que garantir que para os profissionais que actuam em crise todas as possibilidades estejam previstas e os procedimentos bem definidos. As situações bem treinadas e as estratégias mais adequadas para cada situação devem promover respostas peri-traumáticas menos intensas do ponto de vista emocional, e assim reduzir a probabilidade de desenvolvimento psicopatológico. Para além disso, e de modo a colmatar os efeitos cumulativos, a rotação das equipas e o tempo de descanso necessário para recuperar, são essenciais para prevenir os efeitos nefastos da exposição cumulativa.

O apoio social e organizacional deve ser uma garantia de recursos para todos os profissionais que agem em momentos de crise. Estes recursos provaram em todos os estudos terem a capacidade para amortecer o impacto das experiências adversas, e quanto maior for o risco associado à situação, mais recursos protectores devem ser disponibilizados.

Conclusão

Como vimos quem responde ou não com PTSD não é um fenómeno aleatório, e as características dos sujeitos envolvidos e a sua história (factores distais) são factores predictores significativos, ainda que não muito fortes. Factores mais próximos do acontecimento (apoio social, gravidade da ameaça à vida, emocionalidade e dissociação peri-traumática e acontecimentos de vida subsequentes ao trauma) têm o maior poder predictivo. Ainda que haja muita variabilidade nas populações estudadas e nas metodologias, o que torna mais difícil ter dados mais consistentes, existe já a certeza de que há características das pessoas e situações que podem constituir factores de risco para desenvolver psicopatologia, pelo que é relevante ter em atenção aquilo que se sabe que prediz maior probabilidade de perturbação. De uma forma especial há que atender às características das situações vividas e às respostas

imediatas dos envolvidos. Se a gravidade das situações dá um grande contributo para explicar PTSD, há que ter cuidados acrescidos em termos de organização da equipa e recursos disponíveis em situações de grande severidade. Num relato recente sobre a experiência de técnicos alemães que estiveram na Tailândia após o tsunami (Bronisch et al, 2006) estas dimensões estão bem ilustradas, sendo salientado o trabalho contínuo de apoio àqueles que trabalharam na identificação de corpo, e dos recursos que foi necessário mobilizar para poder manter as equipas e cada um dos seus profissionais funcionais em situação de calamidade extrema. Para além da mobilização dos recursos e desta disponibilidade contínua para apoiar os técnicos de emergência, há que estar atento aos que têm uma resposta peri-traumática mais intensa, demonstrando grande emocionalidade, percepção de perigo ou sintomas de dissociação. As organizações responsáveis pelos serviços de emergência devem ter quadros bem preparados e aptos a identificar e apoiar aqueles que em determinado momento têm mais dificuldade em lidar com as situações, e devem favorecer a oportunidade de aprender com todas as experiências, mesmo as mais difíceis, ajudando a construir significados que possam promover aquilo que se tem designado por “crescimento pós-traumático” (e.g. Tedeschi et al, 1997) e se refere à oportunidade de dar um novo significado à vida, tornando os seres humanos que vivem experiências adversas mais “sábios” para enfrentar o mundo.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM – IV). Washington DC: Author.
- BRONISCH, T.; MARAGKOS, M.; FREYER, C.; MÜLLER-CRYAN, A.; BUTOLLO, W.; WEIMBS, R.; PLATIEL, P. (2006). Crisis intervention after the Tsunami in Phuket and Khao Lak. *Crisis*, 27, 42-47.
- BREWIN, C.R., ANDREWS, B. & VALENTINE, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- EDWARDS, V.J., HOLDEN, G.W., FELITTI, V.J., & ANDA, R.F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1453-1460.
- ENGELHARD, I. M.; VAN DEN HOUT, M; KINDT, M. (2003). The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 35, 381-388.
- GUNNAR, M.R. (2000). Early adversity and the development of stress reactivity and regulation. In C.A. Nelson (Ed.), *The effects of early adversity on neurobehavioral development*. (pp. 163-200). London: LEA.
- HORTA-MOREIRA, S., MAIA, A. & FERNANDES, E. (2006). A Experiência de trauma nos profissionais de emergência pré-hospitalar. *Actas do VI Congresso Nacional de Investigação em Psicologia, Vol I* (pp. 54-75). Associação Portuguesa de Psicologia, Portugal.

- JOSEPH, S., WILLIAMS, R., & YULE, W. (1997). *Understanding posttraumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester: Wiley.
- MAIA, A. (2006). Trauma, PTSD e saúde. In P.J Costa, C.M. Lopes Pires, J. Veloso e CTL Pires (Orgs.) *Stresse Pós-Traumático – Modelos, Abordagens & Práticas* (pp. 21-33). Leiria: Editorial Diferença e ADFA.
- McFARLANE AC. & PAPAY P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 498-504.
- McNALLY, R., BRYANT, R. & EHLERS, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in The Public Interest*, 4, 45-79.
- NEMEROFF, C.B., BREMMER, J.D., FOA, E.B., MAYBERG, H.S., NORTH, C.S. & STEIN, M.B. (2006). Posttraumatic stress disorder: A state of the science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 1-21
- OZER, E.J., BEST, S.R., LIPSEY, T.L. & WEISS, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- PATON, D. (1996). Traumatic stress in critical occupations. In D. Paton, & J. Violanti (Eds.), *Traumatic stress in critical occupations: Recognition, consequences and treatment* (pp. 3-14). Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- PIRES, T. & MAIA, A. (2006). Acidentes rodoviários: Incidência de PTSD nas vítimas directas. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro & S.N. Jesus (eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 811-818). Ispa Edições: Lisboa.
- RUBONIS, A. V. & BICKMAN, L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster – psychopathology relationship. *Psychological Bulletin*, 109, 384-399.
- SHALEV, A. (1996). Stress versus traumatic stress from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. In, B. van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth, *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 77-101). New York: The Guilford Press.
- TEDESCHI, R. G., PARK, C. L. & CALHOUN, L. G. (1997). *Posttraumatic growth: positive changes in aftermath of crisis*. New Jersey: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- SUTKER, P. B., UDDO, M., BRAILEY, K., *et al* (1994) Psychopathology in war-zone deployed and non-deployed operation desert storm troops assigned registration duties. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 383-390
- WALKER, E.A., UNUTZER, J. RUTTTER, C., GELFAND, A.N., SAUNDERS, K., VON KORFF, M., KOSS, & KATON, W.J. (1999). Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Archives of General Psychiatry*, 56, 609-613.

Planos de Preparação para Emergências Biológicas

JÚLIO M. GOUVEIA CARVALHO

As ameaças biológicas na actualidade incluem epidemias, pandemias, epizootias, bioterrorismo, agroterrorismo e guerra biológica. Deste facto resulta a necessidade do planeamento de estratégias de prevenção e resposta a nível nacional e internacional.

As acções de prevenção e resposta consistem na integração de áreas de actuação multidisciplinar. Os objectivos principais são a prevenção da ocorrência de catástrofes e a minimização da sua dimensão e/ou o seu impacto. O planeamento destas acções permite a maximização da sua eficácia e eficiência.

A organização dos planos de prevenção e resposta a ameaças biológicas deve integrar todas as áreas intervenientes, desde as operações, que são específicas de cada tipo de ameaça, até às áreas genéricas que são comuns a vários tipos de ameaça, tais como, energia, logística, transportes, segurança, defesa, engenharia, saúde pública, etc.. Uma abordagem comum a esta questão é a definição de planos genéricos onde estão definidos os princípios, a doutrina, os conceitos, a terminologia e os processos organizativos, enquanto que os planos específicos se referem às áreas de aplicação relativamente à ameaça em causa. Exemplos de planos genéricos são o "*National Response Plan*" e o "*National Incident Management System*" dos Estados Unidos da América.

As acções preparatórias para o planeamento de prevenção e resposta para ameaças biológicas devem basear-se na avaliação de recursos, capacidades e competências, na definição dos objectivos de resposta, no desenvolvimento de protocolos com entidades públicas e privadas nas áreas da saúde e na criação de reservas de fármacos e material sanitário.

O planeamento específico para a prevenção e resposta para catástrofes biológicas deve incluir as acções de vigilância e detecção, análise de risco e operações de controlo epidemiológico e saúde pública.

As acções de vigilância e detecção consistem na implementação de redes de vigilância epidemiológica, na criação de competências na área da colheita de amostras, nomeadamente na área do bioterrorismo, na criação de redes interlaboratoriais tendencialmente evoluindo para a especialização laboratorial e na monitorização ambiental.

A análise de risco deve incluir, de uma forma independente, a avaliação do risco, a gestão do risco e a comunicação do risco.

As operações de controlo epidemiológico e saúde pública podem contemplar diversos tipos de acção, tais como, rastreios, quarentenas, abate sanitário de animais, vacinação, acções de descontaminação, estabelecimento de zonas de segurança, restrições à circulação, restrições comerciais e as acções conducentes à prestação de cuidados médicos como a triagem, evacuação e hospitalização.

A implementação destes planos pressupõe a formação, treino e avaliação da adequação dos planos baseada em ciclos de melhoria contínua.

Actuação Antes da Crise: A Análise da Psiquiatra

FERNANDA MENDES

Antes de dar início a esta sempre difícil tarefa, de se fazer a síntese de comunicações proferidas no âmbito de encontros científicos, gostaria de agradecer o convite para participar neste Encontro, particularmente à Dra. Luísa Sales e aos restantes membros da organização que tanto têm contribuído com o seu trabalho para que este evento esteja a decorrer de uma forma exemplar.

Começo pela comunicação do Dr. Louzã Henriques. Este referiu um facto muito importante, já conhecido de todos, que importa salientar: “sem stress não somos nada”. Sem stress, morreríamos como uns cordeirinhos. Por isso, temos de levar sempre em conta essa realidade por diversas vezes salientada ao longo dos trabalhos.

Sabe-se que determinada quantidade de stress é sempre útil, porque é ele que leva à acção e, por isso, é fundamental nas situações de ameaça que têm sido relatadas – as ameaças causadas por catástrofes naturais ou por catástrofes, directas ou indirectamente, provocadas pelo próprio homem.

Foi referido, também que, para além da intensidade do fenómeno e o tempo de exposição, existem condições que estão no próprio indivíduo que permitem prever se esse sujeito poderá desenvolver, ou não, uma Perturbação por Stress Pós-Traumático.

O Dr. Louzã Henriques enfatizou ainda que se pretendermos realmente falar de factores de protecção, há algo muito importante a salientar e, que na actualidade, parece não soar muito bem, que é a questão dos valores. A questão das pessoas terem um objectivo na vida para além de uma profissão, de ganharem razoavelmente bem e possuírem as suas coisas materiais. A pessoa sabendo o que quer e porque luta – por determinado objectivo ou por determinado fim –, isto, por si só, é, desde logo, uma grande protecção.

Salientou também a especificidade de cada caso individual, ou seja, por detrás de cada situação há uma história pessoal. Se há uma história pessoal,

há um drama que não se restringe ao corte daquele momento, o corte transversal. Como foi dito nesta Mesa, há a história anterior, as experiências prévias que funcionam como um factor predictivo de se adoecer, ou não, quando se fica exposto a essa condição traumática, a essa ameaça.

Outra questão, também ela essencial, é a relacionada com o conhecimento do tempo de exposição, quanto tempo a ameaça perdurará, ou seja, a noção do seu término, ou de que nunca findará. Neste caso constituir-se-á numa malha, uma rede, como uma prisão perpétua. É claro que esta última situação de ameaça é extremamente destruidora do ser humano, daquilo que ele tem de mais nobre, que é o seu psiquismo. Destrói no sentido em que o indivíduo não se pode projectar para o futuro e este aspecto é fundamental para que o sujeito se possa reorganizar.

O indivíduo ao longo do seu desenvolvimento pode ter uma determinada ruptura, mas é essencial, a dado momento e, partindo sempre do passado, encontrar a continuidade dos passos a prosseguir, virados para o futuro. Há uma reconstrução permanente.

Outro aspecto focado pelo do Dr. Louzã Henriques diz respeito ao risco, ao conhecimento dos riscos, quando se opta por determinado tipo de vida ou pela luta de um dado objectivo. É semelhante ao que sucede na actualidade, quando um grupo de militares decide oferecer-se para uma missão de paz. Essas missões têm os seus objectivos e riscos. Portanto, esses indivíduos ficam automaticamente ligados a um objectivo comum, relacionado com o futuro próximo.

O problema é, como foi dito, quando as coisas acontecem numa imprevisibilidade total, quando não se está preparado, facto muito diferente do que acontece com esses militares. Como foi salientado pelo Major Pinto Silva, os homens e mulheres que vão nessas missões são alvo de uma prévia preparação psicológica. Há métodos utilizados para esse efeito e estão sendo desenvolvidos outros para avaliar e melhor preparar essas pessoas.

Lembrou, ainda, a importância dos testes psicométricos, mas também e, não menos relevante, a globalidade da preparação, de ao fim e ao cabo serem ensinadas técnicas a esses indivíduos para melhor poderem lidar com o stress. Desde o relaxamento, à aquisição de estratégias relacionadas com o stress no território, ou no teatro (como também se costuma denominar) de uma missão de paz ou de uma missão de guerra.

Portanto, temos aqui a questão relacionada com o indivíduo, cada sujeito tem a sua própria experiência traumática, as suas experiências prévias, mas também a sua personalidade. A personalidade, como foi referida por todos os intervenientes nesta Mesa, e ao contrário do que alguns trabalhos relatam, é um dado indispensável.

Também necessário, e aqui salientado, é o apoio social e técnico. O indivíduo que sabe que tem uma rede de suporte passa melhor a fase de expo-

sição e fica mais protegido em relação à aquisição da perturbação de stress pós-traumático. Neste aspecto, importa que o indivíduo tenha consciência do papel desses recursos e que os tem ao seu dispor. Muitas vezes desconhecemos e por isso não se socorre deles quando necessário.

E para terminar a Professora Doutora Ângela Maia focou de uma forma minuciosa e clara os factores predictivos de vulnerabilidade. Os estudos de meta-análises que referiu ter consultado, não dão consistentemente mais indicadores para além dos já mencionados, e que, afinal, o género não tem tanta importância como em alguns trabalhos é apontado; em determinadas circunstâncias a dimensão do acontecimento e o tempo de exposição são fundamentais; a história psiquiátrica também; a maneira como o indivíduo lida com as situações de stress na sua vida normal idem; e que as perturbações da personalidade indicam à partida que o indivíduo deve ser excluído.

Posto isso, e tendo em conta as apelativas e elucidativas exposições efectuadas pelos intervenientes desta Mesa, nada mais tenho a realçar, dando por finda esta minha tarefa.

Muito obrigado a todos.

Actuação antes da Crise – Comentário Final

ANTÓNIO J. RIBEIRO DA SILVA

No decurso deste painel verificou-se a existência de uma convergência de ideias e de pontos de vista, entre os diferentes palestrantes apesar da sua formação diversificada e das suas distintas personalidades.

Toda a situação de crise ou catástrofe é acompanhada pela ocorrência de fenómenos de stress, vivenciados pela comunidade.

O stress representa, em si mesmo, um importante mecanismo de defesa dos seres vivos, perante situações adversas do meio e consiste no desencadear de um certo número de reacções, psico-fisiológicas que permitem dentro de certos limites, preservar a sua integridade física e emocional. É o que explica que mesmo em circunstâncias profundamente adversas e traumáticas, não tenham ocorrido perturbações psicológicas importantes, numa parte significativa das populações que vivenciaram determinados acontecimentos.

Cabe aos Serviços de Saúde através da Psicologia e da Psiquiatria, identificar os factores mais importantes no desencadear de sequelas pós-traumáticas e em consequência, elaborar modelos preventivos e de suporte às populações alvo, de modo a minimizar os efeitos nefastos das situações geradoras de stress.

Nesse sentido foram identificados os principais factores, denominados predictivos, que interferem no processo desencadeador da doença, habitualmente designada como síndrome de stress pós-traumático, nos indivíduos expostos a situações de grande violência física e emocional. Estes factores englobam o acontecimento em si mesmo (a sua intensidade, as circunstâncias em que ocorre, a sua imprevisibilidade e a sua extensão) e as características psíquicas dos sujeitos (a sua vulnerabilidade e o seu modo reaccional). As experiências prévias dos sujeitos, o conhecimento dos riscos e a posse de um conjunto de valores, eventualmente motivadores para enfrentar e assumir as ameaças, são factores que influenciam as consequências da exposição ao trauma, na medida em que permitem realizar o que foi desi-

gnado como integração positiva do trauma, dando sentido às consequências e ajudando a preservar e mesmo aumentar, os valores de auto-estima pessoal, minimizando os efeitos sequelares, a nível psíquico e moral.

Foi com base nestes conhecimentos, que os serviços de psicologia militar conceberam um modelo de apoio aos militares das Forças Nacionais Destacadas (FND). Este modelo consiste na implementação de medidas de formação e treino, integradas no processo de preparação para a missão e que através de um profundo conhecimento da mesma, das circunstâncias em que iria decorrer e do ensino de técnicas para lidar com o stress, se minimiza o factor de imprevisibilidade. Completada com acções de acompanhamento no terreno e tendo em conta a importância da integração social e da comunicabilidade, dentro de todo o grupo e com as famílias, foi possível minimizar os efeitos potencialmente nefastos da mesma e conseguir um excelente nível de sanidade mental.

QUE INTERVENÇÃO NA CRISE?

ABÍLIO GOMES

JOSÉ ALBERTO MARTINS FERREIRA

VÍTOR ALMEIDA

JOSÉ ADRIANO FERNANDES

FERNANDO PASSOS

SARA ROSADO

BRUNO BRITO

JOÃO PEDRO OLIVEIRA

Intervenção do Serviço de Saúde Militar nas Operações de Resposta a Crises

ABÍLIO GOMES

“A História Médica da Guerra projecta luz, não apenas sobre o sofrimento dos que combatem, mas também sobre a dedicação dos que salvam.

Embora a associação entre chacinar e salvar seja paradoxal, ela existe e ajuda a moldar a natureza da guerra moderna – e da medicina moderna também.”¹

Conceito

Podemos entender crise como situação caracterizada pela perturbação temporária, de duração variável, da organização social, política, económica e de segurança de uma comunidade, região, país ou área geográfica, em grau e escala em que ficam comprometidos o bem-estar e a segurança dos indivíduos, e em que os recursos disponíveis são insuficientes para fazer face à ameaça instalada.

O tipo de ameaça à estabilidade é, por definição, variável, como variável é o cenário de crise. Pode tratar-se de uma crise militar, nas suas diversas formas de apresentação, seja de conflito aberto convencional, seja de guerra dita assimétrica, ou ainda de emprego de forças em operações genericamente designadas como de apoio à paz, ou em cenários de catástrofe natural. Em todos os tipos de crises instaladas, a ajuda humanitária às populações vítimas dos efeitos da ameaça é uma necessidade efectiva, estando as linhas das operações militares cruzadas com as de operações de cariz humanitário.

¹ The Medics' War, Albert E. Cowdrey, Washington DC, 1986.

Base doutrinária de emprego do apoio sanitário de campanha

O apoio sanitário às operações militares obedece a princípios que são o pano de fundo doutrinário sobre o qual se inscrevem as várias tipologias de missões. A estrutura sanitária militar é orgânica do sistema de forças, logo tem a mesma matriz que elas, pelo que os seus profissionais aliam à sua condição técnica a condição militar. Desta dupla condição resulta a criação de sinergias positivas, em clima de dupla lealdade a códigos éticos e deontológicos diferentes. A sua função consiste em apoiar as forças que integra ou aquelas a quem as unidades sanitárias forem atribuídas. No sentido genérico, a sua missão é designada como “Evacuação e Hospitalização”.

Esta função, segundo a doutrina NATO, influenciada desde a II Guerra Mundial pela doutrina americana, é integrada na Função Logística e é desempenhada por um Sistema de Evacuação e Hospitalização. Este sistema é constituído pelo conjunto de instalações de apoio sanitário empenhadas nas actividades de reunião, tratamento, evacuação e hospitalização dos indisponíveis.

As suas instalações e serviços estão dispostos segundo uma cadeia de evacuação estratificada em escalões, aos quais são atribuídas funções e competências (“roles”) hierarquizadas. Na referida cadeia, a instalação mais simples e mais avançada no Teatro de Operações é o Posto de Socorros do Batalhão de manobra. As mais recuadas, complexas e completas são os Hospitais da Zona de Comunicações e da Zona do Interior.

A evacuação sanitária é definida como o processo de deslocar o indisponível desde o campo de batalha ou outro local para sucessivas instalações de apoio sanitário ou só para uma delas, de acordo com o processo de triagem. Distingue-se da função logística Transporte porque o tratamento é mantido durante o deslocamento. Este sistema é governado por um processo de regulação sanitária, da responsabilidade dos Oficiais Médicos inseridos numa cadeia de comando sanitária.

A designação “Evacuação e Hospitalização”, aparentemente redutora, mascara, de facto, uma função abrangente e complexa. Assim, ela compreende um leque de actividades desempenhadas por um sistema de saúde integral: desde a medicina preventiva, os cuidados primários e a triagem, passando pela evacuação e o atendimento em hospitais centrais gerais, até à gestão de recursos humanos, materiais e financeiros e à regulação sanitária.

Desta forma, o Serviço de Saúde Militar (SSMil) constitui-se, não como um mero agente anódino de *outsourcing* de cuidados de saúde, mas antes um sistema que, sendo parte integrante da própria estrutura militar, lhe fornece o apoio para o qual está geneticamente talhado: contribuir com cuidados de saúde, preventivos e curativos, para a manutenção do potencial de combate

das Forças, através da sua participação no aprontamento, protecção e sustentação das mesmas. Para ser eficiente nesse objectivo, o SSMil terá de desempenhar o seu papel num determinado tipo de enquadramento, que impõe condicionalismos e gera contingências de tempo e de lugar. Para fazer face a estes desafios, o SSMil terá que criar e moldar os seus próprios recursos humanos, acrescentando a uma sólida formação de base técnico-sanitária, uma formação tático-sanitária e uma aculturação militar. Os profissionais de saúde militar estão preparados para actuar em condições difíceis, praticando um estilo de liderança moderna, em ambiente de camaradagem, com disciplina, resiliência física e mental. Estas características são asseguradas pelos programas de selecção, de treino e formação a que os profissionais de saúde militar são submetidos.

Na perspectiva global da sua actuação tática e estratégica, o SSMil rege-se pelos princípios da Logística:

- **Continuidade** – exprime a ideia de que, uma vez iniciado, o tratamento poderá ter que decorrer, de forma contínua, ao longo de um ou mais elos da cadeia de evacuação, só terminando onde e quando estiver conseguida a recuperação do indisponível.
- **Mobilidade, Conformidade, Proximidade, Flexibilidade** – para apoiar as Forças em operações, as unidades de saúde têm de ter, por meios próprios, mobilidade (a mesma da Força apoiada), serem adequadas e em conformidade com as necessidades criadas pela actuação das Forças, das quais deverão ser próximas, e ainda serem dotadas da flexibilidade que permita adaptarem-se continuamente às mudanças impostas pelas alterações frequentes do cenário tático.
- **Controlo** – O apoio sanitário, quer no que se refere aos procedimentos, quer à utilização dos diferentes recursos, por definição escassos em ambiente de crise, é sujeito a um controlo centralizado ao mais elevado nível da cadeia de comando sanitário.

Devido à sua especificidade, a NATO, através do COMEDS, estabelece para o apoio sanitário um conjunto adicional de princípios:

- **Respeito pelas Convenções Humanitárias (Haia e Génèbra)**

Todos os feridos e doentes devem ser tratados segundo as suas necessidades clínicas e os recursos de saúde disponíveis, e não com base em critérios políticos, religiosos, de alinhamento nos conflitos ou outros.

- **Padrões de Qualidade dos Cuidados Médicos** – Em situação de crise ou conflito a qualidade dos cuidados de saúde deve ser aceite por todas as nações participantes, e o mais próxima possível da de tempo de paz, tendo presentes os condicionalismos do contexto das crises.

- **Manutenção da Saúde e Prevenção da Doença**

O planeamento do apoio sanitário deve englobar medidas para a prevenção das doenças e lesões nas forças destacadas, por forma a promover a sustentabilidade dos seus efectivos.

- **Garantir o espectro completo das responsabilidades do serviço de saúde**

Medicina preventiva, primeiros socorros, ressuscitação e estabilização das funções vitais de emergência, para evacuação e tratamento especializado definitivo.

- **Constrangimentos dos cuidados de saúde relacionados com o tempo**

As medidas de controlo de danos necessárias para ressuscitar e estabilizar vítimas devem ser executadas com a máxima prontidão e o mais à frente possível, para salvar vidas e membros, o que exige deslocamento para o terreno de meios e módulos que disponibilizem capacidade cirúrgica e de cuidados intensivos de 1ª linha, da melhor qualidade possível. O planeamento do apoio sanitário deve preparar para esta possibilidade.

- **Triagem**

Necessária para garantir os melhores cuidados de saúde ao maior número de indisponíveis, ela é de importância vital em caso de ocorrência de baixas de forma explosiva, em números que excedem a capacidade das instalações sanitárias. Ao longo da cadeia de evacuação, ela deve ser repetida em todos e cada um dos escalões pelos quais o indisponível necessite transitar.

- **Estabilização para evacuação**

A decisão relativa à prioridade, oportunidade, meios e destino da evacuação dependem da situação clínica do indisponível. Este será deslocado apenas depois de estabilizado, através de tratamentos médicos ou cirúrgicos de 1ª linha, para que possa em segurança transitar para o escalão mais recuado capaz de lhe prestar os cuidados definitivos, necessários à sua recuperação.

- **Sigilo Médico**

A informação contendo dados do registo clínico do paciente só deve poder ser comunicada a quem dela tenha necessidade médica e sob enquadramento da política e legislação nacional.

Em linhas gerais, o apoio sanitário de campanha, regido pelos princípios atrás enunciados, compreende um leque de funções e capacidades que podem ser postas ao serviço da gestão de crises:

- a) Prevenção de baixas por doença ou lesão não devida ao combate, através da vigilância médica, e controlo da doença e lesão.

- b) Tratamento avançado médico-cirúrgico e de trauma.
- c) Unidades médicas padronizadas, de desenho modular.
- d) Unidades de evacuação aérea e terrestre padronizadas, utilizando a evacuação aérea como método primário de evacuação médica no campo de batalha ou cenário de crise.
- e) Máxima utilização da tecnologia emergente para melhorar a sobrevivência no campo de batalha, e diminuir a exigência de mobilidade e recursos.
- f) Hospitais flexíveis, reactivos e projectáveis, desenhados e estruturados para apoiar as várias missões de forças destacadas.
- g) Sistemas de apoio auxiliares e funcionais usando as tecnologias do estado-da-arte.
- h) Unidades de comando e controlo (C2) capazes de permitir uma unidade de acção e comando que garanta a utilização coordenada de unidades sanitárias em operações que implicam dispersão e desdobramento.

Tipologias das Operações de Resposta a Crises²

Quanto à sua natureza, as crises podem ser de índole política, militar ou humanitária, podendo ter como causa uma disputa política ou um conflito armado, um acidente tecnológico ou um desastre natural.

Para a missão da NATO as crises, e bem assim as operações realizadas para lhes fazer face, subdividem-se em 2 grupos; as que decorrem da aplicação do Art.º 5 e as que passaram a designar-se como “Operações de Apoio à Paz”, ainda que assumam designações particulares em função da especificidade da fase em que a crise se encontra (prevenção de conflitos; manutenção da paz; restabelecimento da paz; imposição da paz; consolidação da paz; deslocamento preventivo; operações humanitárias).

Assim, para a NATO, a gestão de crises é um conceito alargado que vai para lá das operações militares destinadas a garantir a defesa colectiva dos países membros (Art.º 5) e pode incluir aspectos como a protecção das populações ameaçadas ou vítimas de desastres naturais ou provocados pelo Homem. Na prática, a distinção entre assistência humanitária, manutenção de Paz e consolidação da Paz nem sempre é clara. Em situações de crises complicadas, estas actividades muitas vezes sobrepõem-se.

Portugal tem participado, com as suas Forças Armadas, em operações humanitárias e de apoio à paz desde 1991. Esta participação decorre de

² NATO Handbook 2006.

compromissos assumidos no âmbito das organizações internacionais de que o nosso país faz parte integrante (ONU, NATO e UE). Na Bósnia Herzegovina, a missão de maior duração, foram envolvidas unidades de escalão batalhão, o mesmo acontecendo no Kosovo. As missões em curso, ou recentemente concluídas, têm envolvido militares e forças, aprontados pelos 3 ramos, sob a forma de unidades, elementos de estados-maiores ou observadores militares. A missão do serviço de saúde militar consistiu em prestar apoio sanitário aos efectivos do contingente nacional que integra as operações, estendendo-se esse apoio nalgumas delas a todos os elementos que constituem a força multi-nacional. Nalgumas das operações o serviço de saúde teve um papel decisivo, pelo contributo que deu à reconstrução das estruturas das nações hospedeiras, saídas de situações de catástrofe resultantes de conflitos étnicos, disponibilizando o seu *know-how* técnico e organizativo, como complemento das acções de segurança e de desenvolvimento realizadas pelas restantes componentes não sanitárias das forças. Assim ocorreu no Kosovo e em Timor-Leste. Em 2005, militares do serviço de saúde de Portugal (médicos especialistas) foram deslocados para o Paquistão, para prestar apoio médico às populações vítimas do terramoto então ocorrido.

Em Timor, Portugal participou com o seu serviço de saúde militar na UNTAET (United Nations Transitional Administration in East Timor), que tinha um efectivo assim constituído: 8.950 elementos do contingente, 200 observadores militares da ONU e 1.640 elementos de polícia civil e de pessoal administrativo.

Nesta missão de manutenção de paz, a ONU assumiu o transcendente encargo da administração provisória de todo um país nascente, até estarem completadas as condições para a constituição de um estado timorense autónomo e soberano.

A missão da unidade de saúde militar consistia em dar apoio aos efectivos da missão, bem como prestar apoio humanitário às populações daquele País em construção.

A Força a apoiar era composta por:

- Quartel-General da Força
- 3 Comandos de Sector (o mais extenso era da responsabilidade do Batalhão português)
- 7 Batalhões de Infantaria
- 2 Unidades de Comunicações
- 3 Unidades de Engenharia
- Unidade de Transporte de Carga
- Unidade de Reabastecimento
- 3 Unidades de Helicópteros de Transporte

- 3 Unidades de Controlo de Movimentos
- Unidade de Polícia Militar
- Unidade de Assuntos Cívicos

Para cumprir a sua missão no plano sanitário a Força dispunha das seguintes unidades:

- Unidade Médica de nível 1 (1 por batalhão) – A Unidade Portuguesa, de nível 1+, dava apoio a cerca de 1150 cidadãos portugueses (1 Batalhão reforçado de 706 efectivos, elementos militares individuais e outros agentes do Estado Português e ainda 150 efectivos da GNR em missão no território).
- Unidade Médica de nível 2 (total: 2)
- Unidade Médica de nível 3
- Unidade Médica de nível 4 – localizada na Austrália
- Elemento de Higiene e Medicina Preventiva
- Unidade de Evacuação Médica

A rede sanitária do território encontrava-se em níveis muito baixos de operacionalidade, dispondo de 12 hospitais, 68 centros de saúde, 123 médicos de clínica geral, 11 médicos especialistas, 10 dentistas, 1521 enfermeiros e verificava-se uma escassez dramática de medicamentos.

As condições ambientais caracterizavam-se por temperatura e humidade elevadas, e os índices sanitários eram precários: água de qualidade duvidosa, saneamento básico muito deficiente, mortalidade infantil elevada (160/1000 para uma população estimada de 850.000 habitantes). A orografia do território, bem como a deficiente rede viária e o seu mau estado de conservação tornavam indispensável a utilização do transporte aéreo para todo o tipo de deslocamentos.

Eram mais prevalentes algumas patologias, como a diarreia, malária, tuberculose, febre tifóide, cólera, hepatite, e o dengue, que constituíam outros tantos factores de risco para o pessoal que integrava a missão, bem como as lesões e doenças resultantes do contacto com espécies locais: animais venenosos (centopeias, escorpiões, tarântulas, cobras, peixes, medusas) e plantas irritantes ou venenosas.

Na Missão de Observação das Nações Unidas em Angola (MONUA), Portugal, enquanto País contribuinte com o contingente mais numeroso, assumiu o comando do dispositivo sanitário global da Missão, que se distribuía por todo o território de Angola, com base nos Quartéis-Generais Regionais (QGR) da Força, sediados nas principais capitais de distrito. A direcção e supervisão desta estrutura era exercida por um Coronel Médico português no cargo de Force Medical Officer (FMedO), que estava inserido numa

cadeia de comando sanitário que tinha o seu ponto mais elevado a nível do Departamento de Operações de Manutenção de Paz na sede da ONU, em Nova Iorque.

Os comandos subordinados, na dependência directa do FMedO, eram responsáveis pelas unidades sanitárias periféricas, sediadas junto aos QGR, com capacidade sanitária de nível 1, incluindo-se nesta cadeia também o Senior Medical Officer (SMedO), que era o oficial médico mais graduado, dentro dos oficiais dos comandos subordinados, tendo à sua responsabilidade o comando do Destacamento Sanitário n.º 7/Hospital Cirúrgico Móvel português. Esta estrutura assegurava o apoio sanitário de nível 2+, sendo o apoio sanitário de nível 3 assegurado por uma unidade privada de saúde da nação hospedeira, em Luanda, e o apoio sanitário de nível 4 pelo Hospital Militar n.º 1, em Pretória. Nesta missão o objectivo do dispositivo sanitário era exclusivamente o apoio aos efectivos da MONUA, militares e civis, que na sua máxima força totalizaram 6629 em toda a quadrícula do território, com maior concentração na área de Luanda.

Novo ambiente geo-estratégico – consequências

Na era que sucedeu à queda do império soviético, o ambiente geo-estratégico dele emergente criou as condições para o reconhecimento e reforço de uma identidade europeia de defesa dentro do sistema transatlântico de segurança.

A perspectiva de um novo sistema de alinhamento dos países do Leste catalisou esta evolução e fez com que não só a UEO, criada em 1948 para garantir a segurança colectiva da Europa, mas também a NATO, que desde 1949 fora o principal garante da segurança na Europa Ocidental, assumissem naturalmente um protagonismo crescente no novo ambiente pós-queda do Muro de Berlim. Simultaneamente foi lançado um programa, designado “Parceria para a Paz”, destinado a criar sólidas relações de cooperação em matéria de defesa e segurança europeia, com países exteriores à NATO, em particular os signatários do antigo Pacto de Varsóvia.

Assim surgem, por impulso da UEO, as chamadas “missões de Petersberg”, em 1992, configuradas como missões humanitárias ou de evacuação dos cidadãos nacionais, de manutenção de paz, missões de combate para restabelecimento da paz e outras no âmbito da gestão de crises.

A concertação havida entre os vários actores de segurança e defesa europeus conduziu à assinatura de um acordo de parceria estratégica no âmbito da gestão de crises, entre a UE e a NATO, que culminaria na criação de uma força de reacção rápida – NATO Response Force (NRF).

Essa estrutura militar poderá constituir uma plataforma de projecção de unidades especializadas para prestação de assistência humanitária ou socorro, podendo englobar distribuição de alimentos e medicamentos, assistência técnica ou logística, ou serviços de desminagem.

Pela prevenção da doença, pelo rápido tratamento dos doentes, e a sua evacuação e eventual recuperação e regresso à missão, o serviço de saúde dá um contributo-chave para a protecção e sustentabilidade, e consequentemente o moral da Força (NRF).

Dada a imprevisibilidade da ocorrência das crises, no que respeita a data e local de eclosão, número e tipo de efectivos e meios a deslocar, é fundamental que essa força possua o mais elevado grau de prontidão e disponha da capacidade de ter os seus efectivos treinados de forma o mais abrangente possível, com recurso aos mais modernos e sofisticados meios conhecidos. Da aplicação destes princípios se pretende igualmente garantir a esta Força e às suas sub-unidades uma flexibilidade que as torne capazes de se adaptarem a qualquer situação e capacidade de sobrevivência e auto-sustentação por períodos até 30 dias, garantida por capacidades logísticas e sanitárias orgânicas.

Novas ameaças – novas exigências

No rasto dos grandes eventos a que o final do séc. XX e o início do séc. XXI têm vindo a assistir (queda do muro de Berlim, Crise do Iraque e 11 de Setembro) é de esperar que os conflitos assumam menos o padrão convencional, com envolvimento de números maciços de tropas em campos de batalha fixos. Mais provável será a ocorrência de operações de “manutenção de paz”, de resgate de reféns, “conflitos de baixa intensidade”, de combate em zonas edificadas, de contra-subversão e outras, desenroladas num campo de batalha disperso, com carácter fulgurante e exigência de elevada mobilidade, rápido planeamento e organização de tarefas, e linhas de comunicação alongadas.

Neste novo enquadramento o apoio sanitário de campanha, que por definição se exerce de forma contínua ao longo de uma cadeia de escalões hierarquizados, da frente para a retaguarda, será desenhado para responder aos novos cenários e necessidades.

As unidades que o executam devem ser ágeis, móveis e deslocáveis, com capacidade de auto-sustentação e sobrevivência, com desenho modular, para apoio de operações militares e aptas a desempenhar operações de assistência humanitária a organizações e populações, capazes de actuar em situações ambientais extremas e de segurança precária.

Dada a proliferação difusa do conhecimento técnico para construir Armas de Destruição Massiva, é cada vez mais provável a hipótese de “actores não estatais e terroristas pós-modernos, com as suas visões apocalípticas e a crença de que actuam em nome de um poder mais elevado” incluírem no seu arsenal “Armas de Destruição Massiva”, no espectro NRBQ, que vai desde a mais simples arma química até à bomba nuclear, passando pela mais simples das armas biológicas e pela chamada “bomba suja”, “para maximizar as suas taxas de letalidade e dirigir uma mensagem mais forte e ameaçadora aos seus inimigos”.³

No que respeita à organização de Saúde Militar da NATO, a sua actuação é sujeita a uma coordenação pelo COMEDS (Comité dos Chefes dos Serviços de Saúde Militar da NATO), organismo composto pelas autoridades sanitárias máximas representando os Países membros, que exercem um papel de assessoria médica junto do Comité Militar da NATO. É responsável pelo desenvolvimento e coordenação dos assuntos médico-militares. Agrega ainda os assessores médicos do Comando Estratégico da NATO, um representante da Agência de Standardização da NATO (NSA), o presidente do Joint Medical Committee (JMC), um representante do Comité Militar e um representante do Staff Militar Internacional (IMS). Nas suas reuniões bi-anuais são convidados os representantes médicos dos países da parceria para a Paz desde 2001. Numa altura em que as missões da NATO têm um formato cada vez mais conjunto, a acção do COMEDS no sentido de promover a troca de informação, a coordenação, a standardização e a interoperabilidade no campo do apoio sanitário adquire um ainda maior destaque. Estas características são ainda mais críticas no contexto das ameaças actuais. O COMEDS exerce a sua acção através de Grupos de Trabalho que reúnem semestralmente, designando painéis de especialistas em várias áreas da saúde, fazendo uma ligação para a NSA através do Medical Standardization Board e lateralmente com o JMC e o Weapons of Mass Destruction (WMD) Centre, os Assessores Médicos dos Comandantes Estratégicos da NATO e o Painel de Factores Humanos e Medicina da Organização de Tecnologia e Investigação.

Cooperação civil-militar

É cada vez mais evidente, e a história mais recente das crises bem o demonstra, a necessidade do envolvimento dos vários actores que querem e

³ Stan, Clark *Journal of Counterterrorism and Security International*, 1999 edition, Vol. 5, No. 4, Pg. 8-11.

podem intervir na gestão das crises. O que também é evidente é a necessidade de que essa participação seja concertada e não concorrente, para uma adequada gestão dos recursos e maior eficiência no apoio às populações. A doutrina disponível é clara quanto a isso, mas não tem sido aplicada tanto quanto seria desejável. Todas as organizações que cooperam com a ONU, nomeadamente as ONG, de carácter religioso ou outro, têm um papel muito importante a desempenhar, mas devem submeter a sua actuação a estratégias conjuntas acordadas com aquela organização, a NATO ou outra organização de defesa colectiva líder.

O Planeamento Civil de Emergência e a sua estrutura consagram estes princípios, quer a nível nacional, quer a nível das organizações internacionais. Assim, a NATO é dotada de um órgão designado Centro de Coordenação Euro-Atlântico de Resposta à Catástrofe (EADRCC), cuja missão é estabelecer com as organizações especializadas dos países membros e parceiros para a Paz, estratégias e regras de actuação coordenada em caso de ocorrência de catástrofes. Essas organizações reflectem na sua estrutura o carácter multi-disciplinar e multi-sectorial da gestão das crises, através da participação de actores militares e civis. Ao nível da NATO, integrado no Comité Sénior de Planeamento Civil de Emergência (SCEPC), existe o JMC, que integra elementos de cada País membro da área da Saúde civil e militar. Em nome da NATO, e sob os auspícios do SCEPC, promove a coordenação entre as autoridades sanitárias civis nacionais e as autoridades sanitárias militares, para um planeamento médico conjunto.

Nos intervalos inter-críticos é importante treinar a capacidade de actuação na crise, e isso deve ser feito com o envolvimento de todos os tipos de parceiros, em respeito por aquelas regras.

Factores de ponderação de utilização de unidades sanitárias militares

No planeamento da resposta às crises, as organizações de segurança e defesa entram em linha de conta com critérios de custo-eficácia, alinhando os possíveis contributos das nações e organizações internacionais de acordo com as especificidades e as capacidades mais adequadas a cada crise considerada. O critério de escolha resultará da análise da tipologia da crise, das ameaças concretas por ela colocadas, e bem assim da identificação das necessidades do tipo de meios e estruturas operacionais dotadas de capacidade para lhes dar resposta eficaz.

Uma estrutura sanitária militar possui, naturalmente, vantagens e inconvenientes, que fazem dela a escolha preferencial nos casos em que as suas características fundamentais e específicas sejam factores determinantes da eficácia.

Por via da sua integração numa estrutura militar, a unidade sanitária beneficiará dos apoios inerentes, nomeadamente a unidade de comando, a segurança, as comunicações e serviços que dependem da engenharia, nomeadamente no que se refere ao abastecimento de água, produção de energia, estabelecimento de vias de comunicação, limpeza ambiental ou construção de abrigos. Deste tipo de apoios, decisivos em situações de crise, resultará uma maior disponibilidade, segurança e capacidade de sustentação e sobrevivência da estrutura sanitária.

A componente sanitária militar de resposta a crises apresenta ainda outras vantagens, pelo apoio de sistemas logísticos sofisticados, além dos referidos, como sejam a disponibilidade de transporte terrestre, marítimo e aéreo, ou o fornecimento autónomo, através do seu canal de reabastecimento próprio, de artigos de vestuário, combustível e equipamento. Pode ainda, através da sua cadeia de comando, ter acesso a *inteligência médica* em saúde ambiental, pública e ocupacional. Dispõe de capacidade para prestar diversificados tipos de cuidados de saúde, quer de medicina preventiva, quer de cuidados de saúde, primários ou especializados.

A sua natureza e os apoios de que disfruta, conferem a uma estrutura sanitária militar características e vantagens que podemos assim sintetizar:⁴

- **Reacção rápida** – de particular importância na fase inicial de uma crise, em que a unidade sanitária utilizada seja orgânica de uma Força de Reacção Rápida que actue como Força de Entrada Inicial (Initial Entry Force), aproveitando o grau de prontidão que lhe é inerente. É este o formato da Força de Resposta da NATO, atrás referida.
- **Auto-sustentação** – Para executar a missão as forças militares deslocam consigo uma componente de apoio autónomo.
- **Segurança** – protecção às agências humanitárias e às populações deslocadas, ou nos seus locais de residência, ou mesmo completa ocupação de todo um território.
- **Controlo** – por natureza, as organizações militares são controláveis e obedecem rapidamente a uma direcção política legítima.
- **Coordenação e facilitação** – resultado da sua já longa experiência, as organizações militares estão bem posicionadas para exercer estas funções em contexto de crise.
- **Polivalência** – Dotadas de capacidades várias, para fazer face às suas próprias necessidades, as organizações militares podem pô-las ao serviço das agências humanitárias e das populações, em casos ponderados, para fins de segurança, trabalhos de engenharia, apoio logístico, etc.

- **Neutralidade** – A neutralidade pode aqui ser entendida quer no plano ético, como uma inerência garantida pelo código deontológico militar, quer no plano político, como exigência e condição *sine qua non* de não alinhamento com qualquer dos actores envolvidos no conflito que gerou a crise, cenário típico das operações de manutenção de Paz.

Em resumo podemos dizer que as organizações militares exercem duas grandes categorias de funções:

- A criação de um cenário de segurança e estabilidade que permita às agências humanitárias exercerem com eficiência as suas actividades específicas.
- Dar apoio logístico, nele incluído o apoio sanitário e de engenharia.

Clarificadas as vantagens da opção pelo emprego de apoio sanitário militar, é imprescindível ter também presentes as limitações que lhe são inerentes e que radicam no facto de, em geral, permitirem apenas operações de curta duração, terem uma estrutura global de suporte de grande dimensão e complexidade, terem custos elevados e serem orientadas para a missão.

No processo de transformação da NATO tornou-se evidente a existência de uma ligação forte entre segurança, paz e desenvolvimento, pelo que uma intervenção adequada, geradora de uma solução estável, terá que passar pela satisfação daqueles 3 vectores. Hoje em dia, nenhum agente, nem mesmo uma só nação isoladamente, têm capacidade ou recursos para fazer face a uma situação de catástrofe. É conhecida a interdependência das nações nesta matéria. Para o lograr, são necessários contributos de vários agentes, militares ou civis, desde que devidamente coordenados, preparados e treinados. As organizações internacionais, com destaque para a ONU e a NATO, têm produzido orientações, e pautado a sua acção no respeito por estes princípios.

Timor – As Forças Armadas no Apoio ao Desenvolvimento Económico de um Novo Estado

JOSÉ ALBERTO MARTINS FERREIRA

1. Introdução

É objectivo desta minha intervenção a apresentação das actividades do Contingente Português no apoio à construção do novo estado de Timor-Leste, nomeadamente no que respeita às acções no âmbito civil, militar (CIMIC) destinadas a ajudar as suas tão martirizadas populações.

O período em análise, de Fevereiro de 2000 a Fevereiro de 2001, envolveu a actuação do 1º e do 2º Contingentes Portugueses destacados para integrarem a Força de Manutenção de Paz (FMP) da Administração Transitória das Nações Unidas de Timor Leste (UNTAET) os quais foram constituídos pelo 1º e 2º Batalhões de Infantaria paraquedistas – seis meses cada – em que ambos contaram com o reforço de uma companhia de fuzileiros do Corpo de Fuzileiros da Marinha. Presentes também e com relevantes serviços prestados, as fragatas “Vasco da Gama” e “CMDT Hermenegildo Capêlo”, um destacamento da Força Aérea Portuguesa com helicópteros Allouette e uma Companhia de Intervenção da GNR actuando como Força de Reacção Rápida da Policia da ONU, em Dili, onde efectuaram um trabalho notável na manutenção da Lei e da Ordem.

Foi necessário ter em linha de conta que, constituindo sempre a manutenção da segurança, a missão primária da Força de Manutenção de Paz, a actividade de apoio às populações, teve sempre por base, a utilização dos recursos disponíveis, configurando na prática uma missão secundária a qual foi dada, contudo, o maior empenhamento e dedicação.

A área de operações do sector central abrangia os distritos de Liquiçá, Dili, incluindo a ilha de Ataúro, Aileu, Ermera, Manufahi e Ainaro o que representava uma área demasiado extensa, considerando que a intenção do

Comandante da Força de Manutenção de Paz era a de manter uma presença permanente em toda a área de operações, mesmo nas áreas mais remotas com o propósito de transmitir confiança às populações. A satisfação cabal desse objectivo, foi também dificultada pela característica da área de operações onde se destacava a Cordilheira do Ramelau que, devido à sua localização, divide o sector em duas partes, Sul e Norte, que apresentava grande restrições à mobilidade e que também, dificultava as comunicações.

As condições das estradas, devido à orografia e às más condições de conservação e manutenção constituíram, uma séria limitação particularmente na estação das chuvas, havendo por isso uma grande necessidade de utilização de helicópteros, nem sempre disponíveis para missões de reconhecimento e patrulhamento em áreas remotas e por vezes de reabastecimento às forças que ficavam isoladas devido ao mau tempo.

No aspecto operacional, a intensa actividade das milícias registada nos distritos de Manufahi e Ainaro durante os meses de Setembro e Outubro de 2000 constituiu uma grande preocupação, quer ao nível do comando da FMP quer da ONU, o que obrigou o comando do sector central a planear e a conduzir operações de combate (Cobra e Crocodilo), respectivamente no distritos de Manufahi e Ainaro.

A alteração das regras de empenhamento, permitiram à FMP e ao 2º BiPara exercerem de forma eficaz as operações, com emprego de força mínima letal necessária, estratégia que viria a ter elevado sucesso com a rendição e retirada para Timor Leste, dos grupos de milícias que operavam no sector central.

Este modo de actuar, ao abrigo do Capítulo VII, Imposição da Paz, nem sempre tem sido utilizado pela ONU, e por isso esta já teve alguns revezes, como nos casos do Ruanda, na Somália e na Bósnia Herzegovina.

A utilização de elementos de ligação das Falintil, (FLOT), quer no planeamento quer na execução das operações, como guias e intérpretes, principalmente nas operações Cobra (SET/OUT00 em Manufahi), Crocodilo (OUT00 em Ainaro) e Kuda (Aileu em JAN01) representaram bons exemplos de cooperação e com excelentes resultados alcançados.

Relativamente à protecção da Força, a qual foi considerada uma prioridade pelo Comandante do Sector, que considerava que embora o nível de ameaça fosse baixo e o estado de segurança considerado normal, não havia garantias de que este *status quo* se mantivesse e que não ocorressem acções ofensivas directas contra instalações das Nações Unidas e da FMP. Durante os meses de Novembro e Dezembro depois das operações Cobra e Crocodilo, o comando do sector, deu prioridade à elaboração e integração dos planos de segurança das Unidades e instalações da FMP localizadas no sector de acordo com a ordem da FMP das Nações Unidas. O comandante

do sector central era o responsável pela coordenação da defesa local e pela segurança de todas as Unidades e órgãos da FMP em Dili. Considerando que os problemas de distúrbios com violações da lei e ordem aumentaram era prioritária a implementação das medidas de segurança adequadas.

Durante o mês de Janeiro de 2001, foi atribuída ao sector central a missão de assumir o controlo da área de acantonamento das Falintil em Aileu, na fase de preparação para a extinção das Falintil e a criação das Forças de Defesa de Timor Lorosae (FDTL). Esta operação conduzida de 18 a 29JAN01 no período de transferência da responsabilidade da segurança das Falintil para a FMP, foi conduzida em coordenação com as forças do Batalhão Português e das Falintil.

Em 01FEV01 foram extintas formalmente as Falintil e foram criadas as FDTL. Saliente-se que durante o período de transição, decorreram em paralelo os processos de desarmamento das Falintil e de selecção dos candidatos a integrar as FDTL, o que constituiu uma grande preocupação pelas implicações que poderiam ter na manutenção da ordem e segurança, em face de eventuais problemas de descontentamento por parte de alguns elementos das Falintil, que tiveram que ser desmobilizados, por não terem sido seleccionados para as FDTL.

2. Actividade Civil-militar – Conceito e Organização e Generalidades das Actividades

Tentando dar uma ideia mais real e detalhada do que foram as actividades neste âmbito, enumerarei seguidamente as acções levadas a cabo pelas Forças sob o meu comando com destaque para os dois Batalhões.

– O plano de actuação destas Unidades, foi elaborado com a finalidade de contribuir para a reconstrução e para o desenvolvimento de Timor-Leste, segundo as directivas do comandante do contingente, o responsável e coordenador de todas as actividades no âmbito Civil – Militar e abrangeram as seguintes áreas:

- a. Formação técnica individual
- b. Saúde Pública
- c. Construção vertical e horizontal
- d. Ensino e educação a nível regional
- e. Educação física

De salientar, que na fase de concepção deste plano e antes da sua implementação, houve o cuidado de coordenar com as entidades locais, civis e religiosas entre os quais se destacaram os responsáveis do Conselho

Nacional de Resistência Timorese (CNRT), administradores do distrito, chefes de posto e suco e naturalmente com o Comissariado de Apoio a Timor-Leste (CATL) através do Dr. Rui Silva e posteriormente com o Dr. Peres Metelo e obviamente com o chefe da missão diplomática portuguesa em Timor-Leste Dr. Pedro Moitinho de Almeida. Houve ainda o cuidado de observar, em permanência, as reacções das populações locais, no sentido de aferir se a actuação dos nossos militares correspondia às expectativas criadas pela presença Portuguesa em Timor-Leste.

Não foi estabelecido prazo de duração das acções. Foi no entanto elaborado uma plano de construções verticais e horizontais financiado por verbas de Apoio ao Desenvolvimento (APAD) do CATL através da missão diplomática portuguesa, submetido à aprovação do GENCEMGFA e assumindo-se que cada batalhão faria o que fosse possível nos seis meses de permanência em Timor, na certeza de que o Batalhão seguinte daria continuidade à missão, o que de facto veio a acontecer. Vejamos agora mais em detalhe as diferentes áreas de actuação:

a) Formação Técnica Individual

Através da utilização de diversos especialistas que faziam parte dos quadros orgânicos dos Batalhões, foi ministrada aos Timorenses interessados, um conjunto de competências técnicas individuais nos domínios da mecânica, construção civil, serralharia, carpintaria, electricidade, informática, raio x (auxiliares), enfermagem (estagiários) e confecção de alimentos (cozinheiros).

Apetrechou-se assim cerca de meia centena de Timorenses com conhecimentos de alguma especialização, de grande utilidade numa sociedade que em determinados aspectos estava a partir do zero.

b) Saúde Pública

Esta área mereceu grande atenção, dadas as enormes carências da população no âmbito da saúde, por parte dos Batalhões Portugueses e do Sector Central bem como através de outras Unidades que estavam sob seu controlo operacional, nomeadamente a companhia Keniana e o Pelotão de Policia Militar Brasileiro, ambas as forças dotadas de médicos e dentistas. A assistência sanitária prestada foi uma constante em todos os lugares e em todos os momentos, estimando-se em mais de dez mil o número de consultas médicas, evacuações, tratamentos de enfermagem, tratamentos de fisioterapia e raios x efectuados ao longo do ano, havendo ainda a salientar a colaboração dada ao programa de prevenção e luta contra a tuberculose, que incluiu palestras à população, e a inspecção médica aos membros das

Falintil que tomaram parte no programa de formação não militar das Forças Armadas de Libertação de Timor-Leste (FALINTIL) e na selecção das FDTL que foi uma responsabilidade que coube a Portugal.

c) Construção vertical e horizontal

Foi uma área de grande actividade, considerando o estado de destruição em que se encontrava o território no início de 2000. O pessoal e os equipamentos de engenharia dos Batalhões tiveram aqui um papel preponderante, mas é justo referir que na tarefa de reconstrução todo o efectivo da Unidade se empenhou com enorme generosidade.

Assim, e para além das grandes reparações efectuadas nos edifícios que vieram a constituir as instalações fixas dos muitos aquartelamentos ocupados e utilizados, o Batalhão, considerando as preocupações manifestadas pelas populações e por entidades responsáveis, recuperando ou construindo escolas primárias em Dili, Liquiçá, Ainaro, Maubisse e Same.

A enumeração de outras reparações e construções seria muito longa, mas ela incluiu mais de uma vintena de obras executadas em puro benefício das populações.

De referir, ainda, as reparações de estradas nos distritos de Dili, Aileu, Same e Ainaro, a construção de muros de suporte, limpezas de sistemas de drenagem e de leitos de ribeiras, etc.

d) Ensino e Educação a Nível Regional

Nesta área, e quando a situação o permitiu, foram organizados grupos de instrutores que periodicamente apoiavam nalgumas escolas o ensino pré-primário e primário de língua portuguesa, geografia, aritmética e educação física.

Estas acções obtiveram um sucesso superior às expectativas, quer pela motivação dos instrutores quer pelos resultados obtidos nas escolas. Foi possível ensinar um universo de cerca de dois mil alunos.

Foi também possível proceder à distribuição de material escolar, que incluiu cerca de 4.000 livros e, com o apoio do Ministério da Cultura, constituíram-se sete bibliotecas e uma pequena biblioteca itinerante com perto de 2.000 livros.

e) Educação Física

Traduzida no apoio à organização de actividades que visavam o desenvolvimento físico da juventude.

De salientar a realização de numerosos eventos desportivos com a participação de militares portugueses e elementos da população local.

3. As Falintil

Para além destas actividades atrás descritas, de acentuado cariz de apoio às populações, outra actividade existiu, na qual estiveram empenhados os dois Batalhões, que não sendo no âmbito humanitário teve, contudo, um forte impacto na evolução da situação em Timor-Leste e na direcção de uma tranquila consciencialização das suas capacidades e responsabilidades dum futuro estado independente: tratou-se da formação não militar das Falintil.

Formação “Não Militar” porque a enorme sensibilidade da situação aconselhava a que assim se procedesse. Lembro que, na altura, ainda se discutia se Timor-Leste deveria ter forças armadas ou tão-somente uma reduzida força de segurança.

De qualquer modo, o programa de formação não militar, iniciativa pura da estrutura militar portuguesa em Timor, incluiu, no seu currículo, um lote abrangente de matérias entre as quais se salientavam a educação física, a educação moral e cívica, saúde e primeiros socorros, topografia e orientação, português, inglês, protecção do meio ambiente e actividades culturais. Aos graduados era ainda ministrada liderança, informática e técnicas de ensino.

Esta actividade, para além de trazer um natural incremento de conhecimentos aos membros das Falintil que nela participaram teve, mais importante ainda, o mérito de moralizar um corpo militar que se encontrava profundamente descontente, desmotivado e descrente, resultado de uma longa inactividade, de carências de toda a ordem e de incertezas relativamente ao seu futuro. As estruturas superiores das Falintil e da própria UNTAET viram, com enorme satisfação a tranquilidade de espírito regressar ao seio dos velhos guerreiros.

4. Diversos

Não fazendo parte do plano de actuação tiveram ainda lugar numerosas outras acções de apoio indirecto como, por exemplo, o apoio em alimentação, e por vezes em alojamento, a médicos, enfermeiros e professores portugueses em MAUBISSE, AINARO e SAME.

Gostaria de dar aqui dois exemplos muito simples mas de grande impacto na Área CIMIC:

- 1) Distribuição de 3 toneladas de ajuda alimentar na Ilha de Ataúro – cuja população (cerca de 9000 pessoas) é particularmente carenciada – levada a cabo em 23DEZ00, permitindo que centenas de pessoas tivessem um melhor Natal. Esta tarefa foi desenvolvida em colaboração com a Caritas e o transporte foi feito numa lancha de

desembarque média da Marinha australiana. De forma a permitir o transporte para o navio em melhores condições de estiva, foi necessário retirar toda a carga de um contentor e agrupá-la em “Paletes” de um metro cúbico.

- 2) Colaboração com a administração de Dili na remoção de grandes quantidades de lixo do mercado central, que constituía um sério problema de saúde pública – durante 4 dias foram empregues 4 praças e 2 viaturas pesadas.

5. Conclusão

As operações “COBRA” e “CROCODILO” possibilitaram um clima de estabilidade e de segurança, que teve como consequência o incremento das missões CIMIC, especialmente nos distritos de Ainaro e Manufahi, ficando ainda muito trabalho para desenvolver, especialmente no âmbito da assistência humanitária e na reabilitação de infraestruturas, também nos outros distritos do sector.

O estabelecimento dos centros de operações dos distritos(COD), facilitaram o esforço integrado e a coordenação da actividade CIMIC entre as diferentes organizações que concorreram para o seu desenvolvimento, dispondo ainda da capacidade de resposta H 24, especialmente em situações críticas de segurança, ajuda humanitária ou reabilitação de emergência, permitindo tirar o máximo rendimento dos meios disponíveis. Estes COD além de facilitar a actividade CIMIC poderão servir de embrião para um futuro Serviço Nacional de Protecção Civil e foram de grande utilidade durante todo o processo de transição para a independência.

O desenvolvimento das acções de CIMIC possibilitou a criação de um clima de confiança, facilitou a interacção com a população, permitindo o estabelecimento de um ambiente propício ao prosseguimento da missão da FMP, criando igualmente melhores condições para uma mais efectiva recolha de informações. Assim, justificou-se uma postura proactiva de forma a tirar partido deste tipo de acções.

Da minha experiência quero ressaltar que no planeamento e condução das operações de CIMIC, devem ser observados os seguintes princípios:

- a) Prioridade da missão – nunca deixarem de ter em linha de conta o enunciado da missão da FMP e do sector central no qual se incluiu o Contingente Portugêes.
- b) Orientação do comandante – a responsabilidade da orientação da actividade CIMIC é do Comandante do Contingente e este deve estar em permanência informado e ser conhecedor do impacto das

operações no ambiente civil, bem como o impacto no ambiente civil das operações militares.

- c) Economia – não criar dependência por parte dos civis em relação aos recursos militares.
- d) Concentração – as acções devem ser orientadas e concentradas em tarefas que claramente apoiem o sucesso da missão.
- e) Obrigações humanitárias – a dignidade e os direitos humanos de indivíduos e grupos deve ser respeitada e protegida.
- f) Alerta Cultural – a necessária sensibilidade para os costumes, mentalidades e padrões de cultura próprios de Timor-Leste, é de importância fundamental para o cumprimento da missão.

De acordo com a estimativa do ACNUR ainda se encontravam no início de 2001 fora de Timor-Leste, nomeadamente em Timor Ocidental, ilhas da Indonésia e outros países cerca de 80 000 a 100 000 refugiados, que desajavelmente deveriam regressar à sua terra. As condições existentes nos campos de refugiados em Timor Ocidental constituíram motivo de preocupação e motivaram as mais diversas diligências tendo em vista o retorno destes refugiados.

Julgava-se que os retornados iriam continuar a regressar quer através de movimentos espontâneos, quer através de movimentos organizados por iniciativa do (UNHCR) ACNUR, (IOM) OIM, da UNTAET e outras agências, constituindo o apoio a estes movimentos uma acção CIMIC de primordial importância.

Terminada a “Fase de Emergência”, considerou-se de extrema importância levar a cabo ou apoiar projectos que visaram desenvolver os hábitos de trabalho na população de Timor-Leste, tendo em vista criar condições que levassem a população do futuro país a conseguirem os seus próprios meios de subsistência, e a ganharem confiança nas suas capacidades, tirando igualmente partido da apetência dos timorenses para receberem ensinamentos dos portugueses.

Possuindo Timor-leste um grande potencial agrícola a implementação de projectos e explorações neste âmbito, visando a auto-suficiência, foi sem dúvida fundamental. O projecto desenvolvido pelo Batalhão Tailandês, foi disso um bom exemplo, pareceu-nos que seria possível desenvolverem experiências similares no sector central, apostando em alguma capacidade de mecanização, e no “KNOW HOW” sobre as técnicas que produziram bons resultados nesta região.

O UN DEVELOPMENT PROGRAM (UNDP), tinha planeado vários programas de combate à pobreza, nomeadamente promovendo a criação de empregos, precedida de formação profissional. Considerou-se importante

desenvolver, apoiar e ou participar em parceria, em programas desta natureza, promovidos por esta ou outras organizações credíveis e com capacidade de os operacionalizar.

Termino dizendo que tive muita honra e orgulho, como Comandante do Contingente Português e Comandante do Sector Central da UNTAET, em fazer parte da história da primeira nação do novo milénio ao serviço das Nações Unidas e, presto a minha saudosa homenagem ao Dr. Sérgio Vieira de Melo, ao qual muito Timor ficou a dever.

Emergência Médica em Ambiente de Guerra: Experiência Pessoal no Iraque

VÍTOR ALMEIDA

Improving care at the point of wounding is the best medicine. The process has to start long before soldiers ever see the battlefield and the first step is training and then more training.

Lieutenant Colonel Donald L. Parsons, US-Army

A transmissão da vivência individual pode sensibilizar profissionais de saúde para problemas e soluções de forma a otimizar os cuidados aos nossos militares em missões no exterior. A missão da G.N.R. na província Dhi Qhar, no Sul do Iraque, em cooperação com os “Carabinieri” Italianos e a Polícia Militar Romena revelou peculiaridades que merecem ser matéria de reflexão. Não compete ao autor deste breve resumo tecer considerações sobre factos ao nível político-militar, no entanto ficam na memória questões que valem ser partilhadas.

A missão da G.N.R. tinha como objectivo providenciar a segurança necessária à população e às novas estruturas políticas, após a libertação de uma ditadura sangrenta. Objectivo final, de qual lamentavelmente estamos cada vez mais distante, é o estabelecimento de um novo sistema político baseado nos direitos humanos e num modelo democrático, adaptado à realidade do Iraque. Até Novembro de 2003 e no contexto da missão prevista, o nível de ameaça parecia controlado. As forças aliadas tinham estabelecido uma tranquilidade apreciável no sul do Iraque. No entanto antevia-se uma crescente tensão no território que originou um repensar da filosofia de apoio médico e um reforçar da vertente da medicina de emergência para os nossos militares. É nesse contexto que surge o convite para a formação de equipas médicas integradas por médicos anestesistas com experiência em medicina de emergência pré e intra-hospitalar, socorro aeromédico e cuidados inten-

sivos. Para além das tarefas diárias estavam previstas o apoio humanitário e o acompanhamento das forças da “Multinational Specialized Unit” (MSU) em operações especiais e combate ao terrorismo. O atentado cobarde de 12 de Novembro que vitimou duas dezenas de camaradas Italianos e um número não determinado de civis, exactamente no dia da nossa partida para o teatro de operações, criou obviamente tensão e apreensão nos militares e nos profissionais de Saúde, o que se reflectiu nos momentos de despedida dos nossos familiares em Figo Maduro... Sabíamos nesse momento que a partir de então seria colocada à prova toda a preparação e o treino intensivo dos nossos militares.

O planeamento médico esteve a cargo do Centro Clínico da G.N.R., fruto de experiências anteriores. O material incluía o arsenal terapêutico necessário para providenciar cuidados médicos essenciais, para além da vertente da medicina de emergência. Foram cumpridos todos os requisitos para o cumprimento do “Guia de Transporte do Doente Crítico” da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos tal como implementado do Serviço de Helisocorro do I.N.E.M. / Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil, sediado na Base de Santa Comba Dão. Objectivo crucial era acompanhar os militares de perto, estabilizá-los em caso de ferimento ainda no local ou na base em Nasiriyah e transferi-los por via terrestre ou aérea para os respectivos hospitais militares. A avaliação no terreno obrigou à necessidade absoluta de rever o planeamento já existente: Nasiriyah, uma das poucas cidades do Iraque que ainda albergavam uma base militar dentro do perímetro urbano, vivia uma tranquilidade relativa. O principal risco para os militares resultava da localização vulnerável da própria base, do patrulhamento intenso, nomeadamente nocturno, e das actividades das Operações Especiais: As actividades de células terroristas que usavam a cidade como ponto de passagem e posteriormente o surgimento das milícias do “Exército de Mehdi”, seguidores do líder Shiíta Moqtada Al-Sadre, bem como a difusão maciça de armamento pela população, poderiam transformar qualquer actividade no exterior num potencial risco. O caos urbano, a elevada densidade populacional, o lamaçal em que se transformavam as estradas e as limitações de circulação durante a época de chuvas e a restrição de uso de Helicópteros significava que poderia ser necessário resgatar militares isolados, resultando assim numa fase prolongada de assistência médica pré-hospitalar. As duas ambulâncias ao serviço da M.S.U. no terreno não garantiam segurança para as equipas, e após a proposta da secção sanitária Portuguesa foi transformada uma viatura blindada “Protetto” em ambulância, o que permitia trabalhar no seu interior em relativa segurança. Escoltas armadas (imediatamente disponibilizadas) para qualquer missão sanitária eram obrigatórias, e o trajecto por via terrestre para o hospital militar Italiano (Role 2)

e Americano (Role 2+) viria a revelar-se o segundo desafio: vinte minutos em estrada única, facilmente armadilháveis em terreno aberto obviamente que não tranquilizavam os ânimos. Acrescia que em caso de neurotrauma ou casos de multivítimas, o Hospital de referência seria a base inglesa perto de Bassorá e Kuwait, o que, para além de um transporte já por si arriscado e demorado, poderia significar, mesmo por via aérea, o acesso a cuidados cirúrgicos que ultrapassariam 2 horas de transporte. Nesse sentido optou-se por criar a nível da Divisão Multinacional um contacto directo e permanente entre as várias equipas médicas. Concretamente significava que a secção sanitária da G.N.R. viria a providenciar cuidados médicos a forças especiais Americanas e altas individualidades, deslocando-se em ambulâncias Italianas, escoltadas por viaturas blindadas Romenas, e, curiosamente, falando um misto de inglês, italiano e, por vezes, quando nos parecia oportuno, exclusivamente português... Conceito da “Torre de Babel”, que viria a revelar-se eficaz e factor de coesão entre os vários contingentes. Para manter a integridade da cadeia de socorro era obviamente imprescindível o reforço da rede de comunicação, que por vezes se revelava o “calcanhar de Aquiles”. A forma mais eficaz para ultrapassar essa problemática viria a ser o recurso ao uso de telefones Satélite e a possibilidade de contactar directamente com o nosso Comando e as forças Norte-Americanas e as respectivas equipas de socorro aeromédico. Estando o plano de emergência externa estabelecido, concentrámo-nos no reforço da segurança da própria base militar em Nasiriyah: formação de militares em socorrismo, colocação de reservas estratégicas de fármacos e equipamento de suporte avançado de vida devidamente distribuídos, bem como a separação dos dormitórios das três equipas Médicas em locais distintos da Base reduziriam a vulnerabilidade em caso de ataque com morteiros ou os temidos R.P.G.’s. No desenrolar da missão, nomeadamente na fase do segundo contingente em que se verificaram intensos combates em Nasiriyah, todo este planeamento viria a revelar-se adequado, como nos foi reportado pelo Dr. João Garcia, distinto colega que também participou na missão.

A secção sanitária era frequentemente activada para providenciar apoio médico à C.O.E. portuguesa e ao Grupo de Intervenção Especial Italiano (G.I.S.). Inicialmente a equipa médica mantinha-se no quartel para ser activada em caso de necessidade. Esse procedimento não nos parecia adequado, e durante os “briefings” foi-nos dada a oportunidade de rever essa filosofia de actuação: uma equipa passaria a aguardar na base, enquanto outra acompanharia os militares imediatamente após assalto a objectivos, muitos dos quais em casas de civis, utilizadas por grupos armados. Desta forma, para além do apoio aos militares, era-nos dada a possibilidade de tratar civis, em caso de necessidade. A presença de militares femininas da

G.N.R., únicas no universo de 600 militares da M.S.U., facilitou em muito essas missões, criando um ambiente de confiança e tranquilidade para com os civis. Das situações mais caricatas vividas foi o pedido de uma mãe preocupada, durante uma dessas operações nocturnas, para observar uma criança com uma lesão dérmica... Momentos surreais num ambiente de desconfiança e receios mútuos, muitas vezes infundados... A população entendeu rapidamente que a G.N.R. não era uma força de ocupação militar, mas sim um garante para manter um ténue equilíbrio na cidade. A maneira de ser e estar na vida dos Portugueses, obviamente contribuiu para facilitar o contacto com a população. O tratamento dos prisioneiros seguia regras de conduta rigorosas: nenhum prisioneiro era entregue às respectivas estruturas sem ser observado e tratado pelas equipas médicas: neste ambiente de conflito assimétrico, que vive muitas das vezes de informações e denúncias dúbias, parecia-nos óbvio garantir o êxito da missão, sem criar novos inimigos ou punindo inocentes. Imperava o humanismo sem descurar a segurança. A imagem histórica dos Portugueses no Oriente, como povo destemido, mas tolerante, contribuiu para o êxito da missão. O povo do Iraque, apesar de sofrer sob um regime opressor, revelou-se perante os portugueses como afável e bem informado, o que facilitava o diálogo. É impossível descrever de forma breve as inúmeras impressões vividas numa missão difícil, mas que se revelou de extrema utilidade para a população: A G.N.R. não sofreu baixas, e das poucas regiões pacificadas, Nasiriyah é considerado um exemplo de normalidade num país à beira do abismo.

Das lições aprendidas parece-nos importante resumir cinco factores essenciais:

- 1) O planeamento pré-missão deve sempre conter uma formação abrangente sobre usos e costumes, religião, história e tradições do povo com que nos relacionamos no teatro de operações.
- 2) Uma análise de riscos médico-sanitários não deve só basear-se na avaliação teórica, mas sim no contacto directo com entidades, inclusive O.N.G.'s e profissionais que conhecem o terreno, bem como na análise dos riscos militares. O processo é dinâmico e exige adaptação permanente.
- 3) As actividades dos nossos militares devem ser acompanhadas de perto pelos médicos, enfermeiros e socorristas: medicina de guerra é sinónimo de apoio permanente e proximidade. A coesão é reforçada se os riscos são partilhados.
- 4) Formação dos próprios militares em socorrismo é essencial, e é absolutamente crucial que se invista mais e melhor na formação.
- 5) A cooperação militar e civil na área médica traz benefícios para ambos os sectores. No entanto é crucial que exista um "Staff" fixo

militar médico altamente diferenciado, que possa adquirir experiência na medicina de emergência e anestesiologia na actividade civil: quem não domina e treina constantemente nesta área sensível, dificilmente poderá responder de forma eficaz em caso de excepção.

PS: o Autor deseja agradecer ao Comando Geral da G.N.R., ao Centro Clínico e todos os que contribuíram para o êxito da missão. Não podia haver melhor gratificação do que regressarmos sãos e salvos, todos os que partimos, em conjunto, com a consciência de ter cumprido os objectivos de uma missão difícil.

Post Stress Traumático: Intervenção em Crise

JOSÉ ADRIANO FERNANDES

Em Agosto de 1999, com a queda do avião seguida de incêndio, da China Airlines em Hong Kong, onde seguiam, entre as três centenas, 78 passageiros portugueses, desenvolve-se aquela que podemos considerar de 1ª intervenção em catástrofe com apoio psiquiátrico e psicológico a um grupo alargado de pessoas em situação de stress post traumático.

É a partir desta operação em que, um médico psiquiatra é destacado para apoiar as vítimas e acompanhar o regresso de novo de avião a Portugal, 5 dias depois do grave acidente, que se vulgariza a intervenção psiquiátrica em catástrofe.

A publicação e a divulgação que os jornais e os meios de comunicação social assumiram, facilitaram o reconhecimento e a importância que pode advir de tal intervenção, o que se comprovou logo de seguida em 2001, aquando da queda da Ponte de Entre-os-Rios onde, foi nomeado o mesmo técnico para, desde as primeiras horas, participar nas equipas de socorro.

Enquanto na primeira vez, actuou de forma isolada, mobilizando e articulando-se com os apoios locais, em Entre-os-Rios teve já oportunidade de coordenar uma equipa diversificada, mais treinada e articulada. Após essas duas oportunidades passou quase a ser seguida, em todos os grandes acidentes ou catástrofes que envolveram grandes números populacionais, a participação de técnicos de saúde mental nas equipas de apoio e socorro às vítimas.

Se antes destes dois acontecimentos os estudos e os trabalhos sobre post-stress traumático marcadamente se referiam a combatentes com stress de guerra, pese embora a descrição de *Voltaire* sobre o terramoto de 1755, onde a descrição dos sintomas na população de Lisboa, é vista como das mais antigas e clássicas identificações da Patologia de stress post traumático, é com acontecimentos traumáticos recentes que, atingindo maior ou menor

número de pessoas, ganham uma dimensão incomensurável através dos modernos meios de comunicação social e da sua potente tecnologia. Sejam estes acontecimentos fruto de desastres naturais, de natureza humana, do terrorismo, da guerra ou da mais vulgar violência doméstica.

A violência e o trauma que sempre acompanharam o ser humano, assumem hoje uma dimensão que não se confina no prejuízo emocional do indivíduo mas que, também diz respeito à sociedade e ao modelo social.

A violência interpessoal (sexual, violação, agressão ou outra, mesmo quando vivida no próprio apoio e ajuda) é ainda mais marcante e perdura, sem nos esquecermos da possibilidade de nela nos envolvermos, como meros assistentes, testemunhas, salvadores ou técnicos socorristas.

Por isso, parece justificar-se divulgar o que, na altura foi e serviu de guião para a intervenção individualizada na viagem de Hong Kong e do que, hoje nestes já longos e intensos 8 anos se progrediu nos planos de intervenção de treino e formação. E onde a escalada da violência e do terrorismo, sobretudo, impuseram estudos, formação e planos de prevenção intensivos e alargados.

Nós próprios participamos interna e internacionalmente na elaboração de estudos e textos que, hoje são de consulta e orientação obrigatória, quer, no Plano Nacional de Stress Post Traumático quer, no European Policy Paper Psycho-Social Support e em inúmeros cursos e acções de formação, sendo hoje uma realidade que instituições e serviços desde o INEM, Protecção Civil, Bombeiros, Forças Policiais e Militarizadas, possuem já corpos e pessoal preparado e treinado para essa missão.

O que na altura ocorreu ao médico psiquiatra, nós próprios, com experiência em consultas de stress post traumático em ex-combatentes, com formação em grupos terapêuticos e psicodrama, foi estabelecido durante a viagem em que, só e com pouca e escassa informação da situação das vítimas e dos feridos que iria encontrar, delineou em 2 simples folhas os itens para a acção:

INTERVENÇÃO EM HONG KONG – Agosto de 99

FASES DA INTERVENÇÃO

- Preparação – Equipamento e viagem
- Chegada – Primeiros contactos individuais e em pequenos grupos
- Reunião com a equipa de saúde de Macau – Delegados da China Air Lines e estruturas de apoio local
- Reunião com o grupo (78 pessoas)

- Visita aos Hospitais
- Regresso com plano de viagem – Embarque, Voo, Escala e Desembarque
- Continuidade do acompanhamento

TRATAMENTO

A)

- Voltar à experiência traumática
- Facilitar a recordação
- Evocação
- Saber ouvir, permitir voltar a contar o que já tinham contado

B)

- Benzodiazepinas
- Hipnóticos – indutores de sono
- Anti-depressivos

C)

- Atender às complicações das descompensações
 - Depressivas
 - Psicóticas
 - Afectivas
 - Fobias e Crises de Pânico

D)

- Suporte emocional / relaxamento
- Encorajar a evocação
- Facilitar as emoções associadas
- Trabalhar com os sentimentos de culpa
- Remorso na actuação durante os acontecimentos
- Pesar e culpa por sobreviver
- Pesar e culpa com revolta no atendimento aos feridos
- Conceitos existenciais sobre a vida e a morte
- Contingência de sofrer acidentes

E)

- Utilização da viagem de regresso como modelo terapêutico

INTERVENÇÃO EM CASTELO DE PAIVA

Apoio Médico, Psiquiátrico, Psicológico aos familiares das vítimas do desastre da Ponte Hintz Ribeiro

Gabinete de Apoio Técnico para a Saúde Mental da ARS Norte

19 de Junho de 2001

Podemos sumariamente apontar em que consistiu a coordenação desta intervenção do apoio psiquiátrico, médico, psicológico e social.

1. Organização da resposta à comunidade sujeita ao desastre.
2. Avaliação do impacto do desastre e implicações para a intervenção.
3. Mobilização dos Técnicos para intervir na fase aguda e precoce e formação para intervenção a longo prazo.
4. Apoio às vítimas e à comunidade.
5. Resposta aos problemas das crianças em idade escolar.
6. Intervenção nos Media e com a Comunicação Social.
7. Apoio e suporte às autoridades e articulação com os outros serviços no terreno.
8. Continuidade do apoio.
9. Conclusão: criação de um grupo de estudo e formação para estruturar um gabinete de crise e intervenção em desastre dentro do âmbito da Saúde Mental.

Longa, bem longa, é agora a descrição e teorização destas duas intervenções para as quais a resposta inicial teve de ser gizada e planeada em curtas horas ou minutos. Hoje é possível olhar retrospectivamente, caracterizar, valorizar e criticar as volumosas e intensas trocas de impressões e apresentações que se sucederam e vão acontecendo. Constituem não só um manual mas, uma experiência humana única e inesquecível.

Modelo de Intervenção na Crise do Gabinete de Psicologia da PSP

FERNANDO PASSOS
JORGE SILVA

Introdução

O convite endereçado ao Gabinete de Psicologia da Polícia de Segurança Pública, por parte do Serviço de Psiquiatria do Hospital Militar de Coimbra, quanto ao tema “Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise”, em Setembro de 2006, mereceu a aceitação por parte da Direcção Nacional da Polícia de Segurança Pública e, em nosso entender é exemplo a seguir, não só pela actualidade do tema, como pela necessidade dos técnicos de saúde mental em criarem ou adaptarem modelos de prevenção e intervenção precoce, em sintomatologia associada às respostas maladaptativas. Aqui deixamos pois o nosso contributo e experiência.

Modelo

A abordagem ao modelo de intervenção em crise, na Polícia de Segurança Pública contém duas dimensões: uma policial, através do “Plano de Coordenação e Cooperação das Forças e Serviços de Segurança” devidamente regulamentado e, cujo âmbito extrapasa as competências do Gabinete de Psicologia da PSP, pelo que a sua discussão será efectuada em sede própria e, outra psicossocial onde, efectivamente, se enquadra este tipo de resposta.

Dentro deste último quadro, observam-se três vertentes:

- a) formação/prevenção
- b) gestão de incidentes críticos
- c) intervenção clínica/encaminhamento

Formação/Prevenção

Quanto à formação, tem sido preocupação da Direcção Nacional da PSP, através do seu Departamento de Formação, a continuidade de acções de formação sobre a temática “Gestão de Incidentes Críticos”, destinada a “peer supporters”, em acções planeadas e cujo calendário decorre desde 2003, por força da preparação dos elementos policiais destacados para o campeonato de futebol Euro2004 onde, como se sabe, a PSP teve particular actuação. Este tipo de formação tem-se mantido, prevendo-se, pelo menos, até 2008, a formação de “pares” em todos os Comandos/Divisões/Esquadras do país.

Facilmente se depreende a importância destes elementos policiais que, enquanto operacionais e sendo os primeiros a detectarem ou a depa-rarem-se com as situações de terreno, passam a deter dupla importância de agentes comunicadores da situação e, igualmente, serem os primeiros a efectivar a triagem de meios humanos e materiais a deslocar.

A formação não se esgota neste domínio, porquanto encontram-se integradas nos programas académicos policiais estas temáticas, como sejam no Curso de Formação de Agentes, da Escola Prática de Polícia e, no Curso de Formação de Oficiais de Polícia, do Instituto Superior de Ciências Policiais e Segurança Interna.

Em termos preventivos, encontra-se disponível desde 2001 um telefone (linha verde) PSP/SOS, de acesso gratuito e disponível 24 horas, com atendimento directo a um psicólogo clínico, especialmente escalado para o efeito, permitindo a qualquer elemento policial o contacto privilegiado com um técnico que escuta, avalia e encaminha nas situações possíveis ou que irá, mesmo, ao encontro do acontecimento.

Para tal, encontra-se diariamente disponível uma equipa de intervenção constituída por psicólogos clínicos que se obrigam à intervenção necessária, bem como à efectivação de triagem ou elaboração de pré-diagnóstico e encaminhamento para entidade médica, quando necessário.

A prevenção concretiza-se, ainda, através da divulgação e informação em suporte escrito, com particular destaque para os contactos a utilizar e, a distribuição de folhetos no contexto da formação.

Ressalve-se ainda a articulação ente o Gabinete de Psicologia e o Departamento de Saúde da PSP, que detém contactos privilegiados com os médicos dos Comandos de Polícia, para acompanhamento médico, optimizando-se assim a estratégia de referenciação.

Gestão de Incidentes Críticos

Em 2001 a Direcção Nacional da Polícia de Segurança Pública, iniciou a linha verde PSP/SOS, como “help line”, a cargo do Gabinete de Psicologia, cujo objectivo é o apoio psicológico imediato, o encaminhamento ou a referenciação de casos problemáticos, para além dos processos de intervenção na crise, em incidentes críticos.

Desde aquela data contabilizaram-se mais de um milhar de chamadas. A maior parte dos casos verificou-se em intervenções em crise, sem obrigarem a enquadramento clínico posterior, cuja problemática foi possível resolver ou encaminhar, sendo que, as situações remanescentes necessitam normalmente de uma equipa alargada de técnicos, em diversas áreas. Neste último caso, assistiu-se ao acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

A metodologia de abordagem psicossocial em incidentes de massa e de intervenção na crise, pretendida pelo Gabinete de Psicologia da PSP e, pelos “pares” entretanto formados, pauta-se pelas orientações genéricas do modelo europeu proposto no “*European Policy Paper*”¹, na perspectiva de integração, se necessário, de equipas multidisciplinares e interinstitucionais, em casos de intervenção psicossocial em eventos em larga escala e, numa filosofia quotidiana orientada pelos programas estruturados através do modelo proposto no “*Critical Incident Stress Management (CISM)*”², sobretudo nos aspectos fundamentais do “*Peer Support*” e “*Pre-Incident Planning Model*”. A experiência de terreno moldou naturalmente as adaptações entretanto consideradas necessárias, respeitantes sobretudo à cultura e crenças institucionais, bem como as necessidades individuais e sociais específicas dos elementos policiais.

A natureza funcional expressa nas competências gerais e específicas da Polícia de Segurança Pública enquadra, seguramente, os seus elementos operacionais num grupo profissional de risco, mercê das inúmeras particularidades dos estímulos ansiogénicos, a que se encontram expostos quotidianamente. Ainda assim, cremos na existência de um sistema defensivo, resistente e adaptativo, específico da função e, inerente à própria cultura institucional policial, que deve permanecer intacto e actuante, promovido e optimizado pela actuação dos “pares”, sem prejuízo de uma acção técnica especializada sempre que se justifique.

¹ Psycho-Social Support in Situations of Mass Emergency – European Policy Paper. Ministry of Public Health, Brussels, Belgium, 2001. ISBN: D/2001/9387/1

² Mitchell, J., Everly, G., (2003). “Critical Incident Stress Management (CISM) – Individual Crisis Intervention and Peer Support, 2nd Ed” – International Critical Incident Stress Foundation, Inc.

Por último, esta disponibilidade técnica e de apoio poderá, por vezes, assumir-se como mais uma ferramenta disponível para a resolução de incidentes tático-policiais, na medida em que, nestes, encontram-se envolvidos sujeitos em situações (vítima primária/secundária, ofensor, perpetrador, polícia...), que requeiram intervenções de carácter psicossocial.

De forma genérica, constitui-se como nosso objectivo principal de toda a actividade de intervenção em crise, o acompanhamento individualizado (não terapêutico), durante ambas as fases de reacção a um incidente crítico: imediatamente após, através da implementação no terreno de meios humanos que promovam a minimização do impacto do evento no(s) elemento(s) directamente envolvido(s), assim como na fase de recuperação, atentando à adaptabilidade do(s) mesmo(s) e o seu regresso ao ritmo quotidiano imediatamente anterior ao incidente.

Intervenção Clínica/Encaminhamento

Esgotado o momento de intervenção em crise, por razões temporais ou de gravidade sintomatológica, compete ainda ao Gabinete de Psicologia da PSP o acompanhamento psicológico dos elementos policiais e familiares de maior proximidade. Actualmente é possível disponibilizar, para além dos meios de intervenção imediata já referidos, uma equipa que possibilita o enquadramento psicoterapêutico em vários locais do país.

Desta forma é actualmente possível que o enquadramento dos elementos policiais se efective na Quinta das Águas Livres – Belas, no Comando Metropolitano de Polícia de Lisboa, no Comando de Polícia de Setúbal, nos Serviços Sociais da PSP em Lisboa, na Escola Prática de Polícia, em Torres Novas e, muito brevemente no Comando de Polícia de Coimbra, como se espera.

O empenhamento da própria Direcção Nacional da PSP, leva-nos a crer que a breve prazo esta realidade seja disponibilizada também no Comando Metropolitano de Polícia do Porto, no Comando de Polícia de Faro e, pelo menos, em um Comando de Polícia no interior do país.

A articulação dos pacientes efectua-se, não só, em colaboração com as entidades médicas dos diversos Comandos de Polícia, como do Departamento de Saúde da PSP, que fará o eventual encaminhamento para o Serviço Nacional de Saúde, encontrando-se os Hospitais Militares como entidades privilegiadas para tais situações.

Como Actuar no Terreno – Incidentes Críticos

(CAPIC – Centro de Apoio Psicológico
e Intervenção em Crise – INEM)

SARA ROSADO

Um *incidente crítico* traduz a vivência de uma situação que, pela sua exigência ou adversidade, “afecta os mecanismos normais de adaptação, resultando num desequilíbrio psicológico e na diminuição do funcionamento adaptativo” (Everly & Mitchell, 1999). Nestas circunstâncias, o estado de homeostase que permite aos indivíduos responder adequadamente às exigências diárias fica comprometido, dando origem a um estado de desequilíbrio psicológico e funcional.

Consequentemente, é possível que surjam sintomas e reacções de ASR (Acute Stress Reaction) podendo estas manifestar-se a nível emocional, cognitivo, físico e comportamental.

Reacções Emocionais	Reacções Cognitivas
<ul style="list-style-type: none">• Choque emocional• Depressão• Ansiedade• Pânico• Culpa• Raiva• Medo• Desespero• Irritabilidade• Embotamento afectivo• Sentimento de luto/pesar• Vulnerabilidade	<ul style="list-style-type: none">• Atenção dispersa• Dificuldade de concentração• Dificuldade de tomada de decisão• Baixa auto-eficácia• Descrença• Negação• Alteração da memória• Confusão• Distorção• Pensamentos intrusivos• Preocupação

Reacções Físicas	Reacções Comportamentais
<ul style="list-style-type: none">• Hipertensão arterial• Taquicardia• Dificuldade respiratória• Fadiga• Insónia• Hiperalerta• Queixas somáticas• Náuseas• Sede• Alteração do apetite• Arrepios e suores	<ul style="list-style-type: none">• Luta ou fuga• "Congelado ou imobilizado"• Obediência automática• Alienação• Abandono de actividades• Desconfiança• Problemas no trabalho• Conflito• Agitação

Atendendo ao facto de que o nosso organismo está biologicamente preparado para reagir perante situações de perigo ou ameaça, a maioria destas reacções são, num primeiro momento, adaptativas e tendem a desaparecer após algumas horas ou dias.

Note-se contudo que, em alguns casos, os sintomas persistem e acabam por se constituir como fonte de *distress* e interferir com a capacidade de recuperação do indivíduo, podendo dar lugar a patologias clínicas do foro psicológico ou psiquiátrico, como por exemplo: perturbação aguda de stress, perturbação de stress pós-traumático, bem como outras patologias ansiosas e emocionais.

Se assim é, porque é que alguns indivíduos desenvolvem patologia enquanto outros conseguem gradualmente retomar a sua rotina normal? Que factores estarão subjacentes?

Vários estudos têm sido realizados neste âmbito, sendo consensual a existência de um conjunto de factores de risco que podem potenciar o desenvolvimento de patologias posteriores, podendo estes ser organizados em pré-incidente crítico, peri-incidente crítico e pós-incidente crítico.

Neste sentido é possível salientar, entre outros:

Factores Pré - Incidente

- **História psiquiátrica** (Breslau et al, 1998)
- **Características de Personalidade** (traços de personalidade evitante) (Schnurr et al., 1993)
- **Fraco suporte social** (Ruzek et al., 2004)
- **Experiência prévia de acontecimentos traumáticos** (Ruzek et al., 2004)
- **Estratégias de coping desadaptativas e desadequadas** (Haligan e Yehuda, 2000)

Factores Peri - Incidente

- **Severidade do acontecimento e exposição a estímulos traumáticos** (Raphael et al. 2000)
- **Ameaça real ou percebida** (Raphael et al. 2000)
- **Perdas pessoais (bens, casa, rede social, ...)** (Raphael et al. 2000)
- **Resposta subjectiva de medo, desesperança ou dissociação** (Raphael et al. 2000)
- **Falta de previsibilidade e controlo dos acontecimentos** (Raphael et al. 2000)

Factores Pós - Incidente

- **Existência de stressores contínuos ou adicionais (fome, frio, fadiga, medo, desalojamento, ...)** (Raphael et al. 2000)
- **Baixo nível de suporte social e emocional ou elevadas exigências sociais** (Raphael et al. 2000)
- **Estratégias de coping desadequadas (evitamento, culpabilização, consumo de substâncias, ...)** (Young et al., 2001)
- **Pouca informação acerca da natureza e razões do acontecimento** (Raphael et al. 2000)
- **Pouco apoio de follow-up** (Raphael et al. 2000)

Paralelamente à existência destes factores de risco, têm vindo também a ser apontados alguns factores protectores, ou seja, factores que de alguma forma diminuem o risco de desenvolvimento de patologias após a vivência de um incidente crítico. Neste sentido pode referir-se, por exemplo:

Factores de Protecção

- **Retomar actividades normais do dia-a-dia e assumir uma postura activa face às consequências do incidente** – “Ommeren et al., 2005”
- Raphael et al.2000
 - **Existência e disponibilidade de suporte social**
 - **Sucesso em acontecimentos traumáticos anteriores**
 - **Obtenção de informação adequada sobre o sucedido e sobre o que vai acontecer**

Assim sendo, e uma vez que “na prevenção de distúrbios psiquiátricos/psicológicos, quanto mais cedo a vítima for abordada, diagnosticada e tratada, melhor será o prognóstico a longo prazo” (Campfield & Hills, 2001), os psicólogos do CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise – intervêm diariamente no terreno, em situações de emergência pré-hospitalar que, de alguma forma, se podem constituir como incidentes críticos

e, como tal, despoletar sintomatologia de ASR. Esta intervenção acontece, por exemplo, em situações de morte inesperada e/ou traumática, em que seja necessário apoio emocional no início do processo de luto; em acidentes de viação ou outros (incêndios, desabamentos, explosões, ...) com presença de envolvidos, familiares ou testemunhas emocionalmente afectadas; em situações de violação, abuso sexual ou violência doméstica; situações graves que envolvam crianças; bem como em outras situações de emergência/urgência psicológica (tentativas de suicídio, crises psicóticas, situações de choque emocional, ansiedade, ...).

Esta Intervenção Psicossocial em Crise tem como principal objectivo a maximização dos factores protectores – referidos anteriormente – e a diminuição dos factores que, de alguma forma, poderão aumentar o risco de desenvolvimento de patologia posterior.

Como Actuar no Terreno – Grandes Catástrofes: O Modelo de Apoio Psicossocial da GNR

BRUNO BRITO
ALBANO MARTINS PEREIRA
FREDERICO GALVÃO DA SILVA

Abstract

A GNR, em resposta às novas exigências de segurança, protecção e socorro, em contexto nacional ou internacional, tem desenvolvido mecanismos de gestão de incidentes críticos (Departamento de Gestão de Incidentes Críticos – DGIC), que lhe permite potenciar os seus meios, humanos e técnicos, para cenários de catástrofe, com uma atitude operacional, pró-activa e especializada. Entre várias valências de intervenção destaca-se o Apoio Psicossocial. Desta forma, a GNR qualificou a sua resposta aos incidentes críticos, como os atentados terroristas, humanizando o primeiro contacto com as vítimas, intervindo precocemente, minimizando os impactos psicossociais que advêm da exposição a eventos traumáticos.

A Gestão de Incidentes Críticos

A Guarda Nacional Republicana, enquanto força de segurança de estatuto militar, com competência Nacional e raio de actuação em todo o território nacional, ou onde os interesses de Portugal estejam representados, seja por designação do Governo de Portugal, seja ao abrigo dos múltiplos acordos de cooperação com forças congéneres ou com organizações de direito internacional como a NATO, a Comunidade Europeia ou as Nações Unidas, tem no seu dia-a-dia, entre outras de igual destaque, a missão de “Auxiliar e proteger os cidadãos e os defender e preservar os bens que se encontrem em situações de perigo, por causas provenientes da acção humana

ou da natureza”¹. Acrescenta a esta preocupação as consequências directas ou indirectas do desenvolvimento da actividade operacional dos militares da GNR. Neste sentido, a GNR é confrontada, constantemente, com incidentes críticos aos quais tem de dar resposta.

Homicídios, suicídios, acidentes graves, agressões e catástrofes têm impacto na população e nos militares que, até ser estruturada uma nova forma de resposta à gestão dos incidentes críticos tinha no bom-senso e formação não especializada na área psicossocial, as formas de resposta possíveis às consequências dos incidentes. A situação vigente exigia à estrutura a criação de uma nova forma de gestão de meios, adequados às necessidades criadas e com mecanismos céleres, operacionais, e sem a carga burocrática que apenas torna lenta todas as acções inerentes.

Assim, foi criado o Departamento de Gestão de Incidentes Críticos – DGIC, no Comando-Geral da Guarda e sob a dependência directa do seu Comandante-Geral.

A GNR possui na sua estrutura técnicos na área da psicologia, assistência social, assistência religiosa, relações públicas e comunicação com a imprensa, gestão e coordenação de incidentes críticos, etc. que, diariamente, nas suas funções, cumprem a sua função no regime de normalidade da instituição.

O novo paradigma de gestão de incidentes críticos da Guarda Nacional Republicana permitiu gerir os recursos existentes da instituição de uma forma adaptada às necessidades reais criadas pelo incidente crítico. Foram criadas as tipologias de equipas unidisciplinares, Equipas Técnicas de Intervenção – ETI, e as equipas multidisciplinares, as Equipas de Gestão de Incidentes Críticos – EGIC. O DGIC actua através das ETI ou das EGIC.

Como já foi referenciado, a actuação em incidentes críticos pode assumir as perspectivas de acção interna ou externa. A forma de actuação do DGIC irá depender, também, desse factor.

A GNR, enquanto instituição militar, é constituída por uma série de serviços de apoio que lhe permite suportar a actividade operacional diária e a gestão dos seus homens. Esse apoio pode ser social, clínico, logístico, etc. Na perspectiva interna de gestão de incidente crítico, como um acidente grave em serviço, pretende-se que, com a intervenção de uma EGIC, a resolução do incidente passe por uma articulação imediata dos serviços que terão a obrigatoriedade de dar resposta à situação criada. A assistência psi-

cológica é providenciada nos momentos imediatos ao incidente e é accionado o contacto com os serviços de apoio, permitindo que o encaminhamento dos militares seja feito de forma quase automática, ajudando os Comandos locais sobre quais as melhores opções a adoptar na resolução do incidente verificado. Estas intervenções aumentam os níveis de coesão da força, a sensação de eficácia de serviços, liberta o Comandante do Incidente de parte das actividades de cariz social, sendo assessorado sobre as melhores estratégias a tomar relativamente a questões periféricas ou de excepção típicas dos incidentes críticos².

A Política do desenvolvimento do DGIC pelo dispositivo da Guarda passa igualmente por disseminar a formação na gestão de incidentes pelos diferentes níveis de comando da instituição, e constituir órgãos estratégicos ao nível das Brigadas Territoriais, de forma a descentralizar a primeira intervenção. O planeamento estratégico, acompanhamento das operações de supressão ao incidente e o reforço operacional continua a ser função do DGIC, sedado no Comando-Geral da Guarda.

Na intervenção externa, dependendo do incidente crítico criado, a constituição multi-modal da EGIC é elaborada através de uma análise de informação e das valências (disponíveis) adequadas à resolução do incidente. A actuação das equipas tem-se destacado em cenários de protecção civil e é normal existir a interligação de especialistas da GNR com especialistas de outras instituições na constituição de uma equipa multi-institucional de supressão da catástrofe. Estas equipas, normalmente, são enquadradas pelo Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil, futura Autoridade Nacional de Protecção Civil.

A Intervenção Psicossocial – O Modelo Teórico de Intervenção

O modelo de intervenção psicossocial da GNR foi alvo de profunda discussão durante o seminário internacional promovido pela Guarda em Julho de 2006, com o tema “Vítimas de Terrorismo – A Resposta Psicossocial das Forças de Segurança”.

Existem vários factores que influenciam o modelo, tais como:

- As características da GNR, enquanto força de segurança de estatuto militar;

² Para além do apoio psicossocial, a relação com os Órgãos de Comunicação Social, a articulação com outras instituições que respondem a incidentes críticos, nomeadamente outros agentes de protecção civil, assessoria na análise de risco, etc. etc.

- As relações da GNR com outros mecanismos de resposta a acidentes graves ou catástrofes, seja de âmbito nacional ou internacional;
- Os diferentes tempos de intervenção na catástrofe, sendo o enfoque na 1ª intervenção;
- Os modelos protocolares de intervenção na gestão de stress em incidentes críticos, de influência norte-americana (Critical Incident Stress Management Model – CISM);
- O modelo de intervenção contextual, proposto pelo “Policy Paper” da Comunidade Europeia – “Psychosocial support in mass emergencies”;

O modelo da GNR apresenta, então, características de intervenção na crise, o que significa que dispõe de ferramentas específicas para gerir a crise individual e contextual durante e imediatamente após ao incidente crítico. Têm em consideração a sintomatologia manifestada pelos sobreviventes do incidente crítico, gerindo esta sintomatologia através de intervenção directa com os mesmos, recorrendo para isso a técnicas do CISM, e havendo desde o início da intervenção uma preocupação com o contexto onde aconteceu o incidente crítico.

A acção das EGIC é concordante com a prontidão de resposta militar, possuindo uma capacidade de projecção para o Teatro Operacional – TO de até 2 horas em contexto nacional, e de 6 horas para TO internacional. Desde a chegada ao local que os objectivos da intervenção da EGIC Psicossocial se dirigem para a assessoria aos comandantes, apoio aos sobreviventes e identificação e contacto com técnicos ou serviços que no cenário de recuperação da crise irão continuar o trabalho da EGIC que efectuou a 1ª intervenção.

A GNR no apoio às Vítimas de Terrorismo

Desde os atentados de 11 de Setembro de 2001 que as consequências dos atentados terroristas passaram a ser interpretadas como as consequências de uma catástrofe, seja provocada pela acção humana ou por acção da natureza.

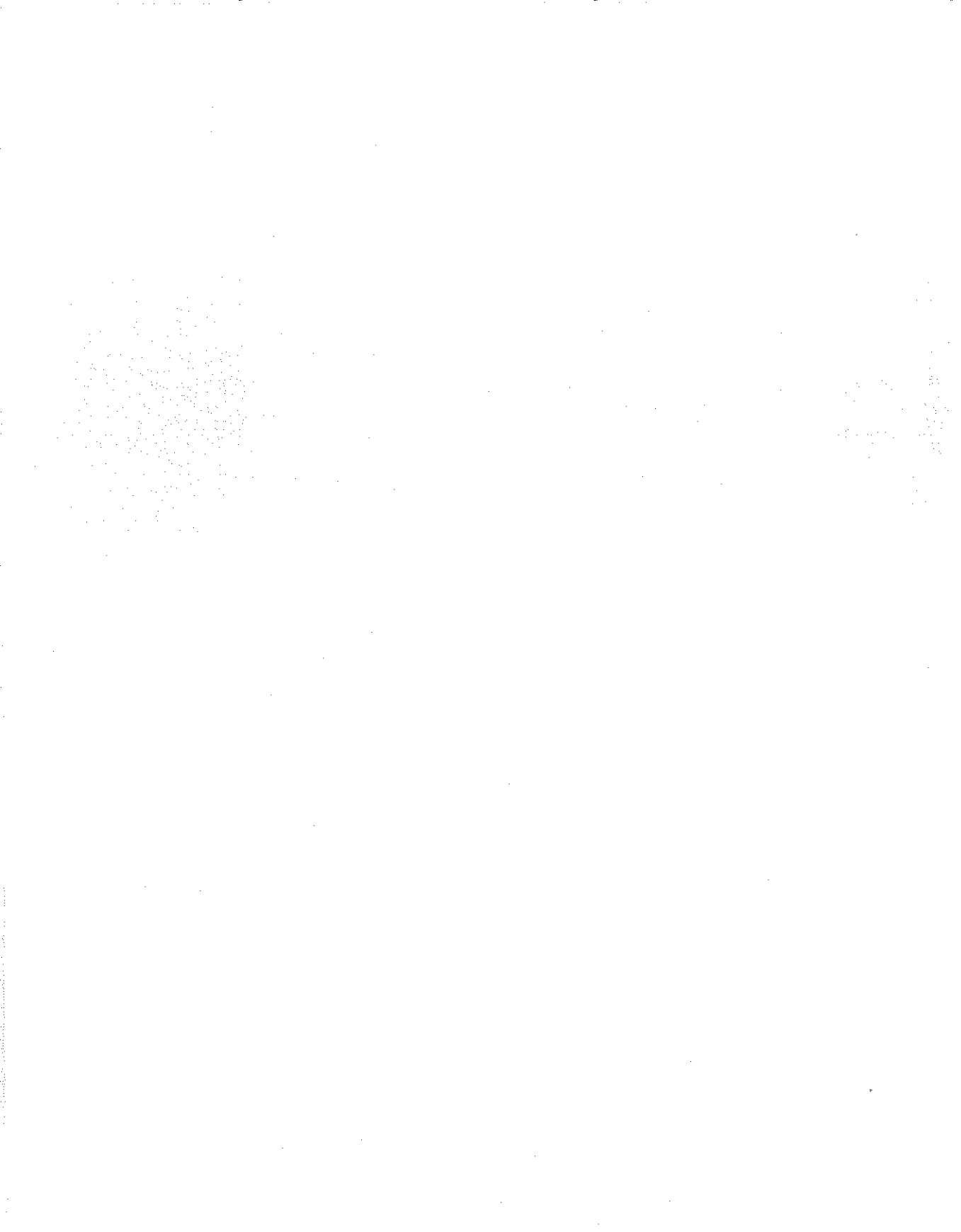
A resposta aos atentados terroristas implica uma mobilização e movimentação de meios, humanos e técnicos, que em muito se assemelha aos meios necessários para suprimir uma catástrofe. Segundo esta política, as forças de resposta, de segurança ou de socorro desenvolveram protocolos de articulação e de interacção nas suas respostas, deixando de ser linear a área e a competência de intervenção de uma força num incidente e não em outro. Os novos modelos de gestão da resposta apontam para uma interacção interinstitucional, inclusive com o recurso a um comando único, variável

apenas com a dimensão e com a tipologia do incidente. Este paradigma, adoptado por serviços de emergência e segurança há alguns anos³, foi recentemente adoptado, com as devidas adaptações, à realidade nacional, através do diploma legislativo, Sistema Integrado das Operações de Protecção e Socorro – SIOPS. Desta forma, o conceito de protecção das vítimas de terrorismo revela novas exigências às forças de segurança, que na maior parte das situações são a primeira força a estabelecer o contacto com as vítimas da acção do terror. Assim sendo, a acção psicossocial da GNR com as vítimas de terrorismo é baseada no pressuposto de direccionar as vítimas para fora do local afectado, para um local seguro, quer da exposição à situação, quer a exposição a estímulos associados com o incidente, protegendo-as das adversidades climáticas, de conflito ou de outro tipo de ameaças e providenciando meios para que possam estabelecer os primeiros contactos com as suas redes de referência social.

Cabe, também, à GNR apoiar as acções de mortuária, assim como apoiar a gestão de listas de informação relativamente a mortos, desaparecidos, desalojados, etc. O apoio psicossocial é essencial nestas situações, podendo a intervenção das equipas ser de forma directa com a população ou indirecta através da gestão de outras equipas de psicólogos ou de psicólogos voluntários que se manifestem colaboradores.

Concluindo, o modelo de actuação psicossocial da GNR em catástrofes demonstra uma nova atitude pró-activa e integrada com o cenário operacional e com os seus agentes. Os ganhos de humanização na actuação da força de segurança, entre os seus elementos e na protecção e socorro da população em geral, são enormes. Este facto justifica a crescente preocupação na modernização e adaptação da GNR às necessidades criadas pela sociedade contemporânea, pela população nacional e pela comunidade global.

³ “Incident Command System – Federal Emergency Management Agency, USA”



Intervenção na Crise – Comentário Final

JOÃO PEDRO OLIVEIRA

A realização do Encontro “Psicologia de Catástrofe e Intervenção na Crise” em boa hora realizado assumiu, pela sua actualidade uma enorme relevância na abordagem desta problemática e foi, pelo seu sucesso, um marco importante.

Entendeu a organização do Encontro, liderada pela Dra. Luísa Sales, perpetuar este evento através da elaboração dum livro com o valioso conteúdo das comunicações. Coube-me como presidente da mesa dedicada à actuação na crise elaborar umas modestas linhas, sobre as comunicações efectuadas, na perspectiva dum não especialista na temática, mas de quem exerceu toda uma vida clínica numa instituição militar, a Força Aérea Portuguesa (FAP), e onde teve contacto com militares sujeitos às mais variadas situações de stress.

Também na FAP por iniciativa do Centro de Psicologia da Força Aérea foi proposta e autorizada, a criação do CISM (Critical Incident Stress Management) tendo como objectivo principal a promoção e desenvolvimento duma cultura de segurança, melhorando o desempenho operacional dos militares da Força Aérea.

A iniciativa do Hospital Militar Regional n.º 2 de Coimbra, enquadra-se perfeitamente no âmbito de actuação dum hospital militar, sendo o cenário privilegiado para um evento desta natureza. É conhecida a expressão significativa da PTSD em antigos combatentes que actuaram no teatro da guerra colonial.

A mesa para a qual fui amavelmente convidado para presidir, abordou a intervenção na crise na perspectiva da psicologia de intervenção, modalidade de actuação relativamente recente que assumiu a nível internacional expressão significativa no atentado de 19 de Abril de 1995 em Oklahoma, que teve como alvo o Edifício Federal Alfred P. Murrah, e do qual resultaram

168 mortos e 500 feridos, onde foi utilizada uma abordagem às equipas intervenientes.

Em Portugal a primeira intervenção sistemática teve lugar durante a queda da ponte de Entre-os-Rios em 4 de Março de 2001, sendo hoje uma prática comum em diversas instituições ligadas à segurança, defesa e emergência.

Os palestrantes desta mesa representaram três instituições (PSP, INEM e GNR) onde esta temática assume primordial importância, e através da sua experiência trouxeram-nos um valioso contributo para o Encontro.

Ao longo as comunicações foram constantemente utilizados os termos crise e incidente crítico, entendendo-se este, como uma situação ou conjunto de situações vividas por um indivíduo que, para além de lhe provocarem uma resposta emocional, se sobrepõem à sua capacidade de resposta face à exigência das mesmas.

- Podem ter como causas uma variedade de situações, entre as quais:
- Suicídio de colega amigo ou familiar.
 - Morte em serviço ou no local de trabalho.
 - Acidente grave em serviço.
 - Situação de múltiplas vítimas.
 - Situação de ameaça séria para os envolvidos.
 - Eventos envolvendo crianças.
 - Incidentes prolongados especialmente envolvendo perdas.
 - Eventos em que as vítimas são familiares ou conhecidas
 - Qualquer evento significativo capaz de causar forte impacto emocional nos que lhe estão expostos.

A sua importância ressalta pelas consequências que podem resultar nos envolvidos, estimando-se que 86% das pessoas que passam por uma situação de incidente crítico irão ter reacções cognitivas, físicas ou emocionais, nas 24h seguintes; 22% correm o risco de apresentar sintomas de stress nos 6 meses subsequentes; 4% poderão desenvolver stress Pós-Traumático.

O Dr. Fernando Passos na qualidade de Chefe do gabinete de Psicologia da PSP abordou o tema “Modelo de Intervenção na Crise do Gabinete de Psicologia da Policia de Segurança Pública.” Salientou que a PSP em algumas circunstâncias se encontra enquadrada na temática dos acidentes críticos não só pela sua componente operacional, mas também pelo acompanhamento psicossociológico. O âmbito da comunicação centrou-se no apoio dado na PSP ao seu pessoal, que no presente ronda as 23000 pessoas.

Da dimensão psicossocial destacou três componentes: preventiva, abordada relativamente à formação; resposta imediata, que tem a ver com o incidente crítico em si; e o apoio psicológico.

A Dra. Sara Rosado, Psicóloga que integra o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção da Crise do INEM, apresentou na sua exposição a estratégia de actuação no terreno perante uma situação de crise, relatando os múltiplos factores que podem influenciar a resposta individual e a abordagem metódica que deve ser seguida, unicamente ao alcance de profissionais devidamente preparados para actuar em situações desta índole. Acentuou que em muitos casos que envolvem várias vítimas, será necessário o apoio de outras instituições para se fazer face aos múltiplos problemas logísticos e médicos que inevitavelmente surgem.

Deu especial ênfase à necessidade de formação para os intervenientes, estando a ser implementados no INEM, cursos de intervenção psicossocial em situações de crise individual e em situações de catástrofe, dirigidas a técnicos de saúde mental, pretendendo-se que integrem a base de dados, para uma eventual integração de equipas no terreno.

O Dr. Bruno Brito psicólogo da GNR integrando o Departamento de Gestão de Incidentes Críticos apresentou o tema “Como actuar no terreno em grandes catástrofes,” começando por definir o âmbito da apresentação ao estabelecer numa primeira parte a estrutura organizativa da gestão de acidentes críticos e das equipas psicossociais da GNR, e numa segunda o modelo de apoio psicossocial.

Porque a área da psicotraumatologia está a formar-se enquanto modelo houve necessidade de optar por uma nomenclatura tendo a GNR adoptado a nomenclatura de valência psicossocial.

Referiu que a GNR tem um âmbito de actuação nacional, sendo confrontada nas suas missões com cenários de catástrofes naturais ou não, e com potenciais ataques terroristas, estando também envolvida em missões internacionais, onde existam representações portuguesas ou interesses portugueses.

Foi atribuída à GNR, através de enquadramento legal a competência da primeira intervenção em cenários de catástrofe, materializada na constituição do Grupo de Intervenção Protecção e Socorro, o GIPS.

Como órgão centralizador da tomada de decisão e coordenador foi criado o Departamento de Gestão de Incidentes Críticos na dependência directa do Comandante Geral, órgão charneira em todo o processo de gestão dos incidentes críticos.

Desenvolveu seguidamente o modelo de apoio psicossocial existente na GNR, desenvolvendo as suas especificidades.

Para finalizar podemos concluir que as nossas instituições estão preparadas para actuar em incidentes críticos com uma estratégia perfeitamente delineada e a um nível equiparável ao de que melhor se faz nesta matéria.

INTERVENÇÕES APÓS A CRISE

F. ORENGO GARCIA

ILAN KUTZ

ISABEL MARQUES ALBERTO

AFONSO DE ALBUQUERQUE

LUÍSA SALES

MANUEL VELLOSO

FERNANDO DE LA VIETER RIBEIRO NOBRE

PIO DE ABREU

SILVEIRA SÉRGIO

Un Programa de Tratamiento Psicoterapeutico para Mujeres con Estrés Postraumático como Secuela Psíquica de Violencia Doméstica y de Genero

F. ORENGO, S. ÁLVAREZ-BUYLLA,
C. GONZÁLEZ, M. HERRANDO

Resumen

Se presenta en esta publicación el programa de tratamiento concebido por el primer autor de este trabajo y desarrollado por un equipo integrado constituido por una trabajadora social, una psicóloga y una administrativa en coordinación con centros propios y ajenos a la Dirección General de la Mujer de la Comunidad Autónoma de Madrid.

El programa de nueve meses de duración está dedicado al tratamiento de las secuelas de violencia doméstica y de genero que se presentan en forma de estrés postraumático. El programa se asienta en un modelo de psicoterapia grupal semanal con refuerzos de apoyo individual y psicofarmacológico en algunos casos.

En esta publicación se presentan los resultados de los primeros dos años de funcionamiento.

Palabras clave: Violencia doméstica, violencia de genero, psicoterapia de grupo, trastorno de estrés postraumático.

Summary

This paper presents a treatment program designed by the first author and developed by an integrated team of a social worker, a psychologist and an administration employee coordinated with the centres and homes of the General Direction for Women Affairs of the Autonomous Community of Madrid, Spain.

The nine months program is dedicated to the treatment of sequels of domestic and gender violence manifested in form of a post traumatic stress disorder (PTSD). The treatment model is based in a weekly group therapy setting with enforcements of individual therapy and or psychopharmacology in some cases.

In this paper we present the results of the first two years functioning.

Key words: Domestic violence, gender violence, group psychotherapy, post traumatic stress disorder, PTSD.

INTRODUCCIÓN

En el momento actual en que se encuentra la sociedad española, en el que el problema de violencia doméstica o de género y sus consecuencias de todo tipo está permanentemente en las portadas de los periódicos, es necesario dar respuesta desde las instituciones públicas, al problema de los daños psíquicos expresados en forma de síntomas psicopatológicos y trastornos psiquiátricos que adquieren las víctimas o supervivientes de este tipo de violencia. Con este fin se creó en el año 2001 por la Dirección General de la Mujer (DGM) de la Comunidad Autónoma de Madrid, un dispositivo de tratamiento especializado para mujeres con secuelas psíquicas de violencia de género y doméstica, denominado “Unidad Psicosocial” (UPS) gestionado por INTRESS (1). Se presenta a continuación el modelo asistencial/rehabilitativo sobre el que se asienta el programa.

LA UNIDAD PSICOSOCIAL (UPS) Y EL CONCEPTO DE PSICOTRAUMATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA

La creación de esta Unidad, está en concordancia con el tipo de práctica que se viene imponiendo en países de nuestro entorno sociocultural y que constituye una línea de trabajo en Salud Mental, Servicios Sociales y en el campo de la psicoterapia que se ocupa de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las personas sometidas a graves abusos y maltratos en la esfera psicosexual o también las que han sido víctimas de violencias inusuales o catástrofes naturales. Este programa terapéutico incluido en instituciones como la propia administración de veteranos americana (Friedman, 2002), o las llamadas “Clínicas de Trauma” extendidas por instituciones psiquiátricas de las mejores universidades y hospitales americanos, holandeses, alemanes etc. se encuentran enmarcadas dentro de lo que se viene conociendo desde un punto de vista conceptual como Psicotraumatología (Orengo, 2002).

Bajo el concepto de Psicotraumatología se agrupa aquella clínica que se organiza en dos grandes grupos nosológicos dentro de los trastornos psíquicos: todo el espectro clínico que conocemos como estrés postraumático (en sus formas llamadas “simples” y “complejas”, Herman, 1997) y los trastornos disociativos en toda su gama de menor a mayor complejidad (Icaràn,

1997), sin descartar otras entidades psiquiátricas que aparecen con frecuencia de forma comórbida (depresión con suicidalidad, ansiedad con o sin ataques de pánico, trastornos alimentarios, abusos de sustancias, trastornos somatoformes, trastornos de personalidad límite etc.).

(1) Institut de Treball Social i Serveis Socials, asociación sin finalidad lucrativa que trabaja en el sector del bienestar social.

FUNDAMENTOS TÉCNICOS DE LA UPS

Dos aspectos fundamentales constituyen las bases de su justificación. La alta prevalencia general en la sociedad de los malos tratos, abusos etc. por un lado, por otro las consecuencias psicopatológicas de los mismos (Villavicencio et al., 1999).

Los datos exactos de prevalencia de maltrato, violencia y abuso sexual existente son desconocidos por la difícil obtención de datos reales. Los datos oficiales hablan de un 10-12% de la población afectada por formas severas según fuentes diversas (Ministerio de Justicia, Dirección General de la Mujer, IMAIN). Según el Instituto de la Mujer, 24.158 mujeres formularon denuncias por malos tratos de sus parejas en los juzgados españoles durante 2001. Según la asociación Themis, 69 mujeres perecieron en España durante 2001 a manos de sus cónyuges o parejas (Alberdi, 2002).

En cuanto a las consecuencias que los diferentes tipos de maltrato producen a nivel psíquico, es creciente la literatura científica que demuestra la existencia de una relación causal entre los malos tratos y abusos de toda índole y el desarrollo de patologías psiquiátricas graves (Kluft, 1990; Herman, 1997).

La demostración de esta relación causal ha puesto de nuevo en evidencia que el abordaje de la violencia desde la prevención precoz, desde la información que permite hacer consciente a la sociedad de sus consecuencias a corto y largo plazo, así como del sentido que tiene la colaboración estrecha entre servicios sanitarios, de justicia y sociales es fundamental.

Por otro lado, independientemente de lo expuesto anteriormente, para la Psiquiatría tiene un gran importancia teórica y práctica el volver a retomar un tipo de pacientes que se encuentran sin recibir un diagnóstico adecuado y un tratamiento y atención específicos de los que están muy necesitados. Ha venido siendo un error de planteamiento importante el considerar que las personas que hubieran sido víctimas de violencias no necesitaban “nada más” que se les hiciera justicia, excluyendo los malos tratos psíquicos sufridos y sus secuelas. Hoy en día, con los conocimientos científicos que poseemos, esto no es suficiente.

De hecho, existe en la actualidad todo un acervo de datos clínicos que demuestran que los pacientes abusados y maltratados brutalmente desarrollan síntomas de reexperimentación, de embotamiento afectivo y evitación y de hiperactivación, dentro de lo que se conoce como trastorno de estrés post-traumático (A.P.A., 1992).

También se sabe, que muchos de los intentos de suicidio en jóvenes, las autolesiones, ciertas formas de bulimia que llegan a constituir hasta un 30% de los trastornos de alimentación, muchas drogadicciones, tienen una vinculación causal con el maltrato y abuso, sobre todo sexual.

Finalmente, muchos pacientes con abusos de sustancias, consumen drogas como una conducta de evitación de lo traumático desde una situación psíquica compatible con un estado disociado de consciencia. Esta particularidad está siendo considerada de manera creciente en los tratamientos de pacientes alcohólicos o drogodependientes (por ejemplo por la administración para drogas y alcohol americana, ADAMHA. Putnam 1990).

Finalmente, es necesario reseñar que, en lo que se refiere a los fundamentos técnicos del programa, estos están sacados por un lado del documento de consenso internacional de 109 expertos sobre el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) publicado como Suplemento número 16 en el *Journal of Clinical Psychiatry* (Foa et al., 1999), por otro de la guía práctica sobre "Tratamientos efectivos del TEPT" de la Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático, ISTSS, (Foa et al., 2000), de los trabajos de Hadar Lubin y su grupo de Yale (Lubin, 1997,1998) así como de la experiencia clínica y profesional del primer autor de este trabajo (Orengo, 1994, 1997, 2000, 2002) y de numerosos otros lugares que, en parte, se reseñan en la literatura (Fischer G., Riedesser P., 1998).

FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD PSICOSOCIAL

1. Derivaciones

Las derivaciones provienen, en su inmensa mayoría, de los distintos centros de la D.G.M., quienes envían un protocolo de derivación a la misma para que lo remita a la Unidad Psicosocial. El resto de derivaciones proviene de distintos recursos (Servicios Sociales, Hospitales, Centros de Salud Mental etc.) que van conociendo este servicio.

2. Evaluaciones

Una vez recibido el protocolo de derivación en la Unidad Psicosocial, se contacta con la mujer para comenzar el proceso de evaluación con la mayor rapidez posible. El protocolo de derivación se ha diseñado con la finalidad de que recoja datos sobre el grado de securización social, familiar y laboral por un lado, por otro sobre el estado de salud incluyendo un apartado sobre el grado de exposición a violencia extrema y lesiones.

2.1. *Entrevista Social*

El primer contacto lo establece la Trabajadora Social quien, a partir de esta primera entrevista, elabora un protocolo social sobre su situación actual, valorando si la mujer se encuentra en un estado general de securización que le permita comenzar un trabajo terapéutico. De no existir este, no se puede comenzar con el programa y hay que seguir trabajando hasta que la mujer pueda salir de la situación de maltrato.

2.2. *Evaluación del estado mental y de la clínica postraumática*

Posteriormente se realiza la evaluación psiquiátrica donde se registra, mediante las escalas CAPS (escalas para la evaluación del trastorno por estrés postraumático validadas en España, Grupo Postrau 2000) y un examen de estado mental, su sintomatología así como la presencia o ausencia del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) fruto de la violencia de género. La presencia de dicho trastorno es condición imprescindible para la inclusión en el programa.

2.3. *Evaluación psicológica*

Por último se realiza la evaluación psicológica de la personalidad con la ayuda de la aplicación del MMPI-2 (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota 2) y/o de otros cuestionarios adecuados al perfil de la persona que acude a la UPS. Asimismo, se ofrece una segunda entrevista para devolver los resultados e informar a la mujer de los mismos.

Una vez realizadas las evaluaciones individuales el equipo técnico de la UPS se reúne para valorar el caso, realizar un informe conjunto y establecer la intervención más adecuada que será una de las siguientes:

- a) Inclusión en el programa dado que cumple los requisitos.

- b) Inclusión diferida si se da alguna de las siguientes situaciones:
- Hasta la formación de un nuevo grupo.
 - En intervención individualizada para preparación de la entrada en grupo.
 - Pendiente de un alojamiento seguro.
 - A la espera de la finalización de la convivencia con el agresor.
 - Varios de los anteriores u otros motivos.

En otros casos se puede producir:

c) Baja por:

- Abandono del programa
- Exclusión (4 faltas sin justificar)
- Cambios en su situación que impidan su continuación en el programa (vuelta con el maltratador, cambio de localidad, horario laboral incompatible con el del grupo terapéutico, etc.)

d) No incorporada al programa por no cumplir los requisitos.

Una vez evaluada se informa a la interesada, al Centro derivante y a la Dirección General de la Mujer.

3. Establecimiento de los objetivos terapéuticos

Una vez dada el alta en el programa, el equipo establece de forma consensuada los objetivos a lograr durante la intervención. Dichos objetivos se enmarcan en el área social, familiar y/o personal y tienen como fin principal mejorar la sintomatología postraumática.

4. Coordinación con los centros derivantes y con la D.G.M.

Durante el proceso de evaluación se establecen coordinaciones con los centros derivantes para poder realizar un seguimiento individualizado de la mujer, estar al tanto de los cambios e incidencias e informar de la incorporación y de la evolución de la misma en el proceso de tratamiento. El programa de tratamiento es, en principio, compatible con cualquier otro que estuviera realizando la mujer.

Semanalmente se informa a la D.G.M. sobre el seguimiento de los casos y, mensualmente, se envía una estadística de altas y bajas en el programa.

5. Inclusión en grupo terapéutico

Una vez que la mujer ha sido evaluada y se han establecido los objetivos terapéuticos, se la incorpora en un grupo.

A lo largo de todo el proceso terapéutico grupal, establecido en un tiempo de nueve meses, se realizan tres evaluaciones individuales a comienzo de cada trimestre que permiten ir registrando los cambios y las dificultades. Las evaluaciones se realizan a través de una "Hoja de registro" diseñada ad hoc que explora de nuevo los síntomas de TEPT y patología asociada así como posibles cambios próximos en la esfera legal (juicios, demandas), sanitaria (operaciones o exploraciones médicas complementarias pendientes) o familiares (cambios de domicilio etc.).

Una vez finalizado el programa se elabora un informe final en el que se hace constar la evolución en el programa y los objetivos cumplidos. En este momento se da el alta terapéutica.

6. Sobre la duración del programa

Lógicamente, se plantea la cuestión del porqué de una duración del programa de tratamiento de 9 meses y no de tres o cuatro como suelen ser la mayoría o bien de dos años, como podría perfectamente ser a la vista del grado de daño y/o deterioro que nos encontramos en muchos de los casos evaluados hasta ahora.

En realidad, los nueve meses son una dimensión que nos pareció inicialmente conveniente pues, en primer lugar supone un tiempo de un curso, de un periodo socialmente extendido a otras etapas (escolar, del embarazo etc.) y que, por así decir, representa un tiempo bien divisible en tres subperiodos. Por otro lado, se asimila con un proceso que "empieza y acaba" y que no tiene un final indeterminado. Este punto es importante pues, a nuestro juicio, el hecho de que haya una fecha de finalización decidida desde el comienzo contribuye a asegurar un ritmo de trabajo y a lograr la meta que se persigue, es decir el tratamiento de las secuelas psíquicas de la violencia en forma de TEPT. Finalmente, pensamos que programas de menos de seis meses, a razón de una sesión de 90 minutos por semana, no permiten hacer la experiencia de continuidad, de estabilidad en la relación terapéutica y, sobre todo, de saber que puedes confiar en unos profesionales y de un lugar securizante que van a estar ahí y en los que sabes que puedes confiar incondicionalmente. Esta experiencia de confiar incondicionalmente es la mas importante a la hora de reestablecer vínculos sociales y volver a creer en los demás, creencia destruida por la experiencia de maltrato.

Por otro lado, también es importante que con la acotación del tiempo de tratamiento se establezca una clara noción en la usuaria de que la oportunidad de la que goza para tratar sus problemas es limitada en el tiempo y por tanto deberá ser bien aprovechada, si se quiere realmente mejorar. En este punto se hace énfasis desde el comienzo, señalándose que el tratamiento que se ofrece en este dispositivo público debe ser visto como una oportunidad única y, en ese sentido, un privilegio que se tiene frente a otras personas que no pueden disponer de él y que por tanto obliga por razones de solidaridad ciudadana y democrática a hacer el mejor uso posible del mismo. Con este enfoque se pretende “desmedicalizar” y “despsicologizar” el tratamiento haciendo énfasis en los aspectos que fomentan la solidaridad grupal y la creación de grupos de autoayuda, fin principal de todo el proceso terapéutico.

DATOS DE ATENCIÓN AÑOS 2001-2002

Durante el año 2002 se ha atendido en la Unidad Psicosocial a un total de 71 mujeres, 42 de las cuales han sido derivadas en este mismo año, el resto, 29, fueron derivadas en 2001.

Perfil de la población atendida

Las setenta y una mujeres atendidas en la UPS presentan el siguiente perfil:

- A) El 72% de las mujeres tienen nacionalidad española y el 28% restante diferentes nacionalidades (argelina, argentina, chilena, dominicana, ecuatoriana, ghanesa, marroquí, polaca, portuguesa, rumana y rusa).
- B) La edad media es de 31 años.
- C) El 30% trabaja y el otro 47% esta en paro, el 23% restante se encuentra de baja laboral, o está estudiando, es becaria, o está realizando un curso remunerado.
- D) El nivel de estudios medio es de Graduado Escolar.
- E) La mayor parte de las mujeres están solteras (46%), el resto casadas, separadas, divorciadas o viudas; pero en ningún caso conviven con el maltratador.
- F) El 71% tienen hijos a su cargo.
- G) Mas de la mitad residen en Centros de la D.G.M. (55%)

- H) Presentan trastorno de estrés postraumático (TEPT) el 76% de las mujeres evaluadas con las escalas CAPS.
- I) Todas han sufrido malos tratos por parte de sus parejas y/o padres (padres y/o madres), abuelos y/o abuelas y/o hermanos y/o tíos.

En general, son mujeres muy dañadas psíquica y físicamente desde la infancia con repercusión severa sobre la estructura de su identidad, con una red de apoyo social pobre, con dificultades en el desempeño del rol materno (conductas evitativas, sobreprotectoras, de rechazo etc...) que acceden a trabajos precarios dada la escasa formación, las cargas familiares y el deterioro físico / psíquico que todavía padecen.

Nivel de formación

El 15% tiene estudios primarios; el 43% graduado escolar; el 19% ha finalizado el bachillerato superior o formación profesional, un 4% ha realizado estudios medios y un 3% ha realizado estudios superiores.

LA VIOLENCIA Y SUS CONSECUENCIAS

Tipo de maltrato

Todas ellas han sufrido diferentes tipos de maltrato: físico, psíquico, abusos sexuales, violaciones, negligencias, abandonos y prostitución.

Estos maltratos han sido cometidos por: el padre, la madre, padres adoptivos, pareja, hermanos, tíos, abuelos, vecinos y prostituidores (aquellos que utilizan los servicios de la prostituta).

En la mayoría de los casos, es decir el 63.64%, el maltrato (en alguno de sus tipos) aparece ya en la infancia, siendo el maltrato por la pareja otro eslabón de la cadena de violencia. La pareja y padre de los hijos, además, maltrata en un 24% de los casos a los hijos/as de ambos.

Prevalencia de trastorno de estrés postraumático

De las 71 mujeres atendidas en los años 2001 y 2002, 57 han sido evaluadas con las escalas CAPS específicas para la valoración de estrés postraumático (Orengo 2002), el resto o bien no han sido iniciadas las evaluaciones o no se ha podido hacer la evaluación con el CAPS por dificultades técnicas.

De las 57 mujeres evaluadas un 78.13% presentan un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), fruto de las situaciones violentas vividas. Un 65.54% de curso vital o a lo largo de la vida y un 81.73% actual. Un 55.93% lo padece tanto de curso vital como actual, siendo la sintomatología más destacada la referida a evitación y embotamiento, seguida de hipervigilancia en el TEPT actual y de reexperimentación en el TEPT de curso vital.

Perfiles test-psicológicos de las mujeres

De las setenta y una mujeres derivadas durante 2001 y 2002, cuarenta y tres de ellas han podido ser valoradas mediante el cuestionario MMPI-2. Las restantes o bien no han sido iniciadas las evaluaciones o han sido evaluadas con otros instrumentos y/o técnicas (entrevistas semiestructuradas, cuestionario Tennessee Self Concept, y recientemente el cuestionario PNP de personalidad) debido a sus recursos cognitivos y/o a la presencia de una sintomatología intensa.

De los datos recogidos en el MMPI-2 podemos volver a constatar como la vivencia de violencia en las relaciones afectivas más importantes produce un impacto brutal sobre el equilibrio psíquico y una herida básica: la desconfianza en el ser humano. Y no sólo hacia la pareja o familiar que las ha dañado sino que se generaliza a todo su entorno, mostrando tendencia al paranoidismo y a malinterpretar los motivos o intenciones de los demás como forma de defenderse de posibles daños (más del 76% de las mujeres). Todo ello va produciendo un aislamiento, déficits en el desarrollo de habilidades sociales por privación y un empobrecimiento personal consecuente.

Junto con lo anterior presentan además daños en la estructuración de su identidad como son disociaciones graves y amnesias (Hy: 61%), somatizaciones (Hs: 58%), alteraciones en la autopercepción (autoconcepto pobre y autoestima débil), alteración en la regulación de los impulsos afectivos (Pd: 58%, D: 56%) y en el sistema de significados (Sc: 72%)*

Podemos analizar además las diferencias y coincidencias entre los perfiles (obtenidos a partir de la administración del MMPI-2) de las mujeres que han sufrido la violencia en la infancia y los de aquellas donde el daño sobrevino en etapas posteriores (juventud y edad adulta).

Las muestras son sensiblemente diferentes en tamaño (31 con violencia infantil y 12 sin violencia infantil). Teniendo en cuenta estas diferencias pasamos a comentar el porqué de las mismas.

Estas son considerables en las escalas Pd, Pa, Hy, Sc, FRS, BIZ, ANG, CYN, ASP, TPA, SOD, FAM, WRK.

Las mujeres que han sufrido violencia infantil presentan:

- Una mayor inestabilidad personal debido a la dificultad para realizar juicios adecuados así como problemas con las normas sociales junto con conductas/síntomas sin control y sin comprensión para ellas mismas (Pd:), (Sc), (Hy), (ASP).
- Mayor irritabilidad, impaciencia, dificultad para el control de la ira y para contener la frustración (ANG). Tendencia a procesar la información con suspicacia, desconfiando siempre de la motivación ajena (CYN).
- Vivencias familiares muy conflictivas, sentimientos de haber sido rechazadas/humilladas/no queridas en la familia (FAM).
- Todas las características anteriores repercuten en su capacidad para ejecutar de forma constante un trabajo (WRK).

Podemos relacionar estos datos con el daño al sufrir la violencia en edades donde se aprenden las normas sociales, donde se adquieren habilidades sociales y emocionales, donde uno se forma una imagen positiva o negativa de uno mismo.

En las mujeres que no han experimentado violencia infantil y que han sufrido la violencia en etapas posteriores, aparecen las siguientes características:

- Todas ellas presentan desconfianza, hipersensibilidad y suspicacia (Pa).
- Presentan más intensamente síntomas fóbicos (miedos, temores, evitaciones, ...) (FRS) y tendencia a aislarse y evitar así las relaciones dónde puedan volver a ser heridas (SOD).

Los resultados confirman lo ya conocido, como es que el daño producido en etapas más adultas produce unos síntomas muy activos e intensos, pero que van remitiendo en un ambiente securizante y mediante el aprendizaje de nuevas habilidades y recursos pero que los daños en la infancia son más estructurales en la conformación de la identidad.

Dinámica de participación grupal

Con todas las mujeres derivadas se estableció contacto telefónico. Ocho de ellas, después de ser citadas en varias ocasiones, rechazaron la incorporación al programa.

Una vez evaluadas, a tres de ellas no se las incluyó en el programa al no cumplir los criterios de inclusión requeridos.

El primer grupo compuesto por 8 mujeres, comenzó en Octubre del 2001, y finalizó en junio de 2002, siendo la media de asistencia a las sesiones de un 90%. A lo largo de los nueve meses se produjeron dos bajas. En diciembre de 2002 se hizo una sesión de seguimiento y se creó, por parte de las mujeres, un grupo de autoayuda.

El segundo grupo comenzó en enero de 2002 con 11 mujeres y finalizó en diciembre de 2002, siendo la media de asistencia a las sesiones de un 81%. A lo largo de los nueve meses se produjeron varias bajas. En junio de 2003 se realizó la sesión de seguimiento.

El tercer grupo comenzó en abril de 2002 con 7 mujeres y finalizó en abril de 2003, siendo la media de asistencia durante el año 2002 de un 72%.

El cuarto grupo comenzó en septiembre de 2002 con 11 mujeres y finalizó en junio de 2003, siendo la media de asistencia en el primer trimestre (2002) de un 73%.

Sobre el programa de tratamiento

Los comentarios que se realizan a continuación se refieren a tres aspectos: la evolución del grupo en sí, el ámbito que se adscribe a cada terapeuta en el programa de tratamiento y, finalmente, a los resultados del programa de tratamiento en relación con la mejoría de los síntomas del estrés postraumático de las mujeres que participan en él.

Ámbito que se adscribe a cada terapeuta

Los tres psicoterapeutas con formación acreditada que conforman el equipo de la UPS es decir, la trabajadora social, la psicóloga y el psiquiatra forman tres parejas distintas, de modo que, a lo largo de los nueve meses de tratamiento, intervengan siempre en cada sesión de grupo dos de ellos. La pareja de terapeutas para cada sesión es asignada en una reunión del equipo a comienzo de cada trimestre. También en dicha reunión o en otra de las que se celebran al menos semanalmente, se distribuyen cada una de las participantes a cada terapeuta para que las mujeres tengan un profesional de referencia cuando necesiten comentar alguna cuestión personal. En casos concretos, se establece un vínculo terapéutico individualizado durante un periodo mas o menos largo del programa. En algún caso, hemos detectado la necesidad de instaurar una fase previa al tratamiento de grupo en lo que podríamos llamar una "introducción al tratamiento". Se trata de casos de mujeres muy dañadas por violencia doméstica y de genero desde su infancia.

En ocasiones los déficits cognitivos, los trastornos de memoria o el índice de paranoidismo defensivo que presentan obliga a desarrollar esta fase previa de securización y de trabajo de "ordenamiento mental". Hablamos en estos casos de "ingreso diferido" en el programa.

Distribución de roles y tareas profesionales

A su vez, por razones tanto de carácter operativo – organizacional, como de distribución de tareas para la evitación de la colisión o superposición de roles profesionales, hemos distribuido en tres grandes áreas nuestro ámbito de trabajo.

La trabajadora social se ocupa preferencialmente de los aspectos relacionados con el estudio de las relaciones transgeneracionales y, naturalmente, de otros ámbitos como es la red de apoyo social etc. En este sentido, las sesiones en las que se realizan genogramas son siempre llevadas por ella y por otro terapeuta.

El área de género e identidad y habilidades personales y sociales es llevada por la psicóloga preferencialmente dada su formación y experiencia profesional previa en este campo y las sesiones que se ocupan de estas cuestiones son llevadas por ella y otro u otra terapeuta.

Finalmente, los aspectos más esencialmente psicotraumatológicos y relacionados con el estrés postraumático son llevados por el psiquiatra que es el encargado, junto con otra terapeuta, de conducir las sesiones que se dedican monográficamente a estas cuestiones (técnicas de manejo de la ansiedad, información sobre la clínica postraumática, sesiones de asesoramiento en el manejo de medicaciones etc.). Las sesiones dedicadas al manejo de la ansiedad son llevadas asimismo por los tres terapeutas indistintamente.

Esta distribución implica que los tres profesionales participan en los abordajes terapéuticos cognitivos, de exposición y psicoeducacionales recomendados en la literatura internacional sobre el tema (Foa et. al 1999).

Esta división del trabajo no implica sin embargo que no sea posible que cualquiera de los terapeutas, pueda sustituir a otro en un momento dado. Por el contrario, el programa de la UPS está centrado en una colaboración complementaria de los tres roles profesionales consiguiéndose una verdadera conjunción biopsicosocial.

Evolución del primer grupo

Comenzaremos en primer lugar haciendo unas consideraciones de índole general.

El primer grupo que puso en marcha el programa y ha estado acudiendo de Octubre 2001 a Junio 2002, estaba constituido por 8 participantes inicialmente. El número de salidas del programa fue de dos personas, como se comentó mas arriba. Una de ellas fue encarcelada por un delito contra la Salud Pública, la otra por una reactivación grave de la problemática psicosocial que padecía. El resto siguió con aprovechamiento y altos niveles de asistencia hasta el final.

En relación con las procedencias socioculturales de las participantes, esta fue muy diversa. Encontramos dos mujeres con formación universitaria superior, otras con titulaciones de grado medio o graduado escolar. Fue interesante registrar como los distintos grados de formación no interfieren necesariamente con la comunicación ni la capacidad de realizar un trabajo de introspección. Al contrario, pudo observarse una cierta tendencia entre estas mujeres, "homogeneizadas" por su común experiencia de situaciones altamente traumáticas, a poseer una capacidad mayor de expresión emocional cuanto menor era su nivel educacional.

Sobre la necesidad de atender a los hijos de las mujeres que participan en el grupo

- a) En la primera sesión se presentó una de las mujeres con su hija pequeña de tres años a la que no tenía con quien dejar, teniendo que ser cuidada por la administrativa de la UPS mientras su madre asistía a la sesión grupal. Esta situación se presenta de vez en cuando pues la madre no puede separarse de los hijos al no encontrar a nadie que se haga cargo de ellos.
- b) Además de lo anteriormente expuesto, y junto a la observación realizada tanto por las madres como por los profesionales de la UPS sobre la sintomatología y repetición de conductas de los niños que han sufrido la violencia, creemos que sería conveniente crear un programa complementario al actual de la UPS, con el fin de realizar un tratamiento específico de las secuelas que los traumas de la violencia doméstica han causado sobre los hijos. Dicho en otras palabras, parece necesaria la creación de un equipo de psicoterapeutas para hijos procedentes de hogares o situaciones sociales de violencia doméstica y/o de genero que sepa tratar la psicopatología psicotraumática o de estrés postraumático. Estos estarían coordinados además con los Centros de Atención a la Infancia que administran desde un punto de vista psicológico y social las sentencias emanadas desde los juzgados de familia después de separaciones y divorcios.

Otras consideraciones en la evolución del trabajo con el primer grupo

Llamó la atención de los terapeutas desde un primer momento como, a raíz de la información suministrada sobre lo que es el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y la relación género – violencia, se produjo una comprensión inmediata del problema de las secuelas psíquicas por parte de las participantes. Este hecho facilita la participación en la dinámica grupal. El clima de trabajo fue, en general, comunicativo, respetuoso y reflexivo. Sin duda, las explicaciones sobre los distintos síntomas del padecimiento producen cierto grado de reexposición inevitable que hace que la dinámica sea de un gran valor emocional y catártico desde un primer momento.

Durante la elaboración de los genogramas se percibió un alto grado de exposición y “corrección cognitiva” de las relaciones con la familia desde dos generaciones para atrás. La elaboración del genograma permite actualizar los vínculos y “airear” en público (ante la sociedad) las “miserias” y secretos de familia. Realmente se produce un alto grado de exposición a lo traumático que, en la situación terapéutica, sirve para reorganizar cognitivamente la experiencia de dolor.

En las sesiones de dramatización en las que cada participante escenifica una escena de su pasado traumático que considera paradigmática, se apreció un alto grado de participación y compromiso con el tratamiento. Sin duda, son estas experiencias las más difíciles de contextualizar y de interpretar con un grado suficiente de participación emocional que sea realmente catártico. Al realizar esta actividad encontramos grandes diferencias interindividuales que no siempre son superables si lo que impiden es una expresión suficiente de los elementos traumáticos que habían quedado fijados o inexpressados.

Durante el último trimestre se produjo, como se menciona anteriormente, la sesión llamada de “apoyo social” en que cada una de las participantes debía traer a una persona de su máxima confianza que le resultara de gran ayuda o apoyo en su vida diaria. Fue difícil encontrar a alguien. Tan solo una participante consiguió traer a su pareja actual. Como es esperable, este hecho fue analizado ampliamente, llegándose a la conclusión de que la dificultad en traer a alguien está relacionada con la escasa red social disponible y el secreto que envuelve la violencia sufrida, ambos aspectos interconectados entre sí.

Evolución del segundo grupo

El segundo grupo que comenzó su trabajo en Enero de 2001 y lo completó en Diciembre de ese mismo año estaba constituido inicialmente

por 11 personas de las que quedaron finalmente cinco. De las seis bajas, tres fueron debidas a la salida de las participantes del centro de la DGM donde residían. Otra de ellas salió del grupo por complejidad de su situación psicosocial con la intención de volverla readmitir en cuanto esta se resolviera (con apoyo y seguimiento individuales). De las dos restantes, una fue trasladada a otro grupo posterior de horario mas conveniente para ella y otra abandonó voluntariamente.

Las restantes participantes mostraban diferentes perfiles psicotraumáticos habiendo tenido dos de ellas problemas de abuso de alcohol y/o benzodicepinas (ansiolíticos) y/o cannabis u otros drogas en el pasado.

Otra de las participantes planteó inicialmente un problema de inclusión en el grupo a pesar de padecer claramente un trastorno de estrés posttraumático, por presentar una patología neurológica (sangrado intracerebral) probablemente relacionada con un golpe recibido en la cabeza infligido por su marido. A pesar de la relativa contraindicación, pero en previsión de la ganancia terapéutica de la que podría beneficiarse (y que posteriormente se confirmaría) se la incluyó en el grupo realizándose un seguimiento cercano del proceso neurológico y de las exploraciones y tratamientos neuroquirúrgicos por parte del psiquiatra de la Unidad Psicosocial.

Durante el primer trimestre hubo cierto trasiego de cambios y faltas de diversas participantes. En parte, dicho trasiego fue causado por actividades de formación organizadas por la Administración y que eran seguidas por varias mujeres con carácter obligatorio.

Ya en las primeras sesiones se relataron algunas historias durísimas de varias participantes expuestas a altos grados de violencia intrafamiliar, con muertes incluidas. También se presentaron casos con problemática de abuso sexual infantil con un nuevo caso de incesto por un padre alcohólico. La dinámica y contenido de las sesiones fue similar, con ligeros cambios, para este grupo.

En el curso del segundo trimestre se fue reforzando la cohesión grupal, habiendo sesiones de gran profundidad en la ganancia de introspección con momentos de perplejidad casi catatónica y otros de gran explosión de vivencias traumáticas. Se trabajó en las sesiones de dramatización el tema de la identificación con el dolor ajeno y la dificultad de poner distancia.

En el tercer trimestre la sesión de apoyo social fue mas participativa que en el primer grupo, aún así, solo acudieron dos personas además de las participantes habituales. Este dato volvió a confirmar la dificultad importante en la creación y mantenimiento de redes sociales y vínculos efectivos en las personas dañadas por violencia de genero. Ello a su vez hace más importante incidir en la necesidad de creación de grupos de autoayuda.

Sobre las mujeres provenientes de situaciones de violencia intrafamiliar con connotaciones incestuales

Una consideración aparte la merece un tipo especial de violencia doméstica o de género como el que la mujer recibe en el ámbito de su familia de origen y no o no solo a través de su pareja actual o pasada. En este contexto, tiene sentido mencionar que nada menos que un 64% de las mujeres diagnosticadas de estrés postraumático en la UPS presentaban, además de la violencia de su pareja actual, antecedentes de este tipo de violencia familiar en su primera y/o en segunda generación.

En este primer grupo que venimos comentando destacaron por su presencia dos casos de mujeres jóvenes que habían sufrido violencia de género por sus hermanos durante la etapa de convivencia infantil y adolescente en el domicilio familiar que, naturalmente, ya ambas había abandonado. Se trata de mujeres de las que sus hermanos a todas luces estaban enamorados en una relación claramente incestual. En ambos casos parece asegurado que no hubo relaciones sexuales de facto pero sí un continuo acoso y hostigamiento en una relación de cercanía e intimidad constante. En ambos casos, los hermanos padecían algún tipo de trastorno mental o psicopatía. Esta constelación que se describe ha vuelto a ser detectada en nuevos casos incluyendo la presencia de abusos sexuales asociados a grave violencia.

Desde un punto de vista psicopatológico es interesante preguntarse si no deberían haber presentado estas dos mujeres algún tipo de secuela específica que diera en mayor o menor grado razón de dicha connotación incestual. Por curioso que aparentemente parezca parece más bien que es lo contrario, es decir, que es cuando los varones (hermanos) poseen una clara alteración psicopatológica que persiguen y maltratan a sus hermanas. También tiene interés conocer que ambas mujeres tenían actualmente relaciones heterosexuales normalizadas.

Por otro lado, también participó en el grupo otra mujer con múltiples abusos sexuales desde la infancia de carácter incestual, con ejercicio intermitente de la prostitución y maltrato de género continuado.

Prostitución y violencia de género

Aunque tratar este capítulo debidamente excede el sentido de este trabajo, es necesario mencionar la frecuencia con que nos hemos encontrado entre las mujeres evaluadas en la Unidad prácticas intermitentes o continuas de prostitución por efecto directo de violencia de género. Parece evidente por la experiencia acumulada, que la violencia brutal mantenida y el abuso

sexual infantil practicado en un ámbito intrafamiliar, es decir con connotación incestual, es condición necesaria y suficiente para “hacer” de una mujer una prostituta. En sucesivos trabajos que se irán publicando se tratará esta cuestión con mayor profundidad.

Repercusión del programa sobre los síntomas de estrés postraumático

Como se comentó anteriormente, se realizaron al principio de cada trimestre del programa de tratamiento evaluaciones de la condición biopsicosocial de la persona incluyéndose una escala CAPS de evaluación de los distintos síntomas de estrés postraumático. Los resultados demuestran que la reducción de síntomas ha sido importante. Tiene interés señalar que, en algún caso, se ha detectado un aumento de las puntuaciones de las escalas CAPS sobre todo en el síndrome de hiperactivación. Interpretamos este hecho como un efecto pasajero de una reexposición traumática originada al inicio del programa de tratamiento.

Conclusiones

El estado actual de los conocimientos sobre las secuelas psíquicas que produce la violencia doméstica y/o de género y que en el ámbito de la Psiquiatría y Psicología conocemos como estrés postraumático, permiten el desarrollo de programas de tratamiento específicos.

Dichos programas de tratamiento deben tener en cuenta el hecho de que muchas de las conductas de maltrato o violencia acontecen en personas que han tenido ya en su infancia y/o adolescencia experiencias de violencia, negligencia emocional o maltrato. Algunas de ellas muestran conductas claras de compulsión a la repetición que cronifican las experiencias de trauma por reexposición periódica.

Esta realidad social y clínica aconseja el desarrollo urgente de programas asistenciales / rehabilitativos como el comentado mas arriba y puesto en marcha por la Dirección General de la Mujer de la Comunidad Autónoma de Madrid en el dispositivo denominado Unidad Psicosocial.

Agradecimientos: Queremos agradecer a Doña Asunción Miura Bien-dicho, ex directora General de la Mujer de la Comunidad Autónoma de Madrid, su apoyo e interés constante por este proyecto que, sin ellos, no podría haberse llevado a cabo.

LITERATURA

- ALBERDI I., Matas N., La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección Estudios Sociales. Fundación La Caixa. 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. edition). Washington, DC.
- ECHEBURUA, E., CORRAL P., Manual de violencia familiar. Ed. Pirámide. Madrid. 1998
- FARLEY M., BARAL I., KIREMIRE M., SEZGIN U., Prostitution in Five Countries: Violence and Post Traumatic Stress Disorder. *Feminism & Psychology*, 1998, Volume 8 (4): 405-426.
- FISCHER G., RIEDESSER P., Lehrbuch der Psychotraumatologie. Basel: Reinhard. 1998.
- FRIEDMAN M., The National Center for PTSD. Veterans Administration Medical and Regional Office Center. PTSD Research Quarterly. Vol.13, Number 1, 2002.
- FOA E., et al. Treatment of PTSD. *The Journal of Clinical Psychiatry*. Vol.60. Supplement 16.1999.
- FOA E., KEANE T., FRIEDMAN M. (eds.), Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress studies. The Guilford Press. N.Y. London. 2000.
- HERMAN J., Trauma and Recovery. Basic Books. 1997.
- ICARÁN, E., COLOM R., ORENGO GARCÍA F., "Experiencias disociativas: una escala de medida". *Anuario de Psicología*. Núm. 70(3). 69-84. 1996.
- ICARÁN, E., ORENGO GARCÍA, F., "Metodología diferencial y experiencias disociativas". En: La práctica profesional desde la Psicología de las Diferencias Individuales. Parte III: Diferencias individuales y práctica profesional en los ámbitos de la clínica y de la salud. Colom, Quiroga, Espinosa. Eds. Psicología. Pirámide.1997.
- KLUFT R., ed. Incest – related syndromes of adult psychopathology. American Psychiatric Press. 1990.
- LUBIN H., JOHNSON D.R., Interactive Psychoeducational Group Therapy for Traumatized Women. *International Journal of Group Psychotherapy*, 47(3).1997.
- LUBIN H., LORIS M., BURT J. y JOHNSON D.R. Efficacy of Psychoeducational Group Therapy in reducing symptoms of Posttraumatic Stress Disorder among multiply traumatized women. *American Journal of Psychiatry*, 155:9, Sept.1998.
- OMS (1992). "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines."
- ORENGO GARCÍA, F., "El concepto de disociación y conversión en la nueva edición de la clasificación internacional de enfermedades (ICD 10)". *PSIQUIS*, año XIII. Vol.12 (4), 13-20. 1991.
- ORENGO GARCÍA, F., "Trastornos disociativos, «Síndrome de la falsa memoria» y abuso sexual infantil". *ARCHIVOS DE NEUROBIOLOGIA*. Vol. 58, 2, 317-324. 1994.
- ORENGO GARCÍA, F., "Consecuencias psicopatológicas del maltrato y abuso infantil: sobre la génesis del trastorno de personalidad múltiple". *PSIQUIS*, año XVI, Vol. 15 (2), 43-49, 1994.
- ORENGO GARCÍA, F., "Epidemiología, diagnóstico y abordaje terapéutico del trastorno de personalidad múltiple". *PSIQUIS*. 19 (2): 52-64. 1997.
- ORENGO GARCÍA, F., "Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia". *Revista 8 de Marzo*. Dirección General de la Mujer. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad Autónoma de Madrid. Págs. 24-25, 2000.
- ORENGO GARCÍA, F., "Sobre psicotraumatología" *PSIQUIS*, 2002; 23 (5): 173-177.

- ORENGO GARCÍA, F., "Sobre la cuestión de la compulsión a la repetición en la psicoterapia grupal de mujeres afectadas por violencia doméstica o de género", *PSIQUIS*, 2002; 23 (5): 178-184.
- ORENGO GARCÍA, F., "Las Escalas C.A.P.S.: Instrumentos de evaluación de estrés postraumático de diferentes etiologías y tipos clínicos". *PSIQUIS*, 2003; 24(2): 80-116.
- Grupo Español de Trabajo para el estudio del Trastorno de Estrés Postraumático: validación y adaptación de escalas para el TEPT (Labs. Pfizer, estudio Postrau), Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Zaragoza 2000.
- PUTNAM F.W., 1990. Comunicación personal.
- SCHWARTZ M.F., GALPERIN L., MASTERS W.H., Dissociation and the treatment of compulsive reenactment of trauma sexual compulsivity. Master and Johnson Programs at River Oaks Hospital. www.riveroakshospital.com. 1989.
- VILLAVICENCIO P., SEBASTIÁN J., Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 1999.

Mental Health Interventions in a General Hospital Following Terror Attacks: The Israeli Experience*

ILAN KUTZ
AVI BLEICH

Introduction

While the world is busy with the probability of a terror attack with chemical or biological weapons with a potential for mass destruction, the Oklahoma City bombing, and particularly the Twin Tower attack on September 11, have shown that under certain deployment conditions conventional devices can be as deadly as non-conventional ones. However, even less spectacular events, particularly when repeated, can achieve the prime aim of terrorist organizations; to instill fear and disrupt the fabric of normal life. Terror not only upsets the psyche of the individual, sometimes with chronic sequelae, but also interrupts vital public systems particularly those involved with rescue and treatment of the victims of these attacks. Experience of the past 3 years in Israel, following a sequence of continuing "conventional" terror attacks, shows that the number of those responding with acute psychological stress responses far outweighs those with physical injuries, and may be as high as 10:1 (Unpublished observation, Israel Ministry of Health, 2002) or even higher. During a mega-attack by a conventional weapon or non-conventional terror, this ratio is expected to be even higher, and in certain scenarios may produce mass psychogenic or sociogenic illness [2] with all the hallmarks of a contagious epidemic. Such masses of terrorized people may jam the emergency wards of general hospitals, thwart the efforts to render adequate help, and overload health facilities and other public services. Hence, advance planning and well-rehearsed deployment of

* Published in: *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*. 2005, 10; 425-437.

trained mental health teams are paramount to ensure the continuation of effective care.

Based on our accumulated experience with terror attacks in Israel, we present the psychiatric aspects of terror attacks with particular emphasis on general hospital preparedness and on intervention in the immediate phase.

Clinical syndromes following conventional and non-conventional terror attacks

While both conventional and non-conventional terror attacks may bring about certain clinical syndromes [Table 1], the likelihood of occurrence of each response, its magnitude, and its consequences may vary within each scenario and certainly between the different scenarios. Clinically, one can roughly distinguish two symptom groupings: one related to threat and anxiety and the other to loss and depression. Sadly, mixed pictures are all too common [Table 1],

Anxiety-related syndromes

- Acute stress reaction
- Acute stress disorder
- Post-traumatic stress disorder
- Mass psychogenic illness (mass hysteria)

Loss-related syndromes

- Trauma-related grief reaction
 - Depressive reaction
-

Table 1 – *Clinical syndromes following conventional and non-conventional terror attack*

Acute stress reaction, acute stress disorder and post-traumatic stress disorder: time frames and clinical relevance

The diagnoses of acute stress reaction (ASR) and acute stress disorder (ASD) differ in their time frame. ASR is defined in the ICD 10 as: “Criterion D. If the stressor is transient or can be relieved, the symptoms must begin to diminish after not more than 8 hours. If exposure to the stressor continues, the symptoms must begin to diminish after not more than 48 hours” [3]. The ASD definition, on the other hand, begins when the ASR ends: “Criterion G. The disturbance lasts for a minimum of 2 days and a maximum of 4 weeks, and occurs within 4 weeks of the traumatic event” [4]. Post-traumatic stress disorder (PTSD) continues where the ASD ends: 1 month or more after the traumatic event.

ASR (ICD 10): First 8 hours (up to 48 hours)
ASD (DSM IV): 2 days to 4 weeks
Acute PTSD: 1–3 months
Delayed-onset PTSD: Symptoms appearing at least 6 months after the stressor.

Table 2 – *Timetable of definitions of stress responses*

Further distinction can be found in the clinical picture itself. While the ASR describes a more undifferentiated picture of distress, one of polymorphous and shifting symptoms [5], the ASD already distinguishes between several distinct clusters of symptoms – arousal, dissociation, re-experiencing, and avoidance – that are more akin to PTSD.

Although the clinical relevance of ASD has recently been questioned [6-7], our experience with thousands of terror victims indicates that the concepts of ASR and ASD, though in need of some refinement are conceptually helpful as well as clinically practical. Applying these diagnoses early on contributes to the early detection of those at risk and to the effectiveness of intervention decision-making.

Presumed scenarios of terror attacks

A conventional terror attack can be differentiated into two distinct scenarios according to the magnitude of the damage and the number of casualties:

1. A *conventional terror attack* where several to a few hundred people are simultaneously injured by an explosion, a shooting, or other means.

1. A *conventional mega-terror attack* where several hundreds or more, up to a few thousand, have been injured or killed by a conventional device.

In Israel, the past few years have painfully shown that while all forms of conventional terror are fatal, suicide bombings are the most lethal forms of terror because of the difficulty of stopping the intended suicide bombers from fulfilling their mission, and because of the carnage that follows such events.

While the scope of this paper does not permit a detailed plan for managing and treating the stress disorders in general hospital settings, the core principles are presented below.

Casualties During "Ebb and Flow" Since 29.09.00 Updated 26.09.02

Casualties	Civilians	Security Forces	Total Number of Israeli Casualties
Injured	3264	1320	4584
Killed	436	187	622

Details of Security Forces and Israeli Civilians Killed:

Type of Attack	Israeli Civilians	Security Forces	Total
Rocks	2	0	2
Stabbing	5	0	5
Running Over	1	7	8
Lynching	13	2	15
Shooting	66	62	128
Drive-by Shooting	27	9	36
Shootings at Vehicle from an Ambush	50	9	59
Shootings at Towns and Villages	7	3	10
Shootings at Military Installations	0	22	22
Bombings	23	29	52
Suicide Bombing	233	24	257
Car-bomb	8	16	24
Mortar Bombs	0	1	1
Other	1	3	4
Total	436	186	622

Table 3 – Number of casualties and forms of terror in Israel from 29 September 2000 – 26 September 2002 (Israel Defense Force internet site)

Arrival of psychologically affected individuals to the emergency department

Reports from all medical centers in Israel confirm that, invariably, whenever a large number of people is present at a terror attack site, three waves of victims arrive at the general hospital emergency department (ED) what is referred to in common parlance as ER.

- The first wave, arriving within minutes to a few hours, includes most of those suffering from acute distress who have been directly evacuated from the terror scene. Their selection is not conducted by professionals but by lay people and ambulance service personnel who are instructed to bring in all those who seem affected. Most of these people will be suffering from ASR.
- The second wave includes individuals who trickle in 4-8 hours after the attack. These people were not identified at the scene of the attack, had run away from the scene and later on developed symptoms, or were identified by others as suffering from physical or psychological distress. They will also display symptoms of ASR.

- The third wave, arriving between 1 and 7 days after the attack, includes individuals who had gone home, unaware of their psychological reaction, or hoping that their initial reaction would subside. When they realize that their symptoms have not ameliorated or may have even exacerbated with time, they call or come to the ED or their local doctor's office. These individuals may be suffering from ASR or from the more pronounced and sustained symptoms of ASD.
- In addition to ASR, some individuals – either victims arriving from the scene, or family members who have come to locate their relatives – may respond with acute grief reaction due to the loss of loved ones.

Objectives of Mental Health Interventions in the General Hospital

- a) To reduce distress and restore functioning of all victims by ameliorating symptoms of ASR.
- b) To identify those at risk for ASD in the hope of preventing subsequent PTSD. The likelihood of developing a chronic disorder like PTSD is much higher in those diagnosed as suffering from ASD and is estimated to be 30-80% [8-10].
- c) To intervene as soon as possible. ASR and ASD represent acute dysregulation of the physiology and psychology of affected individuals that within hours or days should begin correcting itself [11]. These psycho-physiologic considerations together with ample clinical observations suggest that the early period presents a window of opportunity for intervening and preventing prolonged syndromes. While only one controlled study documents the importance of timing of clinical intervention with ASR and ASD victims [12], its conclusions, as well as the many non-controlled intervention attempts, dictate the following working hypothesis: *the sooner victims can be approached, diagnosed and treated, the better the long-term prognosis*. Sustained symptoms of PTSD suggest a more permanent form of psycho-physiologic dysregulation [13] that is notoriously harder to treat.

Mental-health-team deployment considerations in the general hospital

Certain organizational steps are essential to ensure adequate treatment for large numbers of psychologically impacted survivors who arrive at the general hospital following a terror attack:

- *Deploying the acute stress intervention site*

This is a cardinal principle for managing the many victims of the first wave. All victims with ASR initially have to go through the main ED for a physical checkup, usually involving ear or eye examination, X-ray or at times computed tomography scans. However, once their physical condition has been cleared, it is preferable to reposition them outside the ED. Numerous terror attacks have demonstrated that the ED is not a suitable location for mental health intervention: there is no therapeutic space to seriously assess and intervene; the presence of many ASR victims in the ED adds to the mayhem that impedes the life-saving intervention for the physically injured; and the exposure to gruesome scenes in the ED may increase the psychological distress of those already affected by ASR.

The acute stress intervention site (ASIS) is a pre-designated space isolated from the turmoil of the ED. It is manned by a mental health team, including psychiatrists, psychologists, social workers and nurses. Clerks monitor the checking in and out, and security personnel block the perimeter from unrelated intruders. The ASIS includes several treatment rooms for group and individual interventions and a common corridor space for selected family members and those patients awaiting intervention or release. Snack food and drinks are available and offered to the victims at all times by a designated volunteer team. Phone connections are available for locating and contacting family members.

- *Assessing all psychologically affected individuals at the ASIS*

This applies also to people who upon arrival to the ED seem fairly calm and relatively composed. Experience has shown repeatedly that the early cursory psychiatric examination in the ED, performed by a psychiatrist, is not sufficient to capture a developing clinical picture of ASR. Thus an early, single, brief individual evaluation may be misleading, and an additional and more elaborate evaluation at a later time and under different settings is necessary.

- *Deploying information and communication center for relatives and friends*

This center is also physically removed both from the ED, as well as from the ASIS. It is primarily manned by social workers and administrators

and assists and orients concerned family members and friends who call by phone or arrive at the hospital scene inquiring about their loved ones. A mental health worker may be added to assist if crisis develops. Experience has shown that families appreciate the effort made on their behalf, even when information is not immediately available. On the other hand, unmet needs of family members may be a source of disruption and unnecessary painful clashes.

Non-Specific Intervention principles for ASR following a terror attacks

During the very immediate care for survivors, whether in the vicinity of the terror attack area, during evacuation, or initially within the hospital's ED, the survivors may still be disoriented and may be suffering from additional stressors such as pain, uncertainty, lack of clarity about further threat, fear for loved ones, and disconnection from their familiar support system. In this acute phase, when the victims are still in the midst of experiencing the event, all steps are aimed at providing a sense of physical and psychological safety by offering physical comfort, support and reassurance. Mental health professionals, non-mental health professionals, and trained volunteers, can provide such non-specific functions after adequate basic training. The higher the number of casualties, the more likely is the need for early interventions by non-professionals. This may be particularly true for a mega-terror attack, when the numbers of survivors with ASR can flood the hospital gates.

The general principles for intervention by non-professionals are [14]:

- a) Establish personal contact with the survivors and provide words of comfort or supportive touch.
- b) Encourage survivors to verbalize their experiences.
- c) Provide orienting information about what happened and what is about to happen in the hospital.
- d) Ensure physical needs such as hydration, food, and even rest when appropriate.
- e) Enable contact with any significant other as soon as possible through phone or personal contact.

Group interventions for ASR in the ASIS

Once the ASR survivors have been cleared to move to the ASIS, group intervention can proceed as soon as a sufficient number of people (optimal 5-12) have assembled. Each group is led by two experienced mental health

workers. The participants may be of mixed gender and age (adolescents and adults). Younger children have their own site. The group intervention usually occurs 1-3 hours after the initial cursory evaluation in the ED and provides a more prolonged and interactive monitoring opportunity.

The economic benefits of group intervention are obvious. The average group intervention time is 45 minutes, so that several groups can be handled sequentially by the same team if needed. Thus, a team of two professionals can “process” 30-45 people within 3 hours. Since parallel groups can be held simultaneously by different teams of group leaders – holding three or four groups at a time is not unusual – the number of survivors that can be observed and treated within the first few hours is considerable. If necessary, when a massive number of casualties is present, larger group formats can be deployed [15,16].

This formation of groups helps structure the work at the ASIS and reduces the mayhem that is always a potential problem when dealing with a large number of survivors and their families. In our experience, group work has considerable clinical advantages. The group encounter we describe is by no means identical to Critical Incident Stress Debriefing (CIDS) [17] that has recently been seriously debated [18,-20] though it contains some useful elements of that method in a briefer and less structured way, while, relying more on recognized group dynamics. The immediate objectives are to restore orientation in time and space, turn chaos into order, and provide a safe place and a sense of control (REF Danieli). The mechanisms involved in achieving these objectives are:

- *Shared fate:* The group is a unique community of individuals with a shared recent fate. The awareness that other people were “there” reduces the sense of isolation.
- *Mutual support and human contact:* Whether helping others or being helped by them, the repeated process of mutual containment and support enhances coping and fosters the sense of autonomy and safety.
- *Construction of a narrative:* The ability to create a coherent narrative of events allows the structuring of time and space and helps differentiate the past from the present. Putting experience into words enhances the sense of control. The initial perceived meaning of the narrative, particularly its negative aspects of shame or guilt, can be reframed by the group and facilitators.
- *Repeated exposure:* By retelling the event rather than by re-experiencing it through flashbacks alone, the tendency to apply avoidance is challenged and a sense of control is regained.

- “Heart-storming”: The process of sharing and reconstruction often involves emotional upheaval or abreaction. Group support helps each member to express emotions seething under the surface, and contain these expression.

Roles of the Group Leaders:

- *Allow the group process to proceed with minimal interruption, while facilitating and guiding the flow.*
- *Provide a locus for positive transference.*
- *Provide information and context by pointing out, for example, that ASR is a normal expected reaction to an abnormal, unexpected event.*
- *Prepare group members for possible future symptoms, stressing in general their subsiding course, while alerting them to risk of intensification.*
- *Serve as an address for further queries and guidance.*
- *Identify those at risk in the group whose condition has not improved after the intervention.*

At the end of the group intervention those who are identified as low risk for ASD are provided with oral instructions as well as information cards detailing how to contact the general hospital trauma unit or other support centers in case of continuing symptoms. Group members whose condition has not improved are either continued to be treated individually (see below) or scheduled for further individual evaluation and treatment on the following day.

Individual interventions with ASD

Some of these interventions may be attempted in the ASIS, while most are carried out on out-patient basis, in the days following the terror event. The psychological-trauma team also routinely seeks out, monitors and treats those who have been hospitalized for physical injuries and upon their arrival had not been evaluated for psychological trauma . Accordingly, the staff of the surgical wards is trained in and is instructed to identify symptoms of ASD.

- *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) [21]:*
Although the mechanisms and even its efficacy remain in need of for

further study and evaluation [22-24], we have found EMDR to be impressively effective with intrusive ASD symptoms. In this acute phase a single, a single, brief, EMDR intervention can eliminate the recurring intrusions in many victims.

- *Cognitive behavior therapy:* This psycho-educational intervention combines prolonged exposure to disturbing images, using principles of re-adjusting thoughts, beliefs and perceptions to modify the emotions and techniques of anxiety control. This method is regarded as an effective technique with PTSD, and has also been applied to ASD [25,26].
- *Hypnosis with cognitive behavioral elements:* Specifically designed to treat symptoms of ASD, this intervention combines elements of hypnotic technique with cognitive and behavior elements such as exposure and desensitization. It has recently been shown that Hypnosis and CBT are over all more effective than CBT alone in treating PTSD (27 Bryant)
- *Pharmacologic intervention:* Psychopharmacology of ASR and ASD is an uncharted territory. While anecdotal reports abound, more systematic data are lacking (28). Our clinical experience indicates that selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs), which help alleviate depressive symptoms of PTSD, may even be more effective in ASD, with or without accompanying depression which has already been found to be a risk factor for subsequent PTSD [29]. Trials with beta-blockers [30] and other candidate drugs are underway. In the meantime, symptomatic support for severe restlessness or troubling insomnia can be achieved by a judicious use of benzodiazepines for brief intermittent periods [31].
- *Family involvement:* Recruiting the family or other people close to the patient to support him or her throughout the treatment regime and to improve compliance and the chances of positive outcome.
- *Staying with the survivor:* Last but not least, our experience has shown that willingness to assume proactive responsibility for the survivor in the first few weeks and providing frequent interventions when needed increase the chances of recovery. In contrast, referring survivors out without assuring continuity of care increases their likelihood of dropping out of the intervention system and the potential development of chronic disorders.

Staff Support

Hospital staff of all specialties, may need some form of intervention, particularly if the event was gruesome, resulted in tragic consequences, or if the staffs have been exposed to ongoing events. This may be true for the ED teams, the imagery department technicians, nursing staffs on the surgery floor, and the social and mental health teams. Again a proactive approach is superior to passive response to an emergency outbreak on one of the wards. We found that immediately after each event, or even a day or two later, forming a group for the mental health and social teams who took part in the intense activity, is of extreme benefit for the members. The same holds for other teams who may have been overwhelmed by the event. Though staff group members are not in the same extreme state of disorganization and stress as those directly impacted by terror, the mechanisms that operate in such groups are very similar to those described above for the traumatized patients in the ASIS.

Possible Implications for Mega Terror attacks

While Israel was not subjected to mega-terror attack, the ongoing relentless chain of terror events, as well as the Iraqi missile war in 1991, and the intense preparations for the American war on Iraq on 1993, had brought home several lessons. Since the same kind of acute and protracted stress syndromes are to be expected [32-34] each hospital should apply the same organizational principles detailed above, and maintain a state of preparedness. If the size of the mega-terror attack is overwhelming and flooding of the hospital by multitudes is expected different triage principles and rearrangement of the emergency sites may be needed [35]. However, mega-terror attacks may leave a protracted wake of nationwide reactions that require community and national responses of a different scope.

REFERENCES

1. Regis S. Evaluating the threat of bioterrorism. *Sci Am* 2001; 285(6): 11-13.
2. Bartholomew RE, Wessely S. Protean nature of mass sociogenic illness: from possessed nuns to chemical and biological terrorism fears. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 300-6.
3. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. Geneva: World Health Organization, 1993.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edn. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

5. Yitzhaki T, Solomon Z, Kotler M. The clinical picture of acute combat stress reaction among Israeli soldiers in the 1982 Lebanon war. *Milit Med* 1991; 156: 193-7.
6. Harvey AG, Bryant RA. Acute stress disorder: a synthesis and critique. *Psychol Bull* 2002; 128(6): 886-902.
7. Brewin CR, Andrews B, Rose S Diagnostic overlap between acute stress disorder and PTSD in victims of violent crime. *Am. J Psych.* 160, 4; 783-786.
8. Harvey AG, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66(3): 507-12.
9. Koren D, Arnon I, Klein E. Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: a one-year prospective, follow-up study. *Am J Psychiatry* 1999; 156(3): 349-51.
10. North CS, Nixon SJ, Shariat S, et al. Psychiatric Disorders Among Survivors of the Oklahoma City Bombing. *JAMA* 1999; 282: 755-62.
11. Shalev AY. Acute stress reactions in adults. *Biol Psychiatry* 2002; 51: 532-43.
12. Campfield KM, Hills AM. Effect of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms. *J Trauma Stress* 2001; 4(2): 327-40.
13. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med* 2002; 346(2): 108-14.
14. Position paper of the Israeli Council for Mental Health. Guidelines for diagnosis and treatment of terror attack survivors in the hospital and the community. June 2002 (in Hebrew).
15. Everly GS. Crisis management briefings (CMB): large group crisis intervention in response to terrorism, disasters, and violence. *Int J Emerg Mental Health* 2000; 2(1): 53-7.
16. Terr LC. Mini-marathon groups: psychological "first aid" following disasters. *Bull Menninger Clin* 1992; 56(1): 76-86.
17. Mitchell JT. When disaster strikes... the critical incident stress debriefing. *J Emerg Med Serv* 1983; 8: 36-9.
18. van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002; 360: 766-71.
19. Arendt M, Elklit A. Effectiveness of psychological debriefing *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 423.
20. Bisson ji. Single-session early psychological interventions following traumatic event 2003 *Clinical Psychology Review* Volume 23, Issue 3, May, Pages 481-499.
21. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols and procedures. New York: The Guilford Press, 1995.
22. Shepherd J, Stein K, Milne R. Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of an emerging therapy. *Psychol Med* 2000; 30: 863-71.
23. Davidson PR, Parker KCH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 305-16.
24. Heber R, Kellner M, Yehuda R. Salivary cortisol levels and the cortisol response to dexamethasone before and after EMDR: A case report. *J Clin Psychol* 2002; 58(12): 1521-30.
25. Bryant RA, Sackville T, Dang ST, Moulds M, Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1780-6.

26. Foa EB, Hearst Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *J Consul Clin Psychol* 1995; 63: 948-55.
27. Briant RA hypnosis and CBT
28. Morgan, CA, Krystal JH, Southwick SM. Toward early pharmacological posttraumatic stress intervention. *Biol Psychiatry* 2003; 53, 9, 834-843.
29. Shalev AY, Freedman S, Peri T, et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 630-7.
30. Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM, et al. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biol Psychiatry* 2002; 51(2): 189-92.
31. Lavie P. Sleep disturbances in the wake of traumatic events. *N Engl J Med* 2001; 345(25): 1825-32.
32. Galea S, Resnick H, Ahern J, et al. Posttraumatic stress disorder in Manhattan, New York City, after the September 11th terrorist attacks. *J Urban Health* 2002; 79(3): 340-53.
33. Schuster MA, Stein BD, Jaycox LH, et al. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *N Engl J Med* 2001; 345: 1507-12
34. Silver RC, Holman EA, McIntosh DN, Poulin M, Gil-Rivas V. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *JAMA* 2002; 288(10): 1235-44.
35. Shemer J, Shapira SC. Terror and medicine – the challenge. *IMAJ* 2001; 3: 799-802.

A Intervenção em Crise com Crianças Vítimas de Maltrato Infantil

ISABEL MARQUES ALBERTO

O maltrato infantil, particularmente na sua dimensão abusiva, assume acontecimentos que podem ser percebidos como ameaçadores à integridade física e psicológica da criança/adolescente. Esses acontecimentos abusivos podem activar nas crianças respostas de medo intenso, desorientação, evitamento, dificuldades em confiar e de se relacionar com os outros, respostas somáticas, entre outros sintomas. O maltrato infantil tem a particularidade de: a) ser uma experiência traumática que é vivida individualmente; b) a vítima desconhece, frequentemente, que outras crianças são tratadas da mesma forma; c) sentindo que a sua situação é única e incompreensível para qualquer outra pessoa. As crianças vítimas de abuso e/ou negligência desenvolvem uma percepção ameaçadora e pouco positiva do meio envolvente, tendem a ver-se a si próprias como pouco competentes e incapazes de controlar essas ameaças, têm dificuldade em confiar na capacidade de outros a ajudarem e sentem-se ostracizadas, julgadas pelos outros (Berkowitz, 2003; Foy, Erikson & Trice, 2001).

É importante destacar que o desenvolvimento de sintomatologia irá depender da forma de maltrato de que a criança é vítima, dos recursos (pessoais, familiares e sociais) da criança, do tipo de apoio que lhe é dado no momento da situação abusiva (crise), bem como da intervenção realizada no sentido de elaborar a experiência abusiva e de desenvolver um projecto de vida em que consiga superar essa mesma experiência traumática (Fusco, 2005; Rogers & Soyka, 2004).

Na intervenção em crise é fundamental lembrar que as crianças pequenas tendem a perceber e atribuir significado às experiências vividas através das expressões dos próprios adultos com quem se relacionam e com quem vivem esses acontecimentos (Thabet, Vostanis & Karim, 2005). Se os

adultos manifestam medo intenso ou, pelo contrário, alguma tranquilidade face ao sucedido, essas expressões verbais, faciais e corporais vão ser percebidas e integradas pelas crianças na “leitura” dessa experiência¹.

Não se deve ignorar, igualmente, o impacto da intervenção (legal, médica, social e psicológica), que pode intensificar a sintomatologia existente, ou activar respostas sintomáticas até aí não evidentes. Quando se está perante uma criança vítima de abuso ou negligência, o profissional deve ter a sensibilidade necessária para estar atento à possibilidade de vitimação secundária, e de que a sintomatologia expressa pela criança pode não ser um efeito directo do acontecimento abusivo. Trabalhar com as crianças vítimas de maltrato implica, então, reflexão e ponderação, devendo pautar-se pela intervenção adequada a cada caso específico.²

Numa primeira fase, é importante fazer-se uma avaliação, não só incidindo na sintomatologia e nas vulnerabilidades da criança, mas também nas suas potencialidades. Outro aspecto essencial para uma intervenção adequada, é tentar perceber os significados atribuídos pela criança ao acontecimento abusivo. Para isso, como defende Carl Rogers (Rogers & Rosenberg, 1977) há que construir uma compreensão empática. Erroneamente, descreve-se esta compreensão empática, ou a capacidade de se colocár no ponto de vista do outro, como o que sentiríamos e o que representaria o acontecimento abusivo se fossemos nós a vivê-lo! A compreensão empática implica um profundo respeito pelos sentimentos do outro e pela forma como ele vê e interpreta a experiência abusiva. Para que esta compreensão empática seja possível, para além do respeito pelo outro, deve estar presente uma curiosidade genuína pelo outro. Para percebermos, enquanto profissionais na intervenção em crise, como é que a criança se está a sentir e o que representa para ela a experiência abusiva, temos de lhe dar a oportunidade de se exprimir e de partilhar, através de uma comunicação (verbal e não verbal) clara, e consentida. É um exercício de “ver” pelos olhos da criança e “sentir” pelos afectos dessa criança, apesar de sabermos que será sempre uma aproximação e que é impossível estarmos completamente sintonizados com ela (Berkowitz,

¹ Por vezes, ao centrar-se a intervenção em crise nos sintomas de PTSD, pode-se favorecer a permanência da vítima num “limbo da catástrofe”, ampliando-se o poder e o impacto do acontecimento traumático, reduzindo a vida da criança a esse acontecimento!

² Uma intervenção actualmente muito discutida é a Técnica de *Debriefing*, desenvolvida por Mitchell (1983), uma vez que estudos de avaliação desta intervenção demonstram que em alguns indivíduos, para além de não ajudar a elaborar o acontecimento traumático, pode activar sintomatologia ou agravar a resposta sintomática destes sujeitos (Deville, Wright & Gist, 2003). Parece-nos que o que poderá estar presente nestes casos, é a aplicação de qualquer intervenção sem uma avaliação prévia dos sujeitos, no sentido de saber de que precisam e qual a melhor forma de lhes dar apoio.

2003). Para além de impossível, não seria positivo, porque a capacidade de intervir em crise com alguém que viveu um acontecimento traumático, é poder trazer alguma diferença. Assim, através da articulação do respeito pelo outro com a curiosidade, o profissional começa a criar uma relação de confiança com a criança vítima que irá permitir, então, uma (re)construção conjunta da elaboração cognitiva, afectiva e neurovegetativa do acontecimento abusivo.

Na prática, é fundamental que o profissional comece por validar o que a criança diz sobre o que pensa e sente, permitindo-lhe simultaneamente encontrar um lugar seguro e a figura da pessoa segura, num contexto que a ajude a organizar-se a nível emocional e cognitivo. Há aspectos indispensáveis a reter na intervenção em crise, para identificar as necessidades imediatas da criança³: a importância da relação terapêutica; a importância da permissão dada à criança para que possa partilhar o que realmente deseja; a importância de validar as suas emoções; e a importância do tempo.

Relativamente à relação terapêutica, o primeiro encontro/momento entre a criança e o profissional deve permitir que esta perceba que ali está alguém que a valoriza como pessoa, ao tentar compreender os seus sentimentos, os seus dilemas e pontos de vista, e que a respeita. Esta relação deve ser construída pelo terapeuta na base de uma “aproximação” à criança, e deve ponderar, inclusive, o espaço físico ocupado por cada um. É possível que uma criança vítima de abuso sexual sinta como ameaçadora qualquer aproximação física do profissional. Deve deixar-se à criança a gestão deste espaço. O profissional limita-se a trabalhar este aspecto com a criança, para que, criando uma relação segura, se vá encurtando a distância inicial. Uma estratégia que pode ser utilizada, é a “linha de segurança” (desenhada no chão a lápis ou com cordel). Pede-se à criança que desenhe uma linha que demarque a aproximação máxima do terapeuta em que ela se sente segura. Esta linha de demarcação de aproximação vai sendo alterada, até que deixe de ser necessária.

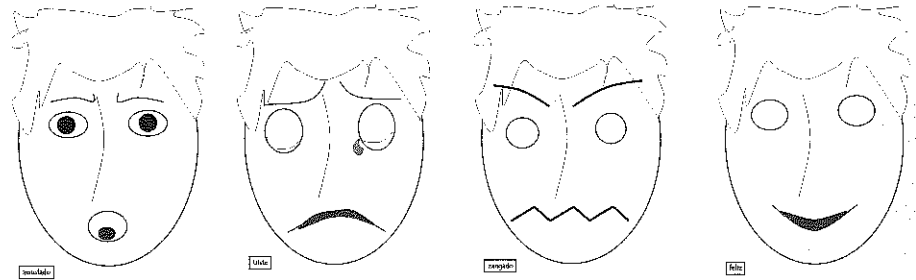
Ao longo da intervenção, o profissional deve assumir uma postura calma/tranquila, quer no tom de voz, quer no movimento corporal, pois isso ajuda a criança a identificar o contexto como tranquilizante e seguro.

As emoções apresentam um peso grande nas situações de crise, e frequentemente, a criança não é capaz de perceber e clarificar o que sente⁴,

³ Como referem Silove e Bryant (2006), as vítimas de acontecimentos potencialmente traumáticos podem ter como necessidades prioritárias, a questão da segurança e da previsibilidade, e não tanto a intervenção a nível dos sintomas de PTSD.

⁴ Cloitre, Stovall-McClough, Miranda e Chemtob (2004) apresentam o programa STAIR (Skills training in affect and interpersonal regulation), uma vez que a literatura aponta para a dificuldade das crianças vítimas de maltrato, de regularem as suas emoções de forma adaptativa.

reduzindo assim a capacidade de lidar com essas emoções. Através de máscaras, desenhadas em papel, pode-se trabalhar com a criança cada um dos sentimentos básicos, ou seja, o estar assustada(o), triste, zangada(o) ou feliz.



Considerando que o acontecimento que desencadeia a intervenção em crise é negativo para a criança, vamos deixar o “feliz” para o fim. As questões colocadas são as mesmas para todas as máscaras. Estas questões têm por objectivo ajudar a criança a identificar o sentimento, a nomeá-lo (externalizando o que sente), e a clarificar para si própria como se sente quando aquele sentimento está presente, bem como quais as situações/pessoas que lhe activam aquele sentimento. Por outro lado, permite identificar estratégias adequadas, para aquela criança lidar e elaborar cada sentimento. Basicamente, as questões a colocar são:

- **Como** sabes que estás... (assustado, triste, zangado, feliz); Quando estás como é que sentes o teu corpo? O que é que fazes? O que é que te apetecia fazer? O que é que a tua cabeça pensa?
- **O que é** que te faz ficar triste?
- **O que costuma ajudar-te** quando estás ... o que é que te poderia ajudar a deixar de ficar...?

Quando se está a abordar a “zanga”, pode-se criar com a criança, condições de manifestar essa zanga, sem magoar os outros ou a si própria (nos casos de abuso sexual, pode-se pedir à criança que “molde” em plasticina o agressor, e depois que faça a essa figura simbólica do agressor o que ela acha que a ajuda a ficar menos zangada; podem-se usar almofadas ou outros objectos para “descarregar” a emoção contida e muitas vezes intensa).

Relativamente à máscara “feliz”, incluída no fim deste trabalho com os sentimentos, pode ajudar a criança e o profissional a identificar coisas boas que aconteceram à criança e assim, reenquadrar o acontecimento traumático num percurso de vida (não reduzindo a vida a um único acontecimento), e ajudar a encontrar formas da criança voltar a sentir-se bem, superando os sentimentos negativos que foram activados.

É comum encontrar-se nas crianças vítimas de maltrato uma ambivalência de sentimentos, especialmente no que se refere ao agressor, frequentemente uma figura significativa para a criança (familiar muito próximo, professor, etc.). Enquanto se abordam os sentimentos com cada uma das máscaras, o profissional explica que o que a criança sente é normal, e que tem todo o direito de se sentir assim. Deve clarificar que aquilo que ela sente e faz é uma tentativa de compreender e resolver o que lhe aconteceu.

Outro aspecto essencial na intervenção em crise, é perceber se a criança se mantém num contexto inseguro, ameaçador e imprevisível. Mesmo que esta segurança tenha sido assegurada a nível do espaço físico e de interacção da criança, ela pode continuar a precisar de confirmar essa segurança a si própria. Assim, o profissional deve ajudar a criança a identificar no seu contexto de vida (casa, escola, espaço de brincar, etc) locais que lhe ofereçam segurança, bem como a(s) pessoa(s) em quem ela confia como protectoras. Além disso, pode ser útil identificar com a criança algum objecto (um peluche, uma boneca) com o qual ela se sinta mais calma e segura, quando se recordar do acontecimento traumático (Fusco, 2005).

Outro aspecto a trabalhar com a criança é o relaxamento, para controlo da activação neurovegetativa. A ansiedade característica das vítimas de acontecimentos traumáticos acarreta um mal-estar que impede a elaboração quer do acontecimento, quer da resposta que foi desencadeada na criança. Como as crianças gostam de cores e mais facilmente que os adultos aderem a sensações, pode-se realizar com elas um trabalho de relaxamento que tem por base a imagem da “bolha de luz colorida”.

Na técnica da “bolha de luz colorida”, a criança está sentada confortavelmente numa cadeira e mantém os olhos fechados durante todo o exercício. Depois de fechar os olhos, pede-se que pense numa cor que goste muito, que considere bonita e tranquila. Quando a criança verbaliza a cor, é-lhe pedido que pense nessa cor e que a veja. Essa cor é agora uma luz, colorida. Essa luz está nos seus pés e começar a subir por ela (pelas pernas, rabo, barriga, mãos, braços, peito, cabeça) até que ela fica dentro dessa luz colorida, como se estivesse dentro de uma bolha. Todas as indicações devem ser dadas como nas outras técnicas de relaxamento, calmamente, permitindo à criança interiorizar as indicações e “ver” essa bolha de luz colorida. As indicações do relaxamento muscular, da respiração e de tranquilidade, vão acompanhando esta visualização. Este trabalho de relaxamento pode servir igualmente para trabalhar o “local seguro” que será útil à criança quando se sentir angustiada e assustada pelos pensamentos intrusivos.

Na conjugação do trabalho realizado em torno dos sentimentos, do local e da pessoa segura e do treino de relaxamento, a criança pode reconhecer em si própria competências e recursos que ignorava ou desconhecia previa-

mente. Ao perceber que consegue reconhecer o que sente e até dominar de alguma forma esses sentimentos, começa a adquirir a sensação de controlo, o que é importante para sentir-se capaz de reenquadrar a situação traumática e de se projectar noutras áreas da sua vida.

Considerando o funcionamento da criança, muito centrado no concreto, a intervenção em crise deve ser apoiada no recurso a actividades que ajudam a criança a exprimir-se e a compreender os tópicos abordados. O desenho, a plasticina, os bonecos e as histórias podem constituir recursos facilitadores do trabalho terapêutico. As crianças mais velhas, que já dominam a escrita, podem optar pelo “diário” com registo de ideias e emoções, ou a “história” escrita por si própria (Faust & Katchen, 2004).

Um aspecto preponderante na intervenção em crise, é a *importância do tempo*... O terapeuta não pode pretender que a criança resolva emocionalmente e cognitivamente as suas dificuldades num tempo predefinido. Cada sujeito tem a sua história, o seu temperamento, e o seu tempo. No respeito pela criança, o profissional deve estar sensível ao tempo da criança, ao seu ritmo e ao seu funcionamento. Terapeutas apressados não conseguem chegar à criança e aí, os resultados da intervenção podem ser negativos ou ilusórios. Se, como profissionais, não nos permitimos escutar, conhecer e respeitar a criança vítima, então corremos o risco de lhe criar, de novo, uma experiência e um contexto em que ela se sentirá outra vez usada, sem direitos, em que verá reforçadas as suas atribuições negativas em relação a si própria e aos outros.

A intervenção em crise, como qualquer outra acção com crianças vítimas de maltrato, deve pautar-se pela diferença, que se traduz no reconhecimento da criança como sujeito com sentimentos, necessidades, competências, dificuldades e ritmos próprios na relação com o profissional.

Um acontecimento tem o valor que cada um de nós lhe atribui. Valor esse que transporta já algumas referências culturais próprias de um grupo social. Mesmo quando esse acontecimento é negativo, o impacto que tem depende do significado que pessoalmente lhe atribuímos; depende da dimensão que lhe damos na meada da nossa vida. Podemos nunca mais o esquecer, como acontece com a morte... mas sem permitir que ele se converta num muro alto que nos impede de continuar.

Podemos continuar a nossa vida no sentido de um saldo positivo...

Podemos fazer desse acontecimento um momento de mudança e crescimento.

BIBLIOGRAFIA

- ALBERTO, I. (2004; 2006, 2ª reimpressão). *Maltrato e Trauma na Infância*. Coimbra: Almedina.
- BERKOWITZ, S.J. (2003). Children exposed to community violence: The rationale for early intervention. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 6 (4), 293-302.
- CHARD, K. (2005). An Evaluation of Cognitive Processing Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Sexual Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (5), 965-971.
- CLOITRE, M.; Stovall-McClough, K; Miranda, R. & Chemtob, C. (2004). Therapeutic Alliance, Negative Mood Regulation, and Treatment Outcome in Child Abuse-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (3), 411-416.
- COHEN, J.; MANNARINO, A. & KNUDSEN, K. (2004). Treating Childhood Traumatic Grief: A Pilot Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (10), 1225-1233.
- DEVILLY, G.; WRIGHT, R. & GIST, R. (2003). A função do debriefing psicológico no tratamento de vítimas de trauma. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (supl.), 41-45.
- FAUST, J. & KATCHEN, L. (2004). Treatment of Children With Complicated Posttraumatic Stress Reactions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41 (4), 426-437.
- FOY, D., ERIKSSON, C. & TRICE, G. (2001). Introduction to Group Interventions for Trauma Survivors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 5 (4), 246-251.
- FUSCO, G.M. (2005). Crisis Intervention. In A. Freeman, S.H. Felgoise, C. Nezu, A. Nezu & M. Reinecke. *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. New York: Springer Ed.
- ROGERS, C. & ROSENBERG, R. (1977). *A pessoa como Centro*. (pp.133-161). São Paulo: EDUSP
- ROGERS, J.R. & SOYKA, K.M. (2004). "One size fit all": An existential-constructivist perspective on crisis intervention approach with suicidal individual. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34 (1), 7-22.
- SILOVE, D. & BRYANT, R. (2006). Rapid Assessments of Mental Health Needs After Disasters. *Journal of American Medical Association*, 296 (5), 576-578.
- THABET, A., VOSTANI, P. & KARIM, K. (2005). Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14 (5), 262-269.
- VAZ SERRA, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores Lda.

Breve História do “Stress de Guerra” em Portugal

AFONSO DE ALBUQUERQUE

“Agora, quando regressarmos à nossa terra, estaremos cansados, quebrados, exaustos, sem raízes e sem esperanças. Jamais conseguiremos encontrar o caminho.... Seremos supérfluos, até para nós próprios, iremos envelhecer, um pequeno número conseguirá adaptar-se, alguns irão apenas submeter-se e a maioria ficará desorientada; os anos irão passando e no fim acabaremos em ruína.”

“Nada de Novo na Frente Ocidental”

Erich Maria Remarque

São estas as linhas finais de um dos mais conhecidos romances escritos sobre a experiência de guerra (I Guerra Mundial, 1914-18). Nele se retratam, de uma forma admirável, perturbações psicológicas específicas como as consequências mais duradouras da guerra, para quem nela participa e a ela sobreviveu. É fácil, para todos os que lidam mais de perto com os nossos ex-combatentes com “stress de guerra”, verificarmos que há uma semelhança notável entre as observações actuais e as descritas por Remarque, há quase 90 anos atrás.

Não se conhecem, em Portugal, trabalhos científicos sobre as consequências psicológicas das guerras, até meados de 80, quando surgem os resultados dos primeiros estudos realizados no Serviço de Psicoterapia Comportamental do Hospital Júlio de Matos em Lisboa, com ex-combatentes da Guerra Colonial. E no entanto, Portugal tinha participado durante 2 anos na I Guerra Mundial contra a Alemanha e seus aliados, nos teatros de guerra da França, de Angola e de Moçambique, com um total de 89.000 homens, tendo sofrido 7.908 mortos e 14.784 feridos ou incapacitados, tendo os nossos soldados regressado a Portugal como heróis vitoriosos. Não conhecemos nenhuma documentação oficial ou científica sobre a existência de doenças

do foro psiquiátrico durante ou depois da guerra. No entanto, existem referências aos militares que apresentavam alterações estranhas do comportamento, os quais eram considerados “gazeados”, atribuindo-se assim a causa da sua perturbação a terem sido vítimas de gases tóxicos (p.ex. mostarda), utilizados com alguma frequência pelos vários exércitos envolvidos. Assim, encontramos apenas a indicação de que houve 70 mortes causadas pelos gases mas nenhuma referência ao número total de “gazeados”. Podemos no entanto presumir, dadas as terríveis condições sofridas pelas tropas portuguesas nesse conflito, que um número ainda considerável terá ficado com perturbações psicológicas crónicas que hoje seriam diagnosticadas como PTSD. Recordo-me de um colega nosso, já falecido, que exercia como clínico geral na zona de Sintra, (aliás pai de um conhecido psiquiatra militar), que nos confidenciava que durante as décadas posteriores à I Grande Guerra, tinha observado vários ex-combatentes portadores de sintomas que ele hoje consideraria serem de PTSD, mas que na altura eram comumente diagnosticados como “gazeados”.

Quando em 1961 o governo do ditador Salazar iniciou a mobilização e o envio de cerca de 800.000 homens para os teatros de guerra africanos, para combater uma guerra (nunca declarada) contra os guerrilheiros dos movimentos de libertação de Angola, Moçambique e Guiné, essas ordens foram cegamente cumpridas pelos Altos Comandos Militares que, no entanto, bem sabiam que todos os outros Impérios europeus tinham já dado a independência às suas colónias. Poucos portugueses foram capazes de prever, na altura, e se o fizeram abertamente correram o risco de ser presos, como eu fui, que esta guerra iria durar muito mais tempo (1961-75), com um custo superior em mortos e feridos (10.000 e 60.000) e que iria ter um bem diferente regresso final dos seus soldados, muitas vezes recebidos como “vencidos”, ou, pior ainda, como “assassinos”.

Se comparativamente o desenvolvimento e capacidade científica dos serviços médicos militares eram manifestamente superiores durante a guerra colonial, incluindo já serviços de psiquiatria nos Hospitais Militares, nem por isso se verificou, senão na última década, qualquer contribuição científica ou clínica da medicina militar na avaliação ou no estudo das consequências psicopatológicas da guerra.

Julgo que o primeiro artigo científico sobre o “stress de guerra” foi publicado na “Revista de Psicologia Militar” (1992), mas os seus autores eram civis e baseavam-se na sua experiência clínica obtida no Serviço de Psicoterapia Comportamental (Hospital Júlio de Matos), desde 1986 – data do início da Consulta de Stress Traumático. Honra lhe seja prestada, a primeira reunião científica sobre este tema, com convidados nacionais e estrangeiros, foi organizada pela Associação dos Deficientes das Forças Armadas

(ADFA), em 1985, ainda que, por vicissitudes políticas várias, o seu contributo desde aí para o tratamento e apoio aos ex-combatentes com “stress de guerra”, tenha atravessado altos e baixos sucessivos.

Mesmo para os Estados Unidos da América vão ser necessárias as experiências de outra Guerra Mundial e de duas outras guerras (Coreia e Vietname) para que a sua classe médica, (tendo à frente a psiquiatria), elabore finalmente o conceito actual de Perturbação Pós Stress-Traumático (Post Traumatic Stress Disorder – PTSD), incorporado pela primeira vez no seu Manual de Diagnóstico e de Estatística das Doenças Mentais (DSM-III), publicado em 1980, actualizado no DSM-IV (1994) e confirmado pela Organização Mundial de Saúde, na sua Classificação Internacional das Doenças Mentais (CID--10, 1992). Ficaram assim definitivamente para trás conceitos obsoletos como “neurose de guerra” ou o dogma psicanalítico de que todas as neuroses têm origem na infância, para se dar importância central ao facto de que qualquer situação traumática, (i.e., que esteja para além da capacidade de resposta humana normal ao stress), pode actuar como um factor causal para o desenvolvimento ulterior de reacções psicopatológicas (p.ex. PTSD). Isto significa que outras situações, além da guerra, podem causar o aparecimento de PTSD, como a violação, o abuso de crianças, a morte violenta de familiares ou amigos, catástrofes naturais, etc., perante as quais a pessoa reage com medo intenso, horror ou desespero.

Assim, muitos outros estudos, em todo o mundo e com populações clínicas diversas, vieram confirmar os estudos americanos feitos nas décadas de 60 e 70, que tinham sido despoletados originalmente pelo “trauma” nacional que a guerra do Vietname tinha desencadeado nos EUA. Para além disso, vários estudos epidemiológicos, em especial nos últimos 10 anos, tanto em populações clínicas como não clínicas, vieram indicar incidências de PTSD mais elevadas do que se previam, o que veio incrementar o interesse profissional e até público por este tipo de perturbação.

Ao crescente interesse dos profissionais portugueses por esta temática, a partir dos meados dos anos 80, aliou-se uma movimentação social ascendente, encabeçada pelas organizações de ex-combatentes, e das quais é justo destacar a acção da “Apoiar”, que rapidamente “passou” para a comunicação social e, em especial, para as cadeias de televisão. Em 1995 realizou-se o I Encontro Nacional sobre o Stress Traumático, na Fundação Calouste Gulbenkian, em Lisboa, organizado pela Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento (APTC) que juntamente com uma Exposição sobre a Guerra Colonial, terá constituído, a meu ver, o ponto mais alto dessa movimentação ascendente. De facto, conseguiu-se reunir os principais envolvidos na área do stress traumático a nível nacional e também com a presença de colegas das ex-colónias (Angola, Moçambique e Timor). Durante os três

dias do Encontro foram apresentados estudos sobre áreas diferenciadas, como a guerra, a violação, o abuso sexual infantil, os acidentes e as catástrofes naturais, tanto nos seus aspectos teóricos como nas suas implicações clínicas, familiares e socioculturais. Debateu-se e apreciou-se também a influencia da guerra colonial na literatura, e até na arte e no cinema portugueses e contou-se com a participação de algumas instituições na comunidade (Apoiar, ADFA, APAV, AMI, SOS Criança, etc.) Debateu-se a questão das profissões que apresentam um risco mais elevado para o aparecimento de PTSD, (Forças Militares, Emergência Civil, Forças de Manutenção da Paz, etc.), estando presentes militares no activo tanto da Força Aérea como do Hospital Militar Principal. Os principais trabalhos foram mais tarde publicados na Revista de Psiquiatria, 1997.

Talvez por boa sorte ou por razões que eu próprio não consigo totalmente discernir, o que é certo é que este movimento social ascendente se encontrou, algum tempo depois, com um movimento descendente, vindo do grupo parlamentar do PSD, então liderado pelo ex-deputado Dr. Carlos Encarnação, ele próprio um ex-combatente, que sem me conhecer pessoalmente me convidou a elaborar um parecer fundamentado sobre o “stress de guerra”. Foi o produto do trabalho desse grupo parlamentar que deu origem à proposta de Lei no. 46 de Junho de 1999, apresentada depois à discussão do Plenário e aprovada com o voto unânime de todos os Partidos com assento na Assembleia da Republica. Trata-se portanto de uma Lei da República! O Estado reconhecia assim a existência de ex-combatentes portadores de problemas psicológicos crónicos, incluindo a PTSD, bem como estabelecia a relação de causalidade entre a doença e a exposição ao combate e que, tendo sido adquirida ao serviço de Estado, competia agora a este ressarcir as necessidades desse grupo de doentes, nomeadamente pela criação de uma Rede Nacional de Apoio. Indicou-se na altura um numero aproximado de 140.000 ex-combatentes com problemas psicológicos crónicos que incluíam não só a PTSD, (para a qual se apontou a estimativa de 40.000 doentes), como também outras perturbações como o alcoolismo e a depressão. Estes números tinham sido obtidos por extrapolação dos dados americanos e de outros países (Albuquerque et al, 1992), dado não haver, nessa altura, estudos epidemiológicos nacionais.

Infelizmente, como de resto acontece frequentemente em Portugal, esta lei, a meu ver exemplar, não foi aplicada até agora de forma a cumprir adequadamente os seus dois principais objectivos: a criação de uma Rede Nacional de Apoio que chegasse à grande maioria dos doentes dela necessitados e o reconhecimento do estatuto de Deficiente das Forças Armadas a todos os portadores de PTSD, por exposição ao combate, e que a isso deviadamente se candidatassem. Estes factos são do conhecimento geral e tem

estado na origem dos múltiplos e contínuos protestos organizados por várias associações de ex-combatentes. De facto, que outra reacção se poderia esperar de ex-combatentes, ainda por cima psicologicamente perturbados, que entregaram há anos a documentação exigida, (como por exemplo um doente meu, o Sr. J. C., que a entregou há dez anos!), e que ainda hoje esperam do Ministério da Defesa uma resposta final?

O primeiro e único estudo sobre a taxa de ocorrência de PTSD na população adulta portuguesa foi finalmente realizado e publicado em 2003 na Acta Médica Portuguesa (Albuquerque, A. et al, 2003). Este estudo veio indicar uma taxa de ocorrência provável de 7,8% de PTSD, de qualquer origem, ao longo da vida, em Portugal, o que é comparável aos resultados obtidos por outros estudos feitos com a população adulta de outros países do mundo ocidental. Relativamente á taxa de ocorrência de PTSD por exposição à situação de combate/guerra verificou-se, por extrapolação, ter ocorrido em 66,475 casos, mantendo-se ainda a PTSD, á data da resposta ao citado estudo, em 58,165 casos. Este trabalho vem também confirmar que a exposição ao combate/guerra é das situações traumáticas que mais perturbações psicológicas pode desencadear, seguindo, com frequência, um curso crónico e atingindo um grupo ainda numeroso de ex-combatentes, superior á estimativa de 40.000 feita no primeiro trabalho referido (Revista de Psicologia Militar, 1992). De realçar que, de acordo com os dados do estudo epidemiológico, só 10,9% dos nossos combatentes desenvolveram PTSD crónico, o que é inferior às taxas de 15% indicadas pelo "Estudo Nacional de Reajustamento dos Veteranos do Vietname" (Kulka et al, 1990), considerado o estudo mais relevante nesta área. Curiosamente, estudos americanos mais recentes, (Dohrenwend, 2006), indicam taxas de ocorrência de 9,1% de PTSD crónica nos veteranos do Vietname, e portanto mais próximas das nossas.

Mais importante que a exactidão dos números, o que se deve salientar é que se trata de um grupo numeroso de ex-combatentes cujas necessidades legítimas estão longe de estar satisfeitas pelos serviços existentes e que vão continuar, ainda por muitos anos, a exigir respostas substanciais que o Estado português não conseguiu até agora providenciar.

Portugal não está, felizmente, em guerra, nem se prevê que o venha a estar. Mas os nossos militares e para-militares já enviados como membros de Forças de Manutenção da Paz e contingentes da NATO, missões que tudo indica se irão manter ou até aumentar no futuro e nas quais já houve feridos e vítimas mortais, exige que o Ministério da Defesa tome todas as medidas necessárias para avaliar, prevenir e tratar todos aqueles que ao seu serviço venham a ser expostos a situações traumáticas. Será que as lições do passado estarão já a ser devidamente aplicadas no presente?

Temos hoje Forças Armadas felizmente modernizadas e que pouco ou nada têm já a ver com os responsáveis militares da Guerra Colonial. Ainda

recentemente as F.A. organizaram, com todo o sucesso, um Congresso no Hospital Militar de Coimbra exactamente sobre estas questões. A publicação da presente obra é mais outro exemplo desta nova atitude. Tudo leva assim a pensar que os nossos militares, no futuro, não voltarão a passar por aquilo que sofreram e ainda sofrem alguns dos seus camaradas de guerras passadas. Este sofrimento foi já justamente designado como a “ferida encoberta” da guerra.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- ALBUQUERQUE, A., FERNANDES, A., SARAIVA, E. e LOPES, F. – “Perturbação Pós-Stress Traumático em combatentes da guerra colonial” – Revista de Psicologia Militar, 1-9, 1992
- ALBUQUERQUE, A., SOARES, C., JESUS, P. M. e ALVES, C. – “PTSD: avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa” – Acta Médica Portuguesa, 16: 309-320, 2003
- ALVES DE FRAGA, L. – “História Contemporânea de Portugal” – Publicações D. Quixote, 1988
- DOHRENWEND, B. – “PTSD Prevalence in Vietnam Veterans” – Science, august, 2006
- Estudos sobre o “Stress Traumático” – Revista de Psiquiatria, vol.X, Supl. 1, Jan. 1997
- KULKA, R. A., SCHLENGER, W.E. & FAIRBANK, J. A. – “Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Readjustment Study” – New York, N.Y., Bruner/Mazel, 1990
- “Resenha Histórico-Militar das Campanhas de África” – Estado Maior do Exercito, 1988

Psicodrama e PTSD

LUÍSA SALES

I. Preâmbulo

Portugal viveu na segunda metade do Século XX, um período de conflitos armados nas suas possessões de África e Ásia, que culminaram na chamada Guerra Colonial (1961-1975). Manteve aproximadamente um milhão de homens no esforço activo da guerra, daí resultando cerca de dez mil mortos e quatrocentos mil feridos.¹

Durante anos, esta foi uma guerra indizível, coberta por um véu nebuloso de silêncio, um pacto não-dito de esquecimento. Manteve-se viva apenas na pele, na carne, na alma dos que a sofreram e das suas famílias.

A maioria destes homens conseguiu integrar de forma adaptada, sem adoecer, as memórias decorrentes da exposição a vivências traumáticas. Mas um grupo restrito – cerca de 10,9% dos ex-combatentes – mantém ainda, várias décadas passadas, a presença invasiva de imagens, sons, afectos, memórias fraccionadas, que controlam prepotentemente as suas vidas, as suas formas de agir e reagir, os seus modos de estar e de pensar. Foi precisamente perante a dor destes homens, arrastada no tempo, mas aguda no sentir, que nos considerámos eticamente coagidos a procurar respostas terapêuticas, para além das da área da psicofarmacologia.

É essa experiência de Grupos Terapêuticos de Psicodrama com ex-militares, sofrendo de PTSD (Distúrbio de Stress Pós-Traumático) adquirido em contexto de guerra, que nos propomos expor sucintamente.

Parece no entanto correcto, explicitar previamente dois conceitos-base, doravante aqui presentes: Distúrbio de Stress Pós-Traumático e Psicodrama.

¹ Pese embora se considere a Guerra Colonial balizada entre 1961 e 1974, é acrescido aqui o ano de 1975, dado o prolongamento dos conflitos durante esse período em Angola e Timor.

II. Do Distúrbio de Stress Pós Traumático

Entre as consequências psicopatológicas do Pós-Trauma, o Distúrbio de Stress Pós-Traumático (PTSD na sigla anglo-saxónica) é seguramente a entidade nosológica mais mediática, talvez porque recente nas classificações diagnósticas psiquiátricas, se bem que longínquo no historial do sofrimento humano.

Compreende-se pois, acrescidamente, que, neste conjunto de escritos sobre Psiquiatria de Catástrofe, o tema PTSD tenha sido já amplamente abordado.

Assim, será apenas de recordar que PTSD é um distúrbio de ansiedade resultante da exposição a um acontecimento fora do comum (*TRAUMA*) que a pessoa sente como extremamente ameaçador e passível de pôr em causa a integridade física ou psíquica (sua ou dos outros).

Há, frequentemente, um tempo de latência entre o acontecimento traumático e o aparecimento dos sintomas clínicos, os quais, para efeitos classificativos, se agrupam em áreas ligadas à *REEXPERIENCIAÇÃO* do Trauma, ao *EVITAMENTO* dos estímulos associados ao Trauma e à *HIPERACTIVAÇÃO* neurovegetativa pós-Trauma. Acresce ainda que é factor necessário ao diagnóstico, a explícita repercussão negativa no funcionamento familiar, social ou profissional da pessoa em causa, bem como a manutenção das queixas, por um período de tempo superior a trinta dias.

O facto de o PTSD ser uma patologia com alta comorbilidade, com elevados índices de prevalência na população mundial e com grupos de risco bem delimitados, justifica, de forma evidente, o contínuo apelo a medidas preventivas capazes de limitar este adoecer.

III. Do Psicodrama

Criada em Viena de Áustria nos inícios do século XX por Jacob Moreno, esta psicoterapia desenvolveu-se nos USA, de forma significativa, a partir da década de trinta, irradiando posteriormente para a América do Sul e para a Europa.

Em Portugal, é nos finais dos anos oitenta, inícios dos anos noventa, que a sua expressão como conceituado modelo psicoterapêutico, se afirma definitivamente.

Define-se como uma psicoterapia individual, de acção, efectuada em grupo e que apresenta dois pilares teóricos base – a Teoria do Desenvolvimento dos Papéis e a Teoria da Espontaneidade. Exerce-se na Dramatização, ao actuar sobre os vínculos relacionais com o propósito de modificar núcleos neuróticos de sofrimento e alcançar a Catarse de Integração.

Moreno, que baseou o Psicodrama no Teatro da Espontaneidade, considerou o *PAPEL* – ou seja, o modo como comunico espontaneamente com o outro – a Unidade Cultural do Comportamento, e chamou *VÍNCULO*, à relação entre Papéis (ou seja, à ligação que estabeleço com o outro, fora de mim). Assim, a Personalidade corresponde ao conjunto de Papéis que se exercem e o Comportamento, à hierarquização desses mesmos Papéis.

Habitualmente, num Vínculo, os Papéis complementam-se de modo dinâmico e flexível. Se se perde a capacidade de adaptação, se rigidamente se mantém cristalizado o mesmo papel em Vínculos diferentes, então, surge o sofrimento. O objectivo da terapia é readquirir a *ESPONTANEIDADE* perdida, a capacidade de desenvolver novos Papéis ajustados às circunstâncias. No fundo, é exercer o livre arbítrio, “tomando a vida nas suas próprias mãos”.

O processo curativo desenvolve-se, no palco, através da *DRAMATIZAÇÃO* – acto terapêutico por excelência. Aqui, no tempo e no espaço da Dramatização, o *PROTAGONISTA* (o paciente) é simultaneamente o actor, o autor e o espectador de si mesmo. Traz ao palco, ao aqui e agora do momento terapêutico, as questões que o significam – os pensamentos e memórias passadas, os afectos e medos presentes, os sonhos e fantasias futuras.

Então, através de técnicas específicas, como o *SOLILÓQUIO* e a *INVERSÃO DE PAPÉIS*, com a orientação do *DIRECTOR* e o apoio do *GRUPO*, o protagonista obtém insights progressivos e procura alcançar a cura, a *CATARSE DE INTEGRAÇÃO*, chegando assim a uma nova conceptualização da Realidade.

IV. Grupos Terapêuticos

Explicitados que foram, ainda que sucintamente, os conceitos de Distúrbio de Stress Pós-Traumático e Psicodrama, abordemos então o objectivo base desta exposição – os Grupos Terapêuticos de ex-militares vítimas de PTSD adquirido na sequência de vivências de guerra e que, desde 1997, funcionam no Serviço de Psiquiatria do Hospital Militar de Coimbra (HMR2).

Os Grupos, assentes na estrutura terapêutica do Psicodrama Moreniano e constituídos por homens com idades compreendidas entre os 48 e 69 anos, são monotemáticos (todos os seus elementos têm diagnósticos de PTSD, embora com possíveis patologias concomitantes) e são semi-fechados (incorporam novos membros apenas duas vezes por ano). Mantêm uma equipa terapêutica constante.

As sessões, de periodicidade quinzenal e com duração aproximada de noventa minutos, processam-se na sequência específica das sessões terapêuticas de Psicodrama: à fase de Aquecimento, em que surge o protagonista, segue-se a Dramatização; a posterior fase de Comentários, encerra a sessão.

O processo terapêutico, tal como foi referido, desenrola-se fundamentalmente na Dramatização – na acção. O acto de dramatizar, porque obriga a reconstituir no palco a totalidade da cena em causa permite ao director, ao protagonista, ao grupo, tomar consciência de um conjunto de factos que, podendo de outro modo passar despercebidos, se revelam, no entanto, fundamentais, não só para uma correcta avaliação diagnóstica como para uma eficaz resolução terapêutica.

De modo progressivo, estes homens que durante largos anos se sentiram únicos nas suas dores, nos seus receios, nas suas memórias invasivas, nos seus impetuosos comportamentos, vão, apoiados no grupo e orientados pelo director, percorrer um caminho longo, sofrido, mas que, de carreiro sinuoso e sombrio, se vai transformando em estrada suave e partilhada...

São passos necessários do percurso terapêutico destes homens, vítimas de PTSD adquirido na guerra:

- aprender a expor-se, a criar confiança no grupo, no director, em si mesmo;
- conseguir progressivamente olhar o passado e os sentimentos daí decorrentes, percebendo que é possível trazê-los ao de cima, expressá-los, partilhá-los, sendo mesmo assim aceite pelos outros e por si próprio;
- redimensionar o papel que as dolorosas vivências anteriores têm desempenhado nas suas vidas – reorganizando-as, estruturando-as positivamente, cerceando-lhes a invasão sufocante do presente e do futuro;
- reaprender a viver sem as curtíssimas amarras das memórias traumáticas, despindo de vez o compreensível papel de *vítima*, assumindo o necessário papel psicodramático de *sobrevivente*.

Mas porquê o Psicodrama como estratégia terapêutica para ex-combatentes com Distúrbio de Stress Pós-Traumático?

É clássica a indicação do Grupo como instrumento terapêutico dilecto neste tipo de pacientes. De facto o grupo, porque sofre as mesmas dores, é securizante, compreende, não culpa, não censura, antes protege, ampara, estimula o aceitar-se a si mesmo e aos outros.

Depois, sendo o Psicodrama uma terapia de acção, que integra o corpo de forma decisiva no processo terapêutico, parece directamente indicado para uma patologia em que a hiperactivação corporal e os disfuncionamentos mnésicos são factores primordiais de sofrimento.

Por fim, permitindo a dramatização – base do Psicodrama – o interagir do espaço e do tempo, da acção e da emoção, é possível transpor para o “aqui e agora” do setting terapêutico, as fragmentadas vivências passadas, reuni-las, clarificá-las, aceitá-las. Tal como se de uma moderníssima terapia virtual se tratasse, o Psicodrama, ao facilitar a viagem ao passado, permite

arrumar as memórias traumáticas bem como os sentimentos a elas ligadas, vislumbrar novas competências, tornar consciente o agir.

Dir-se-ia, em linguagem psicodramática – estimulam-se os insights progressivos, para se obter a ab-reacção perseguindo o elemento verdadeiramente terapêutico – a catarse de integração.

E objectivamente, estes homens melhoram?

Sem entrar no longo, ainda que necessário, debate sobre a validação da eficácia terapêutica das Psicoterapias, é possível afirmar que sim, que estes homens melhoram.

Óbvio que, pese embora o contrato terapêutico inicial, cerca de 10% desiste, entre a terceira e a sexta sessão. Compreende-se o violento esforço físico e económico, necessário à viagem quinzenal da Guarda, de Gouveia, de Tomar, de Leiria, até à sessão de grupo em Coimbra. Acresce-se as previsíveis insuficiências do método e dos terapeutas.

Mas sobretudo, é o re(vi)ver das estratégias disfuncionais de defesa, na procura de um Eu mais flexível e da espontaneidade perdida, que é especialmente doloroso, motivo de prematuro abandono.

E no entanto, estes homens melhoram.

Progressivamente, a qualidade do sono melhora, os pesadelos diminuem. As vivências de reexperienciação e os comportamentos de evitamento diminuem, igualmente. O controlo dos impulsos melhora, bem como a capacidade de sociabilização. As relações familiares estabilizam. Melhora a auto-estima, melhora a capacidade de auto-análise, melhora sobretudo a possibilidade de perspectivar o futuro.

Em suma, o que tentamos é facilitar uma diferente leitura dos acontecimentos. Se, aquando do Trauma a leitura é “pensei que ia morrer”, evoluindo posteriormente na fase de consolidação do PTSD para “o mundo é muito perigoso, não sou capaz de controlar o que me acontece”, o objectivo terapêutico é permitir ler “posso pensar sobre isto – é um facto que me aconteceu, mas pertence ao passado. A vida está ali à frente.”

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2000). *DSM IV TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4ª Edition. Washington DC.
- BARUDY, J. (1990). Terapia para os Traumas de Guerra. In *Psicologia Social de la Guerra – Trauma e Terapia*. UCA. San Salvador. El Salvador
- BERMUDEZ, R. (1980). *Introdução ao Psicodrama – C. Psicodrama/Psicoterapia*. 8ª Edição. Editora Portuguesa Mestre Jou. São Paulo
- FINELTAINE, L. (2005). La Psychiatrie de Catastrophe. In *Bolletín de Psychiatrie*. Vol.5. N.16 (disponível em <http://www.bulletindepsychiatrie.com>)

- MORENO, J. (1959). *Psicoterapia de Grupo e Psicodrama – Introdução à Teoria e à Práxis*. Edit. Mestre Jou. S. Paulo
- PEZARAT-CORREIA, P. (2006). *A Guerra Colonial – 1961-1974*. Manuel Gama-Centro de Estudos Lusíadas. Braga
- SCHNEIDER, J. (1989). Psychodrama as a Field of Systematic Small Group Research. Special Issue. *International Journal of Small Group Research*. Vol.5 – Nº 1
- WORLD HEALTH ORGANAZATION (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genève

Trauma Vicariante – Um Testemunho

MANUEL VELLOSO

Se em Fevereiro de 1915, *The Lancet* apresentava um artigo do Dr. Charles Myers, em que referia distúrbios relatados e observados por combatentes da 1ª Grande Guerra, como pesadelos, choro, sudação, atitudes insociais, a que deu o nome de “Neurose de Guerra”, só nos 70 e em especial depois da Guerra do Vietname é que os psicólogos americanos identificaram a patologia e a sua causa como o PTSD (Pós-Traumatic Stress Disorder).

Lamentavelmente, só mais de dez anos depois médicos e psicólogos identificaram reacções semelhantes em elementos das forças e serviços de segurança e de socorro sujeitos a grandes pressões de ordem emocional.

Ao longo da minha carreira de mais de 40 anos, estive presente em inúmeros acidentes graves e catástrofes, onde se incluíram 22 operações internacionais de carácter humanitário. Desde a queda da placa de cobertura da estação do Cais do Sodré em 26 de Outubro de 1963 até ao Tsunami que assolou o sudoeste asiático, em especial a baía de Bengala, em 26 de Dezembro de 2004, foi possível verificar quanto abandono e falta de apoio os voluntários e trabalhadores humanitários sofrem, quando antes, durante e depois são assaltados pelos horrores, incertezas e consequências das operações e acções que irão integrar ou integraram em situação de emergência ou urgência.

Que reflexos isso teve nas suas vidas profissionais, intelectuais, sociais, familiares e fisiológicas?

Este é pois, o meu pequeno contributo relatando alguns episódios destes mais de 40 anos servindo a causa das operações de socorro.

Situação: ACIDENTE DE CAMINHOS-DE-FERRO – Alcaface
Data: 11 de Setembro de 1985

Relato: Numa via ferroviária única, duas composições, uma regional com destino a Coimbra e outra internacional com destino a Espanha, chocaram frontalmente, descarrilando, incendiando-se e provocando, por projecção de elementos, um incêndio florestal.

O embate e as consequências dos mesmos, provocaram 68 mortos e dezenas de feridos, politraumatizados e grandes queimados. As operações de socorro desenvolvidas de imediato através dos Corpos de Bombeiros locais, receberam posteriores apoios de outras entidades e organismos, como seja das unidades de socorro da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP) e desenrolaram-se durante inúmeras horas, já que o salvamento dos feridos e a recuperação dos cadáveres foi tarefa muito difícil e trabalhosa, em virtude do grau de destruição das composições e da sua localização fora da via.

As unidades de socorro da CVP compareceram com duas equipas de sapadores e uma equipa de mortuária. Assim, enquanto as primeiras colaboravam com os Corpos de Bombeiros no salvamento e evacuação dos feridos e na recuperação e transporte dos cadáveres, a segunda sob a direcção da Autoridade Concelhia de Saúde organiza uma morgue de emergência no Centro de Saúde de Mangualde, onde foi possível o tratamento e acondicionamento dos cadáveres tendente à realização das operações forenses, da identificação e posterior entrega às famílias ou nos casos de dificuldades de identificação ou de cadáveres não reclamados, o seu encaminhamento para o Instituto de Medicina Legal em Coimbra ou para as suas delegações em Lisboa ou no Porto.

Tudo foi feito debaixo de grande tensão e dramatismo, não só pela aflicção das inúmeras famílias destroçadas pela perda de entes queridos ou pela incerteza das suas recuperações, como pelas graves mutilações que tornavam por vezes difícil a reconstituição dos corpos, especialmente aqueles que aliavam os traumas a grandes queimaduras, algumas próximas da carbonização total.

Reacção 1: Durante a desobstrução de uma das carruagens que se encontrava tombada lateralmente, uma das equipas de sapadores, recuperou o cadáver de uma menina loirinha de aproximadamente 3 anos.

De imediato, o Chefe da equipa de sapadores agarrou nos braços, o cadáver da criança, que não se encontrava exteriormente mutilado e correndo para mim, lavado em lágrimas e com choro convulsivo disse-me:

“Olha, é tal e qual a minha filha!”

Na altura, a melhor atitude encontrada foi retirar-lhe o cadáver da criança dos braços, fazê-la seguir para a morgue de emergência e fazê-lo regressar às suas funções de recuperação de cadáveres.

E depois, apesar dos distúrbios que apresentava de pesadelos, insónias, falta de apetite, o que foi feito?

Nada, para além de algum apoio farmacológico, prescrito pelo seu médico assistente!

Reacção 2: A Chefe da equipa de mortuária era uma jovem de perto de 20 anos, com boa formação na área, mas em virtude da sua juventude, muito pouca experiência. Foi incumbida de receber dezenas de corpos, alguns extremamente mutilados e deformados, com relevo para os grandes queimados, apresentando alguns, partes do corpo ainda em combustão.

O seu papel e dos poucos voluntários que suportavam assisti-la, consistia em reconstituir os cadáveres, recolher dados de identificação, prepará-los para acções sumárias de medicina forense e acondicioná-los para permitir que a identificação pelos familiares, se fizesse da forma mais fidedigna e menos dramática possível.

Tarefa hercúlea para quem não tinha ainda completado 20 anos!

Só vinte anos passados sobre este acidente grave e este episódio, esta técnica em conversa com um psicólogo, que numa sessão de formação tinha abordado o tema dos distúrbios do stress pós traumático dos técnicos de socorro, confessou que, desde altura em que dirigiu a morgue de emergência em Mangualde, deixou de ser capaz de comer carne mal passada.

Situação: OPERAÇÃO TIMOR-LOROSAE

Data: 24 de Setembro de 1999

Relato: Em 5 de Maio de 1999 a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou uma resolução tendente a determinar uma consulta popular em Timor-Leste, que levasse o povo a escolher a independência ou a integração na República da Indonésia.

Esmagadoramente, em 30 de Agosto, o povo de Timor-Leste votou pela independência, o que veio a ocasionar uma gravíssima crise humanitária, com inúmeras situações de violência, com mortes, feridos e deslocados.

Tal facto, iria obrigar a comunidade internacional a deslocar para o território uma força de manutenção de paz com mandato da ONU. A INTERFET (Internacional Forces for East Timor), iniciou a sua intervenção no dia 22 de Setembro de 1999.

Em 24 de Setembro o Governo Português, que anteriormente tinha planeado uma força civil de projecção para Timor-Leste, fez entrar no território 64 elementos, numa missão do Serviço Nacional de Protecção Civil (SNPC), composta por bombeiros, socorristas e enfermeiros da CVP, médicos e enfermeiros da Direcção Geral de Saúde (DGS) e do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e oficiais de segurança da Guarda Nacional Republicana (GNR) e da Polícia de Segurança Pública (PSP), com o respectivo material e equipamento onde era de referir um módulo do Hospital de Emergência da CVP, 3 ambulâncias 4x4, 3 prontos-socorros ligeiros 4x4, 4 auto transportes de pessoal 4x4, 2 auto transportes gerais, sendo um pesado, 1 auto-comando, uma rede telecomunicações, etc..

O ambiente à chegada a Dili era ainda de confronto aberto com as milícias pró-integração, apoiadas pelas forças armadas indonésias e com as forças internacionais, compostas essencialmente por australianos e neozelandeses, tentando, por vezes sem grande sucesso, controlar o caos e a violência em que se vivia.

O papel da missão portuguesa era de criar uma rede de unidades de saúde, onde se incluía a recuperação do Hospital Dr. António Carvalho, organizar equipas de primeira intervenção que combatessem os inúmeros incêndios ateados pelos insurrectos e, pontualmente acorrer com auxílio de primeira necessidade a populações deslocadas nas montanhas e no interior.

Era um clima tenso e perigoso, mas gratificante pelo sucesso das acções e reconhecimento das populações.

Reacção 1: À partida de Lisboa e já no Aeroporto de Figo Maduro constatou-se que um dos rádio-montadores que fazia parte do dispositivo apresentava um síndrome febril indeterminado, acompanhado de diarreias, sem causa aparente, que não fosse a real tensão em que o elemento se encontrava, principalmente depois de ter sido pai 48 horas antes.

Imediatamente desmobilizado, quer as queixas, quer a patologia desapareceram e ficaram solucionadas 6 horas depois sem qualquer terapêutica

Reacção 2: O envio do dispositivo que se encontrava em DARWIN era feito por levás, já que as dimensões do aeroporto de Dili não comportavam a operação com grandes aeronaves. Assim, na segunda leva de pessoal, equipamentos e material (25 de Setembro), entre os elementos destacados encontrava-se o cozinheiro da missão. Este, desde que aterrou no Aeroporto de Dili e ao ver o clima de estado de segurança militar em que se encontrava a área e depois de insurreição em que se encontrava a cidade, iniciou um

quadro de alterações gastrointestinais que o levaram a um estado de prostração física, já que a psicológica se tinha declarado anteriormente, que nenhuma das terapêuticas abordadas solucionou

Ao final de uma semana e depois de todo o dispositivo se encontrar em Dili, optou-se por fazer regressar o cozinheiro a Darwin onde, em menos de 24 horas, recuperou totalmente, tendo posteriormente regressado a Portugal.

Se a ausência de um cozinheiro, pode e pôde ser colmatada pela adaptação de outro elemento à função, pelo carácter técnico e grau de desenvolvimento da actividade, tal não era e não foi possível em relação à substituição do rádio-montador, recaindo num único técnico toda a actividade de manutenção das redes rádio-eléctricas, com postos distribuídos por diversos pontos do território, com reflexos muito graves, quando este, temporariamente adoeceu.

A inexistência de qualquer medida cautelar na selecção dos elementos a projectar em missões de carácter humanitário e que reflexos tão negativos apresentaram na “Operação Timor Lorosae 1999”, repetiu-se nas operações “Moçambique 2000” e “Moçambique 2001”, o que levou a Presidência do SNPC a determinar a elaboração de um “Manual de Intervenções Internacionais de Protecção Civil”, que entrou em vigor, depois de aprovado pela tutela em Maio de 2002.

Assim, o Manual passou a incluir no capítulo “ANTES DA MISSÃO” um item sobre “Preparação Médica e Psicotécnica”, onde se referem os testes que habilitam os candidatos para a missão.

“Todo o pessoal deve estar física e psicologicamente preparado para suportar situações de risco e de forte esforço, por forma a garantir o melhor comportamento em missões de crise no estrangeiro.

O certificado de saúde, da responsabilidade da autoridade de saúde ou dos serviços médicos das entidades mobilizadoras, deverá ser actualizado de 6 em 6 meses. O exame médico deverá ser o mais completo possível, tendo em vista não só a intensidade e ritmo de trabalho, como as condições de terreno, atmosféricas e climatéricas.

A existência de certificação médica dos elementos da missão não inibe a realização de um “check up” a efectuar pelos médicos da mesma, nas 24 horas que antecedem a partida. Estes, conhecendo a ordem de missão, deverão fazer incidir a sua observação em qualquer alteração que se tenha produzido no período posterior ao último exame médico geral e que possa ter implicações com as características da missão.

Igual procedimento ter-se-á que ter com a análise psicológica dos elementos constituintes por razões que se prendem com as grandes pressões a que estão sujeitos durante as operações de socorro.

Os técnicos de emergência pela realidade da sua profissão e exposição a um conjunto de factores desencadeadores de stress, são um tipo de população que apresenta uma variedade significativa de estratégias de gestão de stress, assim como, um conjunto de mecanismos de organização interna que possibilitem que eles desempenhem no seu dia-a-dia a sua profissão ou voluntariado.

Neste caso existem algumas situações que caracterizam os técnicos de emergência como sendo pessoas aventureiras, que quando ajudam os outros procuram excitação, riscos e desafios. Gostam de ter o controlo das situações, desenvolvem grandes expectativas relativamente ao seu comportamento/desempenho, possuem um grande orgulho profissional, são de grande lealdade e dedicação perante a tarefa e por isso possuem pouca capacidade de frustração perante o falhanço, assim como, pouca tolerância perante as faltas dos outros. Este tipo de população acredita na sua invulnerabilidade física e emocional.

Assim o estabelecimento de um perfil psicológico permite que se optimize e seleccione os mais aptos para o desempenho desta profissão, assim como, possibilita o desenvolvimento de mecanismos de prevenção perante a desorganização criada pela vivência constante de situações de grande stress.

O perfil psicológico que deve caracterizar os técnicos de emergência passa por:

- Elevados níveis de autocontrolo;
- Elevados níveis de objectividade;
- Boa capacidade de descentração;
- Cauteloso na autocrítica;
- Pensamento metódico e detalhado;
- Boa capacidade de socialização;
- Baixo/médio pensamento introspectivo;
- Boa capacidade de execução/operacionalização/influência

Indivíduos que apresentem algumas das características seguidamente descritas:

- Baixa idade (muito jovens);
- Timidez;
- Problemas de identidade;
- Relutância em assumir papéis de liderança;
- Locus de controlo externo, baseado na crença de que o seu destino é determinada por factores que estão para além do controlo dele;
- Coping centrado nas emoções, (supressão emocional e pensamento mágico).

Não possuem um perfil adequado para o desempenho efectivo e permanente das funções de técnico de emergência, assim e com base nestes critérios foi desen-

volvida uma bateria de testes que visam estabelecer critérios de selecção para os elementos que integrem as equipas de emergência componentes de uma missão de socorro internacional.”

Igualmente, no capítulo “APÓS A MISSÃO”, tendo em conta o ambiente geográfico, social, atmosférico e climatérico onde a mesma decorreu, bem como o tipo de acções realizadas, os técnicos de saúde da missão, nas 24 horas após a chegada, determinarão os exames médicos e psicológicos a que cada elemento fica sujeito, a que seguir-se-ão outros no final da primeira semana e no final do primeiro mês.

Situação: OPERAÇÃO SUMATRA

Data: 26 de Dezembro de 2004

Relato: Às 0058 UTC (0758 LT) de 26 de Dezembro de 2004 ocorreu um sismo violentíssimo com 8.9 da Escala Aberta de Richter, com o epicentro a 150 km da costa noroeste da Ilha de Sumatra, que irá desenvolver, por acção do movimento de uma falha na extensão de 1200 km, um extraordinário tsunami que irá atingir todas as costas da baía de Bengala, com os seus respectivos países e, mais de 24 horas depois, as costas orientais de África.

No seu trajecto devastador irá provocar mais de 300.000 mortos e desaparecidos, onde se vão incluir inúmeros expatriados de diversos países que, naquelas paragens paradisíacas passavam as suas férias natalícias e de recepção ao Novo Ano. Mais de 1.2 mil milhões \$US de prejuízos, para além de inúmeros feridos e milhares de desalojados e deslocados, vieram juntar-se aos mortos e desaparecidos

Sumatra por não ser um destino turístico, não recebeu de imediato a atenção das autoridades internacionais, aliado ao facto da catástrofe ter ocorrido no auge das festas natalícias, determinou demora no accionamento dos mecanismos de resposta humanitária.

Assim, o Governo Indonésio lançou, entre outros, um apelo bilateral ao Governo Português em 300800DEZ04, o que veio a determinar que o Ministério dos Negócios Estrangeiros tenha solicitado à DGS e ao Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil a preparação de uma missão de resposta humanitária de emergência na área da saúde.

Será pois, a 041800DEZ05 que a EMATE (Equipa Médica Avançada de Triagem e Evacuação) é projectada para Band Aceh, no norte de Sumatra, sem dúvida a zona mais atingida pelo tsunami na baía de Bengala.

Durante 30 dias uma equipa multidisciplinar extremamente reduzida, menos de 50% do efectivo operacional do hospital de emergência, assistiu

uma população muito debilitada, que tinha perdido perto de 70% dos seus técnicos de saúde, respondendo a todos os desafios que lhes eram postos, desde gerindo 40 toneladas de medicamentos de auxílio humanitário, mantendo em funcionamento 24/24 horas um hospital com cinco módulos (triagem e consulta externa, sala de tratamentos e de pequena cirurgia, sala de observações, enfermaria de estacionamento e sala de cuidados intensivos), até à realização de acções externas, quer de saúde pública, quer de cirurgia.

Assistiram-se 1105 pessoas.

Relato: Numa das assistências que realizávamos a uma criança de 7 anos, constatamos que se tratava de um órfão de pai e mãe, que para além deles, durante o tsunami, tinha igualmente perdido os seus 12 irmãos. A criança tinha ficado reduzida ao seu avô.

Pela brutalidade da situação, todos tentamos conhecer melhor este drama e a sua vivência com o seu avô, único familiar próximo que lhe restava.

Então, ela contou-nos as circunstâncias em que tinha perdido a sua família, não sabendo bem como se tinha salvo e como o seu avô a tinha encontrado. Dizendo-nos ainda, que todos os dias, ao pôr do sol, ia para a porta de sua casa e olhava para o princípio da rua, porque, certamente por aí, um dia, a sua mãe iria aparecer.

O Chefe de Logística e de Ligação tinha no seu efectivo curricular, 22 missões internacionais, muita experiência, tendo vivido situações e relatos muito dramáticos, no entanto, quando quis contar este episódio a um jornalista radiofónico, a sua voz ficou completamente embargada e as lágrimas correram-lhe pelas faces.

E esta reacção repetiu-se nas semanas seguintes, vindo a diluir-se e a desaparecer graças ao apoio psicológico que veio a receber no final da missão.

60 anos, 40 de actividade, 22 missões internacionais, não o tinham tornado imune ao drama de uma pequena criança.

Dezembro de 2006

Como Sobrevive Emocionalmente um Técnico Após Intervenções na Crise – Stress Traumático

FERNANDO DE LA VIETER RIBEIRO NOBRE

A grande maioria dos voluntários que partem para missões humanitárias além-fronteiras, embora possuindo uma formação altamente diferenciada (médicos, enfermeiros, logísticos,...) não têm, em geral, tirando a sua boa vontade e a sua formação técnica, nenhuma experiência de vivência de situações stressantes tais como a solidão, a guerra, a fome ou a simples mudança de hábitos de vida e de usos e costumes que a convivência com outras culturas e outros climas implica.

O relativo conforto da vida europeia não prepara as pessoas para o que as espera.

Embora, antes da partida em missão, participem em sessões de informação e esclarecimento, nada, de facto, os pode preparar inteiramente para as situações concretas que terão de enfrentar no terreno, a saber:

- mudança de ambiente geográfico e climático;
- vivência em isolamento ou em convivência num espaço físico limitado com outros voluntários;
- afastamento das famílias;
- doenças tropicais (ex.: malária, parasitoses, doença do sono, ...)
- insegurança: minas, “snipers”, guerra, banditagem agravada, bombardeamentos, carros armadilhados...
- injustiças sociais alarmantes e gritante desrespeito pelos direitos do homem;
- fomes, orfandades em massa, refugiados...
- contactos nem sempre fáceis com as autoridades locais, muitas vezes originando uma inércia total.
- falta de conforto: ausência possível de frigorífico, luz, livros, casa de banho, água, telefone, televisão; transportes cansativos (pistas de mato...) que moem o corpo e o espírito...

Perante todas essas possíveis agressões, vividas mais ou menos intensamente em função do tipo de missão (as situações de genocídios, guerras e campos de refugiados implicam um grau de stress mais elevado), do próprio psiquismo do voluntário e de uma eventual experiência anterior, observam-se:

- manifestações de medo com excitação, ansiedade, nervosismo, angústia e, por vezes, pânico;
- ruptura na relação com os outros elementos da missão, já seus conhecidos ou não;
- exigências descabidas no quadro da missão tais como a exigência de uma casa só para uma pessoa, a exigência da manutenção dos hábitos alimentares assim como do conforto que se tinha na Europa;
- impressão de inutilidade e de impotência perante os dramas observados, que podem levar ao abatimento e à apatia totais;
- sentimentos de culpa e de revolta;
- situações de insónia, alcoolismo;
- perturbações gastro-intestinais, tipo gastrite ou colite, só excepcionalmente hemorrágicas;
- reacções de fuga.

Pode considerar-se que, em cerca de 20% dos voluntários, se observa uma situação de stress traumático e que 5% da totalidade dos voluntários interrompem a missão por causa do stress traumático.

Conclusão

As intervenções humanitárias, sobretudo as de carácter de urgência (genocídio, guerra, epidemia, campos de refugiados, catástrofes naturais), pelas condicionantes que as motivam, provocam em quase todos os voluntários intervenientes um stress que é traumático em 20% deles, no mínimo.

O stress traumático grave é motivo de suspensão da missão humanitária em 5% dos voluntários. Essa elevada incidência de stress traumático deve-se à natureza difícil da própria intervenção humanitária de urgência assim como à falta de experiências prévias vividas pelos voluntários, o que explica e justifica a falta de adaptabilidade perante os novos desafios, demonstrada no terreno por alguns voluntários.

Penso que o modo de vida almofadado, comodista e individualista da nossa cultura ocidental é um “handicap” que alguns voluntários não conseguem superar e que está na génese dos conflitos dentro das próprias equipas humanitárias e de algumas situações de stress traumático que a intervenção humanitária ocasiona.

Embora as sessões de esclarecimento prévias junto dos potenciais candidatos a este tipo de intervenção sejam indispensáveis, penso que, futuramente, seria útil que se implementasse uma preparação e apoio psicológicos junto dos voluntários antes e, sobretudo, depois das missões. Penso que, à partida, os candidatos a voluntários deverão ser recusados se forem detectadas situações tais como:

- divórcio em curso ou recente, ou outro conflito emocional perturbador; a partida para uma missão humanitária nunca poderá servir de escape a problemas emocionais que não estejam ultrapassados nem bem digeridos.
- antecedentes psiquiátricos, cardíacos, diabéticos, asmáticos, alcoólicos...;
- antecedentes recentes de úlcera gastroduodenal ou de recto-colite ulcero-hemorrágica.

À luz da experiência adquirida, penso que não há, pese embora todas as medidas preconizadas, nenhuma solução para que sejam evitados os casos de stress traumático pois será sempre impossível prever com toda a segurança o tipo de stress que a própria missão humanitária poderá provocar e a resposta que o voluntário, a milhares de quilómetros do seu habitat e do seu casulo, terá perante as pressões que terá de enfrentar.

A participação numa missão humanitária, sobretudo de emergência, será sempre um risco calculado a assumir pelo voluntário e pela instituição humanitária que o envia em missão.

Intervenção Após a Crise: A Análise do Psiquiatra

PIO DE ABREU

Antes de mais os meus agradecimentos à organização deste encontro. A Dra. Luísa Sales, que me convidou pessoalmente, ofereceu-me a prenda de estar nesta mesa entre as pessoas que acabei de ouvir. Sinto-me honrado e agradeço. Seria suposto fazer agora um comentário, da perspectiva dos psiquiatras, sobre as comunicações apresentadas. Isso é porém impossível. O que acabámos de ouvir não tem nada a ver com a psiquiatria, mas tem, sim, muito a ver com a raiz da existência humana, sobre esse milagre que é a nossa sobrevivência.

Saúdo também o Bispo Dom Ximénes Belo, símbolo da heróica sobrevivência de um povo. Tal como ele, vejo nesta sala muitos sobreviventes, pessoas que passaram e ajudaram outros a ultrapassar as experiências limite para as quais os militares se preparam. Os prelectores que me antecederam puseram-nas em palavras. Tarefa difícil, pois que essas experiências ultrapassam por vezes tudo o que se possa dizer. Por vezes, quem melhor fala é o silêncio emocionado, partilhado por aqueles que estão unidos por estas vivências. Também isso se passou aqui.

Conforme disse a Dra. Luísa Sales dois terços da população já se viram, pelo menos uma vez na vida, sujeitos a situações passíveis de provocar um síndrome de stress pós-traumático. Muitos deles estão aqui, sobreviveram a isso e não padecem, que eu saiba, de qualquer doença relacionada. Pelo contrário, conheceram a dimensão do humano nos seus limites, e com isso aprenderam e amadureceram.

Como muitos de vós, também eu tive a experiência de guerra na Guiné, onde fui médico militar. Antes de 1974, a presença no cenário de guerra da Guiné era o factor mais importante para a prevalência do síndrome de stress pós-traumático. Pelo que assisti por lá, bem percebo porquê. Porém, tal como muitos de vós, aqui estou sem afecções nem lamentos. Pelo contrário,

acho que foi das experiências mais enriquecedoras da minha vida. Talvez seja interessante lembrar a comunicação da Professora Ângela Maia que ontem falou sobre o desenvolvimento e amadurecimento pós-traumático.

De facto, a vida é traumática, a começar pelo nascimento que o bebé enfrenta a chorar. Daí para diante esperam-nos imensos traumas, porque a vida não é um conto de fadas nem uma telenovela. Toda a educação, todo o enfrentar da realidade e, portanto, a aprendizagem é, de certo modo, traumática. O nosso problema não é evitar os traumas (se é que eles são evitáveis), mas enfrentá-los, aprender a lidar com eles e aprender com eles. Toda a questão é saber qual o papel que desempenhamos: se assumimos um papel solidário e, além da nossa pele, fazemos algo para salvar a dos outros, ou se, pelo contrário, nos ensimesmamos na nossa impotência e assumimos o papel de vítima, atirando para cima dos outros a responsabilidade pela nossa vida. Aliás, o síndrome de stress pós-traumático foi incluído na classificação americana das doenças mentais por influência do lobby dos veteranos da guerra do Vietname. Muitos deles, depois de serem louvados como heróis, não eram aceites pela comunidade e viviam marginalizados, na dependência do álcool ou da droga em que foram iniciados no teatro de guerra. Lutavam mais pela justiça social do que pelo tratamento médico.

O estereótipo da vítima foi entretanto construído pelas almas caridosas dos media, que cobrem os problemas da justiça numa procura de maior audiência. Que me desculpem aqueles que se assumem como vítimas: não acredito neles, porque acho que nem eles próprios se levam a sério. Têm direito à justiça, embora a revolta cega não seja boa conselheira porque facilmente transforma a vítima em perseguidor (por isso nunca consegui apoiar muito bem essa do “direito à indignação”). Mas não podem passar a vida a exhibir a sua desgraça, esperando que os outros tomem conta de si. Se o fazem, é com um propósito instrumental e, lá no íntimo, desdenham aqueles que lhes oferecem benefícios em troca de os considerarem incapazes. Ser vítima, é apenas um papel que se escolhe nesta sociedade em que até os sentimentos exibidos têm um valor de mercado.

Mas as situações limite, potencialmente traumáticas, oferecem-nos outras possibilidades, dependendo da quota de responsabilidade que reservamos para nós e, até certo ponto, do papel que escolhemos. Quem passou por estas situações sabe bem como os pequenos gestos solidários perduram na nossa memória e nos dão sentido à existência. Repor, pela sua mão, como acabámos de ouvir descrever, o fio da vida que liga um neto que se ia perder na tragédia, ao avô que o procurava, justifica, só por si, a existência de quem o fez. Basta isso. Basta que uma criança seja salva para justificar uma missão com todos os sacrifícios que ela implica. É destes grandes pequenos acontecimentos que, como ouvimos, se alimentam aqueles que partem em

missões de salvamento. Sabem à partida que não vão resolver os problemas do mundo, pois que a sua acção começa quando a impotência humana foi declarada. Trazem de lá uma grande lição de humildade, mas trazem também a lição da solidariedade, sem a qual nada somos. Restabelecer, por acção solidária, a solidariedade entre o avô e o seu neto, é fazer com que a vida continue nesse local por gerações e gerações, a despeito de toda a tragédia que a envolve e que nos envolve.

Aprende-se deste modo que só existe um sentido para a vida humana: a solidariedade. Cada um de nós é demasiado pequeno e vulnerável para enfrentar a adversidade que nos cerca. Mas quando a solidariedade nos junta, movem-se montanhas. Vencemos os limites do eu e passamos a ser muito maiores. A tal ponto que chega a ser viciante: uma, outra e outra vez, o Dr. Fernando Nobre e o Comandante Manuel Veloso partem em missão de ajuda, deixando tudo de lado, esquecendo-se das insónias, dos pesadelos, da incomodidade, esquecendo-se de si. Só não se devem esquecer, como aconselha o Dr. Fernando Nobre, do papel higiénico. Mas a isso voltaremos.

Será que estes agentes e missionários da solidariedade não podem descompensar também? Claro que sim, embora muitas vezes isso aconteça por razões exteriores à sua actividade. Curiosamente, quando isso acontece, tornam-se prevalentes os sintomas digestivos. Ouvimos hoje várias descrições, desde a da rapariga que deixou de comer carne mal passada, ao aparecimento de úlceras de stress, ao cozinheiro que não mais deixou de ter graves problemas intestinais, até ao grande conselho do Dr. Fernando Nobre: “Não se esqueçam de levar papel higiénico”.

Num livro de Neurofisiologia que recentemente traduzi para a Fundação Calouste Gulbenkian, o seu autor, William MacKay, descreve no último capítulo o Sistema Nervoso Entérico, mostrando que o tubo digestivo e os intestinos têm um sistema nervoso próprio, uma espécie de cérebro semelhante ao de um verme. A conclusão impõe-se: os vertebrados transportam no seu interior um invertebrado que, insistentemente procuram dominar. Mas também é possível que seja o verme a dominar o vertebrado mais complexo que o transporta. Aquilo que aqui ouvimos toca-nos fundo, até ao nosso sentimento visceral. Enquanto as vísceras não se revoltarem, temos o privilégio de partilhar a experiência e a sabedoria das pessoas que já viram de tudo, até aos limites da humana natureza. Foi o que hoje aconteceu aqui.

Muito obrigado

Intervenções Após a Crise – Comentário Final

SILVEIRA SÉRGIO

A guerra representa sempre uma fractura na sociedade, quaisquer que sejam as suas justificações, o local e o tempo ou ocasião da sua decorrência, bem como as partes nela envolvidas. Para outros autores, a guerra representa a falta de entendimento entre os povos, a falência da diplomacia, muitas vezes sustentada por apetites desenfreados de poder, tendo como base a posse – pura e simples de um território para exercitar esse poder – ou, mais plausivelmente, a obtenção directa de mais valias, ou ainda, pela sua tendência, poder condicionar o “caminho” de outros países e povos.

Modernamente, e com medo de um descambar generalizado dos conflitos e de forma a sossegar as consciências, tem-se utilizado o adjectivo *cirúrgico* para os designar e concomitantemente justificar, dada a sua tendência ser, na verdade e cada vez mais, circunstanciada no espaço e no tempo.

Como cirurgião, penso que a utilização e vulgarização do termo *cirúrgico* para adjectivar os conflitos é abusiva e descabida, uma vez que a cirurgia, embora se trate de uma agressão, é um acto consentido e realizado para salvar ou melhorar a qualidade de vida, eliminando, sim, sem intuídos de poder, o que não funciona ou se encontra a prejudicar o organismo, recompondo, ou mesmo, substituindo, as partes desse organismo que se encontram necessitadas de tal medida, ainda que, e tal como a guerra, deixe cicatrizes.

Contudo, as marcas de guerra são sempre pesadas, alojando-se sobretudo nos mais fracos e desfavorecidos, já para não dizer – nos inocentes – naqueles que, na sua generalidade, não são vistos nem achados. Naqueles que não pediram para que tal viesse a acontecer, mas, em nome dos quais, os seus representantes afirmam que é uma necessidade evidente.

É interessante, que os militares – não os mercenários, para os quais a guerra é um modo de *afirmação e de vida* – e sobretudo os que normalmente têm experiência na linha da frente de combate, com raras excepções, tentem

evitar que tal suceda. Talvez pela experiência adquirida, verificam que as marcas de uma guerra são crónicas, mesmo para os que por ela passam sem terem aparentemente sofrido qualquer beliscadura. Na guerra vê-se de tudo – do mais sublime ao mais grotesco, do mais racional à maior bestialidade, da maior exaltação da representação humana à mais espúria das suas manifestações.

Mas, na verdade, a guerra envolve todos, em maior ou menor grau, quer sejam ou não combatentes, implicando a sujeição a sacrifícios. E sobre este aspecto já se adivinha o corolário de quem mais perde.

Só quem for destituído de sensibilidade emocional, tal como António e Hanna Damásio demonstraram, pode passar por um conflito perfeitamente incólume. Há expressões, imagens, sons, que ficam de tal forma gravados, que nem o tempo os consegue apagar. Mas depois, por melhor que se tente explicar às outras pessoas, dificilmente as mesmas compreendem como se sente quem passou por essas situações. Falta à narrativa a envolvência que poderia levar à sua melhor compreensão, pelo que, quem experimenta tais acontecimentos, fica quixotescamente isolado, não compreendido, em silêncio... talvez sentindo uma certa impotência por não poder fazer mais.

Na realidade, só quem vivenciou “*na pele*” aquilo que é a desgraça, aquilo que é a catástrofe e a doença de quem sofre, é que sabe verdadeiramente que é muito difícil passar por estas situações sem que se sinta ou deixe de se sentir marcado por elas.

É por isso que esta incompreensão se torna tormentosa. E é por isso que surge a doença. A tal que dificilmente se compreende – mas que existe e é necessário tratar.

... Resta-me agradecer a todos os prelectores o brilhantismo e autenticidade das suas exposições, que muito contribuíram para o êxito desta mesa redonda.

10

SOLIDARIEDADE SEM FRONTEIRAS E AS ONG'S

FERNANDO DE LA VIETER RIBEIRO NOBRE

Solidariedade Sem Fronteiras e as ONG'S

FERNANDO DE LA VIETER RIBEIRO NOBRE

Aceitei de imediato o convite para proferir a palestra de encerramento desta conferência, onde focarei o tema Solidariedade sem fronteiras, porque sendo um acérrimo defensor do papel da sociedade civil no Mundo, e a sua importante função na História da Humanidade contemporânea, entendo que este tema tem a sua razão de ser neste Congresso de Psiquiatria de Catástrofe e Intervenção na Crise.

Sou daqueles que consideram que um correcto olhar sobre o passado ajuda-nos a viver o presente, e a perspectivar melhor o nosso futuro colectivo, no qual a solidariedade sem fronteiras teve, tem, e terá forçosamente o seu lugar. Tal é a lição da minha modesta vivência humanitária ao longo de vinte e cinco anos.

Meus Amigos, um dos fenómenos sociais mais paradigmáticos da segunda metade do séc. XX foi a acção, no terreno, da solidariedade sem fronteiras por parte de ONG'S, formas de expressão da sociedade civil mundializada e transfronteiriça, assumidas como partes activas, senão determinantes, na procura de soluções que contribuam positivamente para a resolução dos graves problemas que atingem e flagelam a humanidade tais como: a violação dos direitos humanos, a fome, as doenças evitáveis e curáveis, a miséria e a pobreza, o subdesenvolvimento e o desgaste ambiental. Não quero com isso dizer que nos séculos anteriores os cidadãos não se organizassem para reivindicar direitos, e propor soluções alternativas, tal como aconteceu por exemplo com o surgimento, e a estruturação desde a idade média, das corporações profissionais e, mais tarde, dos movimentos sindicalistas, das associações feministas ou das instituições humanistas: esses movimentos e associações, que foram e são essenciais, eram no entanto ainda muito sectoriais, não tendo verdadeira expressão transversal em todos os sectores sociais, e não dispunham dos meios que lhes permitissem uma

acção transfronteiriça global, única forma de actuação eficaz perante a dimensão e complexidade dos fenómenos hoje presentes.

A partir da segunda metade do século XX, após o fim do cataclismo que foi a Segunda Guerra Mundial, e com o fim do período colonial em África e na Ásia, surgiu um movimento com uma visão solidária globalizante e sem fronteiras. De início quase incipiente, lento, tímido e fraco esse novo movimento solidário, corporizado nas chamadas ONG'S, foi-se afirmando e cresceu exponencialmente a partir das décadas de 70 e 80. Com expressão e acção globais, as ONG'S, e a sua acção solidária sem fronteiras, transformaram-se hoje numa realidade incontornável. Esse movimento, e as suas determinantes acções, fizeram-se paralelamente com a tomada de consciência, por parte de um número crescente de cidadãos do mundo que uma globalização desumana, porque essencialmente económica e financeira, estava a ser implantada de forma acelerada e determinista mercê de uma ideologia neoconservadora e unilateral determinada beneficiando da rápida evolução tecnológica e do enfraquecimento do poder político, ou da sua voluntária submissão, posto às ordens e ao serviço das grandes empresas globais sem rosto nem ética humanos.

À medida que as ONG'S pelas suas acções, concretas, junto dos povos dos quatro cantos do mundo, tanto no domínio dos direitos humanos como na área ambiental e humanitária, tomavam consciência dos efeitos nefastos da globalização em curso para com a maioria da população mundial, organizavam-se em movimento global de acção humanitária e de sensibilização junto da opinião pública mundial. Trazendo para a opinião pública as situações catastróficas nas áreas dos direitos humanos, do ambiente, do subdesenvolvimento ... que enfrentavam nos teatros das suas intervenções conseguiram que o ser humano esquecido do sul, estivesse ele onde estivesse, passasse a ser visto pelo seu semelhante mais afortunado do norte como um ser igual, de carne e espírito, merecedor de uma atenção singular. A solidariedade sem fronteiras protagonizada pelas ONG'S tinha nascido e mais não deixaria de se afirmar.

Associações como a Amnesty International, os Médecins Sans Frontières e a Greenpeace foram padrões dessa acção solidária que, actuando e sensibilizando, transformou a visão indiferente, amorfa e asseptizada que a opinião pública mundial se fazia até então do "Mundo e do Outro" além das suas limitadas fronteiras. Essas três ONG'S deram rosto e impacto a três áreas de interesse vital para o nosso futuro colectivo, áreas que continuam a ser, e serão sempre, penso eu, pilares paradigmáticos da solidariedade sem fronteiras: Direitos Humanos, Defesa pelo Meio Ambiente e Acção Humanitária Sem Fronteiras.

De referir que o alheamento, e a permissividade do poder político perante a tendência economicista e financeira dos grandes potentados económicos,

as chamadas empresas globais, acelerou-se brutalmente a partir da década de 80 com os governos do Sr. Ronald Regan nos EUA e da Sra. Margaret Thatcher no RU que estimularam e impuseram uma desregulação desenfreada e uma quase anulação dos controlos aduaneiros e dos fluxos financeiros. Tal conduziu o Mundo para uma nova Era, a actual: a era dos discursos ultraliberais que, com o seu discurso dogmático, erguem o Mercado como o novo e único possível “abre-te sésamo” que pode conduzir, dizem eles, a Humanidade para a sonhada Paz e o necessário Desenvolvimento. Simultaneamente ao discurso do novo El Dorado tentavam quebrar a coluna vertebral do mundo sindical.

É neste contexto que as ONG'S no terreno passaram também a testemunhar, alertando para o crescimento do desespero, da exclusão e da miséria de largas franjas da humanidade apartadas, porque esquecidas, de qualquer futuro risonho. Os apelos em prol do Ser Humano passaram então a ser um complemento importante das suas acções solidárias.

A globalização da solidariedade sem fronteiras transformou-se pois progressivamente. Já não era suficiente tentar aliviar o sofrimento das populações esquecidas. Passou a ser também importante alertar os poderes e a opinião pública mundial sobre os efeitos perversos da globalização financeira vigente geradora de uma globalização de pobreza e de exclusão com o beneplácito das organizações mundiais, FMI, BM, OMC, verdadeiros braços económicos armados às ordens dos grandes monopólios liberais mundiais.

Do entendimento, por parte das ONG'S do verdadeiro alcance da globalização financeira em curso, e do papel nela exercida pelas organizações mundiais atrás referidas, surgiu a verdadeira consciencialização da sociedade civil mundial que implementou, sem retorno espero eu, a solidariedade sem fronteiras no terreno, tentando em simultâneo sensibilizar a opinião pública mundial. Por vezes, refira-se, essa sensibilização fez-se com alguma violência porque as acções de protesto pacíficas do movimento solidário foram manipuladas e infiltradas por forças que tinham como objectivo, criando e incentivando violência, desacreditar os protestos da sociedade civil mundial como aconteceu por exemplo em Seattle, Gotemburgo e Génova.

Perante o risco do desvirtuamento da sua mensagem solidária, pela violência que lhe era alheia e imposta, o mundo das ONG'S tentou, tarefa sempre em curso, estruturar-se nos fóruns sociais mundiais de Porto Alegre e regionais, Europa, Ásia, África... com o lema condutor e agregador “Um outro Mundo é possível”.

O movimento alter-mundialista solidário congregador de tantas esperanças, embora violentamente questionado, pelas forças do Mercado e pelas forças políticas que lhe são afectas sobre a sua “não legitimidade democrática” e de alguma forma acusado de ser “facilitador do terrorismo internacional”,

é hoje forte da sua imensa diversidade tanto dos participantes como dos propósitos, sonhos e objectivos (utópicos ou realizáveis) tendo como denominador comum a solidariedade global e a preocupação pelo futuro do nosso Planeta.

Nessa encruzilhada de ideias e utopias, tendo como vontade mestra a solidariedade essencial para uma evolução positiva do Mundo, encontra-se hoje o maior desafio do movimento da sociedade civil global corporizado pelas ONG'S: como se concertar e coordenar afim de fazer implementar no mundo a necessária, diria indispensável, solidariedade sem fronteiras, concretizando acções junto dos mais necessitados e obter a taxação, mesmo que simbólica dos fluxos financeiros globais, o perdão da dívida que asfixia e mata qualquer possibilidade de desenvolvimento de quase todos os países subdesenvolvidos (em vias de desenvolvimento ou menos avançados), o acesso universal aos medicamentos, o fim das ajudas ao mundo agrícola na Europa e nos EUA que penalizam gravemente as exportações agrícolas dos países desenvolvidos... e matam milhões de pessoas à fome e o respeito pelo Direito Internacional...

Na capacidade de convencimento e de implementação dessas e de muitas outras questões estruturantes para um desenvolvimento seguro e sustentado de um Mundo harmonioso se joga o futuro da credibilidade da visão generosa dos alter-mundialistas sinceros e da solidariedade sem fronteiras. Saberão eles, saberemos nós... estar à altura dessa esperança e desse enorme desafio? Eis a questão que importará para o nosso futuro colectivo pois só assim saberemos se é verdade, como disse Jacques Attali, que as ONG'S podem e devem ser vistas como a muralha contra o apocalipse.

Meus Amigos não tenhamos medo das palavras: há, sempre houve, na nossa Humanidade duas visões antagonistas, e irreconciliáveis, do que devem e deveriam ser as relações e as prioridades entre as três componentes essenciais da sociedade humana que são: o Estado e as suas instituições (de "preferência" democraticamente eleitas), o Mercado com as suas actividades económicas e financeiras (de "preferência" económicas e com alguma ética e espírito cidadão), e a Sociedade Civil e as suas ONG'S (de "preferência" activas, interpelativas, alertas e exigentes). O que está em causa é o que deve ser posto no vértice cimeiro desse triunvirato, dessa pirâmide, como testemunho da centralidade, da prioridade, das preocupações e como prova do objectivo último da sociedade humana.

A primeira visão, a visão Mercantilista, força motriz que conduz as forças actualmente dominantes, aparentemente, do nosso planeta com os nefastos resultados já mais do que evidentes, coloca indiscutivelmente, como prioridade absoluta e única, o objectivo financeiro e especulativo puro, como o fim em si. Esta visão é dogmática, não aceita ser questionada, porque cega

e guiada por empresas sem rosto e pelo vírus da ganância (dixit Sr. Allen Greenspan – Presidente da Reserva Federal Norte Americana, que utilizou essa expressão por ocasião das falências fraudulentas da ENRON e da WORLD.COM) vivendo obcecada pelo lucro fácil sejam quais forem as consequências humanas, estando disponível para todas as guerras ilegais e negociatas ilícitas.

O horizonte desta visão é extremamente desumano e o seu vocabulário é limitado: mercado livre, competição, sindicatos sim mas desde que domesticados, produtividade e o “combate” ao terrorismo internacional... Esta visão, que elegeu o Mercado como novo bezerro de ouro, recusa-se a ver o sofrimento que provoca no fundo do olhar, dos vivos e dos mortos, de milhões de seres humanos vistos como meros produtos descartáveis porque inúteis. Para esta visão os pobres, os desempregados e os fracos são vistos como meros incompetentes, culpados da sua triste sorte, não merecendo ser defendidos nem ter voz. Essa visão maniqueísta, insensível, intolerante, indiferente e primária, que só aceita a lei pura e dura da selva e do far-west, é defendida por instituições tais como o American Institut for Enterprises (que tem ramificações subsidiadas noutros países) esteio de toda a equipa dos neoconservadores que controlam os destinos da administração do Sr. Bush. Esta visão tem os seus agentes “os assassinos económicos a soldo” espertos e activos, que procuram subjugação de toda a sociedade humana.

Esta visão é propalada por “analistas” políticos, jornalistas, professores e outros “comentadores” alguns aparentemente insuspeitos, que estão ao seu serviço por convicção ideológica ou porque são pagos tendo prestado vassalagem ao poder aparentemente mais forte do momento, como muitos oportunistas invertebrados sempre fizeram ao longo da história humana. Para os promotores desta visão, o Estado e os Cidadãos são olhados como simples sustentáculos ao serviço do seu único objectivo: a maior acumulação de riqueza para alguns eleitos mesmo se para atingirem tal fim for necessário o desencadeamento de guerras injustificadas que matarão milhares de seres humanos. Para essa categoria de entidades os fins justificam os meios e a falta de escrúpulos e sensibilidade humana é gritante.

Não querem ver o desastre social que se avizinha e não aceitam, nem por humanismo nem por inteligência, corrigir o tiro antes que seja tarde demais.

A segunda visão, que fiz minha, corporizada pelas ONG'S, expressão da Sociedade Civil Mundial organizada, quer colocar o Ser Humano no cerne de todas as questões, como objectivo cimeiro de todas as questões, como objectivo cimeiro e último da sociedade humana. Por isso pugna por Valores e por uma Cidadania Global. É essa visão que lançou o Fórum Social Mundial de Porto Alegre como contraponto de reflexão e vontades ao Fórum Económico Mundial de Davos suporte, como outras estruturas tais

como o FMI, o Banco Mundial, a Organização Mundial do Comércio, o Clube de Roma... há mais de trinta anos da outra visão, quanto a mim nefasta e maligna.

Esta visão, a Humanista, tendo como denominador comum a preocupação pelo Ser Humano quer:

- Que a Força do Direito Internacional e Humanitário se sobreponha ao Direito da Força;
- Que as Nações Unidas, e todas as suas decisões, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos sejam respeitadas;
- Que o Tribunal Penal Internacional, o Protocolo de Quioto, as Convenções sobre a Mulher, a Protecção das Crianças do Milénio, ... sejam efectivamente implementadas;
- Que seja posto fim à militarização desenfreada do planeta;
- Que se reforcem as medidas para o combate contra a fome, tráfico de seres humanos (mulheres e crianças) ou dos seus órgãos;
- Que as políticas tenham como objectivo o desenvolvimento sustentável que viabilize a humanidade de amanhã;
- Que se lute com determinação contra a indiferença, o egoísmo, a intolerância, o racismo, a xenofobia...
- Um mundo de inclusão e de pontes entre as raças e as culturas e não de exclusão. Parafraseando o imenso Victor Hugo quer dar voz aos esquecidos e silenciados;
- Que se permita o acesso aos medicamentos a todos;
- Que haja progresso, e não retrocesso como hoje se observa, para todos nós e sobretudo para os mais frágeis;
- Que se ponha a tónica na Solidariedade, nos Valores e na Ética nas relações entre as pessoas e as nações.

Em suma esta visão quer um Mundo mais humano: sonha e luta por "Um outro Mundo possível" pois firme e definitivamente acredita que é a única evolução satisfatória e desejável para a espécie humana e o nosso planeta num universo harmonioso e *ipso facto* Democrático e em Paz. Nesse outro Mundo possível, que é necessário e está ao nosso alcance, o bem-estar de todos os seres humanos é o fim a atingir. Para que tal seja alcançável o Estado e o Mercado têm que se pôr ao serviço do Cidadão que deve ser colocado no vértice de todas as preocupações.

Em suma é isto e apenas isto a Solidariedade Sem Fronteiras sonhada e que, a nível global, as ONG'S tentam implementar. Acredito que uma nova página da História da Humanidade começou a ser escrita. Inabalavelmente.

TÉRMINUS

D. XIMENES BELO

Fui convidado para estar no encerramento deste Encontro de 3 dias. Com muito prazer aqui estou e peço a Deus que abençoe os resultados deste Encontro.

Permitam-me que partilhe convosco um bocadinho da minha experiência na resolução das crises que as pessoas sofrem depois das catástrofes, quer originadas por situações de guerra quer por situações de desastres naturais.

Naturalmente, vivendo em Timor Leste com os meus irmãos timorenses durante os 19 anos em que estive à frente da Diocese de Dili como responsável religioso, o meu interesse não era outro senão salvar a Dignidade do povo timorense.

Neste ano de 2006 saiu um livro do Professor Doutor José Matoso (que todos conhecem) – “A **DIGNIDADE** – Konis **Santana** e a Resistência Timorense”. Mas, já nos anos 80, quando ainda exercia o cargo de Administrador Apostólico de Dili e era Governador de Timor, então 27ª província da Indonésia, o Sr. Eng. Mário Carrascalão, que agora é Presidente do Partido Social Democrata Timorense, dizia-me: “Sr. Bispo, o seu interesse e o meu, como Governador da República da Indonésia, é procurar dar a dignidade aos timorenses. Vivemos numa situação difícil, fomos integrados contra a nossa vontade, mas, nesta situação, vamos procurar que os timorenses mostrem e vivam a sua dignidade, não como povo maubere mas como timorenses” (maubere tem, para os revolucionários da FRETILIM, um significado diferente daquele que nós costumamos atribuir). E, então, a partir desses encontros, procurei nas minhas actividades, nas minhas actuações, nas minhas intervenções, que tudo se pautasse pela Dignidade dos timorenses, do povo oprimido: crianças, jovens, órfãos, viúvas, desterrados, torturados – que todos tivessem Dignidade.

Aquela carta que escrevi em 6 de Fevereiro de 1989 ao Secretário-Geral das Nações Unidas, Perez de Cuellar, pedindo o referendo (já naquele distante ano de 1989) foi, precisamente, apelando para a Dignidade.

Nesta defesa da Dignidade do timorense, uma das dificuldades maiores que tive foi, sobretudo, o confronto com os jovens. Sabendo que os jovens eram o futuro da Igreja e do Mundo, e o futuro desta Nação que se chama Timor Leste, pedi-lhes que nas manifestações, nas demonstrações, nas intervenções, tivessem a cabeça sobre os ombros e que raciocinassem, que fizessem as coisas com cabeça, tronco e membros, quero dizer, que não se expusessem às balas, às prisões, às torturas de qualquer maneira. Falava-lhes no diálogo com os governantes daquela altura, falava-lhes no respeito dos direitos humanos, da dignidade humana, do respeito pelas autoridades. Eles então confrontavam-me. Diziam: “Bispo, como é que tu dizes que devemos respeitar os nossos inimigos, respeitar os soldados e os generais indonésios que mataram o meu pai e violaram a minha irmã, que roubaram as minhas coisas, como perdoar, como esquecer?” Como homem religioso e crente e como cristão respondia-lhes: “Vós costumais dizer que Timor é católico, somos católicos na maioria, então vamos pôr em prática o Evangelho, perdoar 70X7, o que significa perdoar sempre”.

Por isso, e nestas intervenções, eu tenho a convicção de que se nós queremos salvar o povo e a sua Dignidade no meio das crises, das perseguições, das torturas, das violações, em primeiro lugar nós temos de ter a convicção, de ter consciência de que devemos dar-nos totalmente aos outros, correndo riscos.

Houve três tentativas de assassinato por parte dos soldados indonésios. Mas, vivendo na convicção de que estamos para servir os outros, para salvar a dignidade do povo timorense estamos dispostos a correr estes riscos de assassinato. Por vezes dizia comigo mesmo: “O homem morre somente uma vez e, por isso, se vem uma bala, pronto! morreu! mas, pelo menos, levantamos a voz, falamos e defendemos a dignidade humana”.

Quando em 6 de Setembro de 1999 incendiaram o Paço Episcopal (chamava-se Paço, mas era uma casa muito pobre, mais pobre que muitos Paços dos Bispos de Portugal), quando as chamas subiam aos céus, uma das raparigas que trabalhava na minha casa dizia: “Sr. Bispo, a nossa casa está a arder”. Dei-lhe uma bofetada e disse: “Cala-te, agora é preciso salvar a vida, não vamos salvar o que está lá dentro, deixa lá a loiça, deixa lá os livros, os documentos, vamos primeiro salvar as pessoas, os refugiados” (na altura, eram cerca de 5 000 pessoas).

Por isso, digo-vos a vós que trabalhais para salvar ou ajudar as pessoas que passam pelas catástrofes e crises: em primeiro lugar devemos ter Confiança em nós mesmos para ajudarmos os outros, Confiança nas organizações

internacionais que, naturalmente, terão boa vontade para nos ajudar e, como crente que sou, Confiança em Deus.

Dizia-me um sacerdote: “Como é que ainda consegues viver, depois de 19 anos no meio de todo este barulho?” No fim do dia, depois de ouvir tantas pessoas que me vinham contar a sua vida lamentando-se de tudo e de todos, eu dizia-me: “Só a ti é que ninguém vem consolar, tens de superar-te a ti próprio para consolar os outros”. Mas, depois, dava a volta à minha casa – o Paço Episcopal – rezando o meu terço e falando com Nossa Senhora para que me desse força para ajudar os outros a saírem da sua própria crise psicológica, moral, religiosa ou humana.

Termino lembrando que, naturalmente, neste Encontro passaram muitos técnicos de Psiquiatria, de Psicologia, que confiam nas possibilidades científicas e técnicas. Nós que somos crentes – e eu respeito os nossos irmãos presentes que não são crentes – acreditamos que uma lembrança religiosa também pode fazer sair da crise...

Então, termino, exprimindo os meus parabéns a todos por estes três dias de Encontro. Esperemos que com este Encontro possamos continuar a trabalhar pela Dignidade de todos os portugueses e de toda a comunidade internacional.

Muito Obrigado!

COMISSÃO EXECUTIVA DO ENCONTRO

Presidente: *COR Médico Carlos Armas Gonçalves*

Comissão Organizadora: *TCOR Médico José Andrade e Dr.^a Lutsa Sales*

Comissão Científica do Encontro: *Dr.^a Lutsa Sales e da Responsabilidade do Serviço de Psiquiatria*

Sub-comissão Financeira: *TEM ADMIL Luís Correia*

Sub-comissão de Marketing: *CAP FARM Rui Monteiro e CAP FARM Paulo Santos*

Sub-comissão de Secretariado: *CAP TEDT Edgar Nunes, Dr. Fernando Guardado Pereira, Assist Adm Henrique Brado, TIG Maria Prazeres, TIA Cristina Neves, e TDT Fernanda José*

Sub-comissão de Logística: *CAP TEDT Rui Magalhães, CAP TEDT Vítor Marcos e Dr.^a Zaida Ferreira*

Sub-comissão de Apoio: *CAP TPSEC Jorge Carvalho e Dr.^a Aida Dias*

Sub-comissão de Protocolo: *TCOR Médico José de Andrade, MAJ FARM Mário Roque, Dr.^a Lutsa Sales e Dr. Pinho Marques*

Adjunto do TCor Médico José Andrade: *SMOR MED António Carvalho*

***Encontro de Psiquiatria de Catástrofe
Intervenção na Crise***

Hospital Militar Regional N.º 2 – Coimbra

21, 22 e 23 de Setembro de 2006

Programa

Dia 21 de Setembro, Quinta-feira

09.00 **Sessão de Abertura**

10.00 ***Conferência Inaugural***
Prof. Doutor Adriano Moreira

11.00 **Ameaças de Catástrofe**
Terrorismo – *Juiz Conselheiro Santos Cabral*
A Gripe das Aves – *Dra. Graça Freitas* – DGS – Lisboa
Catástrofes Naturais – *Prof. Doutor Jorge Dinis* – Universidade de Coimbra
– Relator – *José Adriano Fernandes* – Porto
– Presidente da Mesa – *Major General Médico Mateus Cardoso*

14:00 **O Papel dos Media**
Debate com profissionais dos media – *Dr. João Figueira* – U. Coimbra, *Dr. Joaquim Reis*, RDP, – Coimbra, *Dr. Adelino Gomes* – Lisboa
– Moderador – *Dr.ª Alice Castro*
– Presidente da Mesa – *Major General Lopes Henriques*

15:45 **Catástrofes em Portugal**
Açores – *Dr. José Decq Mota* – Açores
Entre-os-Rios – *Dr. Paulo Teixeira* – Castelo de Paiva
Acidentes de Viação – *Major Lourenço da Silva* – BT, GNR
Incêndios – *Coronel Carlos Gonçalves* – Protecção Civil de Coimbra
– Relator – *Dr. Allen Gomes* – Coimbra
– Presidente da Mesa – *Contra-Almirante Médico Naval Valdemar Porto*

18.00 **Workshops**

Em opção:

Crianças Maltratadas – *Prof.ª Doutora Isabel Alberto* – Coimbra

ou

Da Crise Individual à Catástrofe Colectiva – *Prof. Doutor Jacques Houart* – Coimbra

Dia 22 de Setembro de 2006, Sexta-feira

08.30 **Workshops**

Em opção:

Gestão de Conflitos em Situações de Catástrofe – *Dr. José Adriano Fernandes* – Porto

ou

Experiência de um Militar num País em Crise – *Major General Martins Ferreira* – Comandante da Brigada de Intervenção

10.30 **Catástrofes Internacionais**

Madrid (11 de Março) – *Francisco Orengo-Garcia*

Israel – *Ilan Kutz*

Guerras – *Major General Pezarat Correia*

Refugiados – *Dr.ª Vanessa Neves* – Lisboa

– Relator – *Prof. Doutor Vaz Serra* – HUC

– Presidente da Mesa – *Major General Médico Nunes Marques*

14:00 **Filme “O Acompanhamento Psicológico das Forças da GNR no Iraque”**

Dr. Vítor Almeida – Hospital de Viseu

Intervenção Psiquiátrica na Crise

14.30 **Conferência**

Intervenção do Serviço de Saúde Militar nas operações de Resposta a Crises

Coronel Médico Abílio Gomes

15:30 **Antes da Crise**

Como sobreviveram emocionalmente os presos políticos em Portugal?

(**que factores de protecção?**) – *Dr. Louzã Henriques* – Coimbra

Metodologia da Preparação Psicológica dos Militares Portugueses em Missões Internacionais. *Major Pinto Silva* – CPAE (Centro de Psic. Aplicada do Exército)

Factores predictores de P.T.S.D. e critérios de selecção em profissões de actuação na crise. – Prof. Doutora Ângela Maia, U. Minho).

– Relator – Dra. Fernanda Mendes – Açores

– Presidente da Mesa – Major General Médico Ribeiro da Silva

17.00 Workshops

Em opção:

Ameaça Biológica – um desafio para a sociedade – TCOR Vet Penha Gonçalves, CAP VET Lopes João e TEM VET Júlio Carvalho do Laboratório de Defesa Biológica do Exército

ou

Grupos Terapêuticos em Mulheres Vítimas de Violência – Dr. Francisco Orengo-García – Madrid

Dia 23 de Setembro de 2006, Sábado

09.00 Durante a Crise

Modelo de Intervenção na Crise do Gabinete de Psicologia da Polícia de Segurança Pública – Fernando Passos – PSP

Como actuar no terreno (incidentes críticos) – Dr.ª Sara Rosado – INEM

Como actuar no terreno (grandes catástrofes) – Dr. José Adriano Fernandes – Porto

– Relator – Dr. Afonso de Albuquerque – Lisboa

– Presidente da Mesa – Major General Médico João Pedro Oliveira

10.45 No depois (Após o trauma)

Intervenções terapêuticas – uma abordagem – Dra. Luísa Sales – Coimbra

Trauma vicariante – um testemunho – Com. Manuel Velloso

Como sobrevive emocionalmente um técnico após intervenções na crise – Dr. Fernando Nobre – AMI

– Relator – Prof. Doutor Pio de Abreu – Coimbra

– Presidente da Mesa – Major General Médico Silveira Sérgio

12.30 Conferência Final

Professor Doutor Fernando Nobre

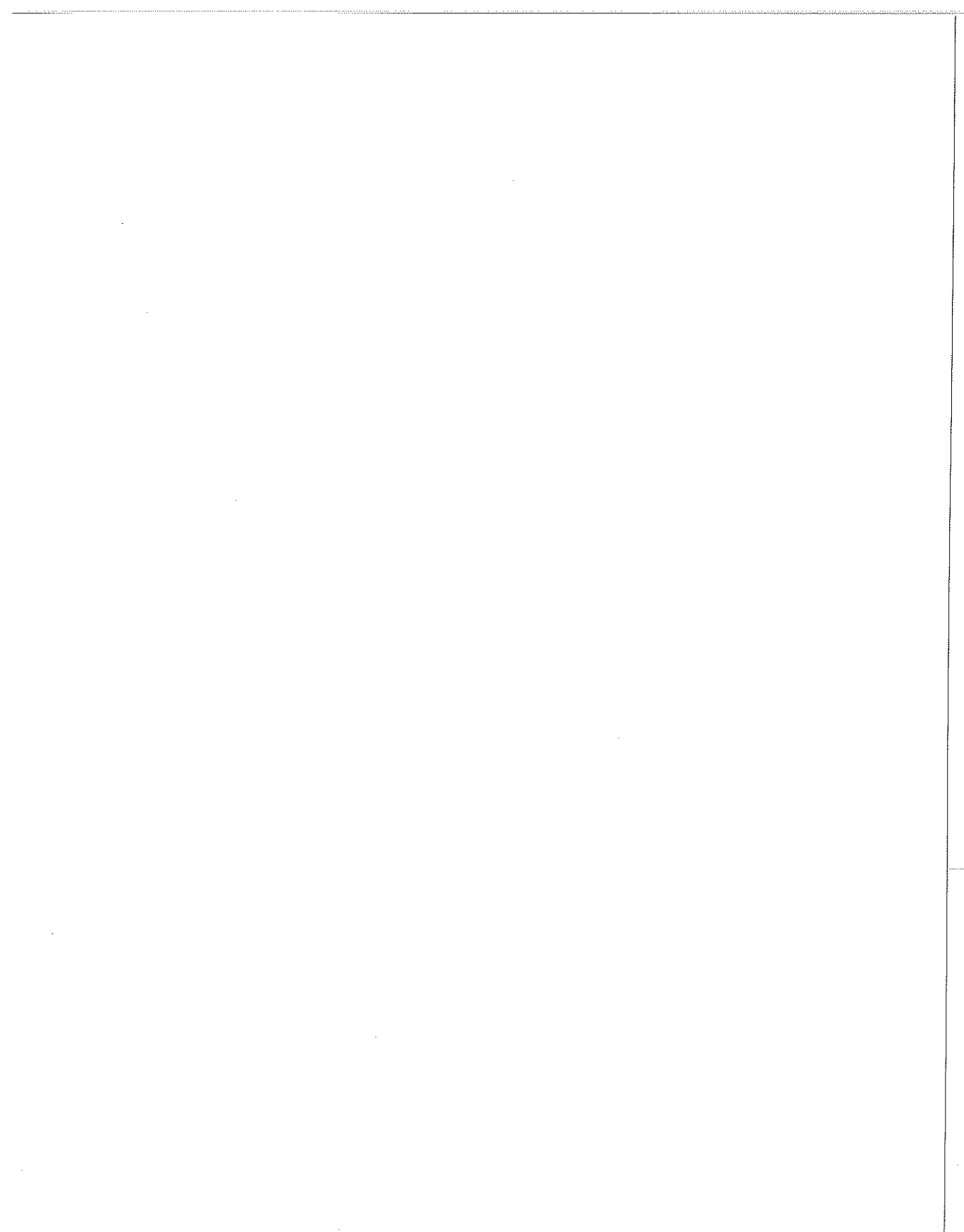
13.00 Sessão de encerramento

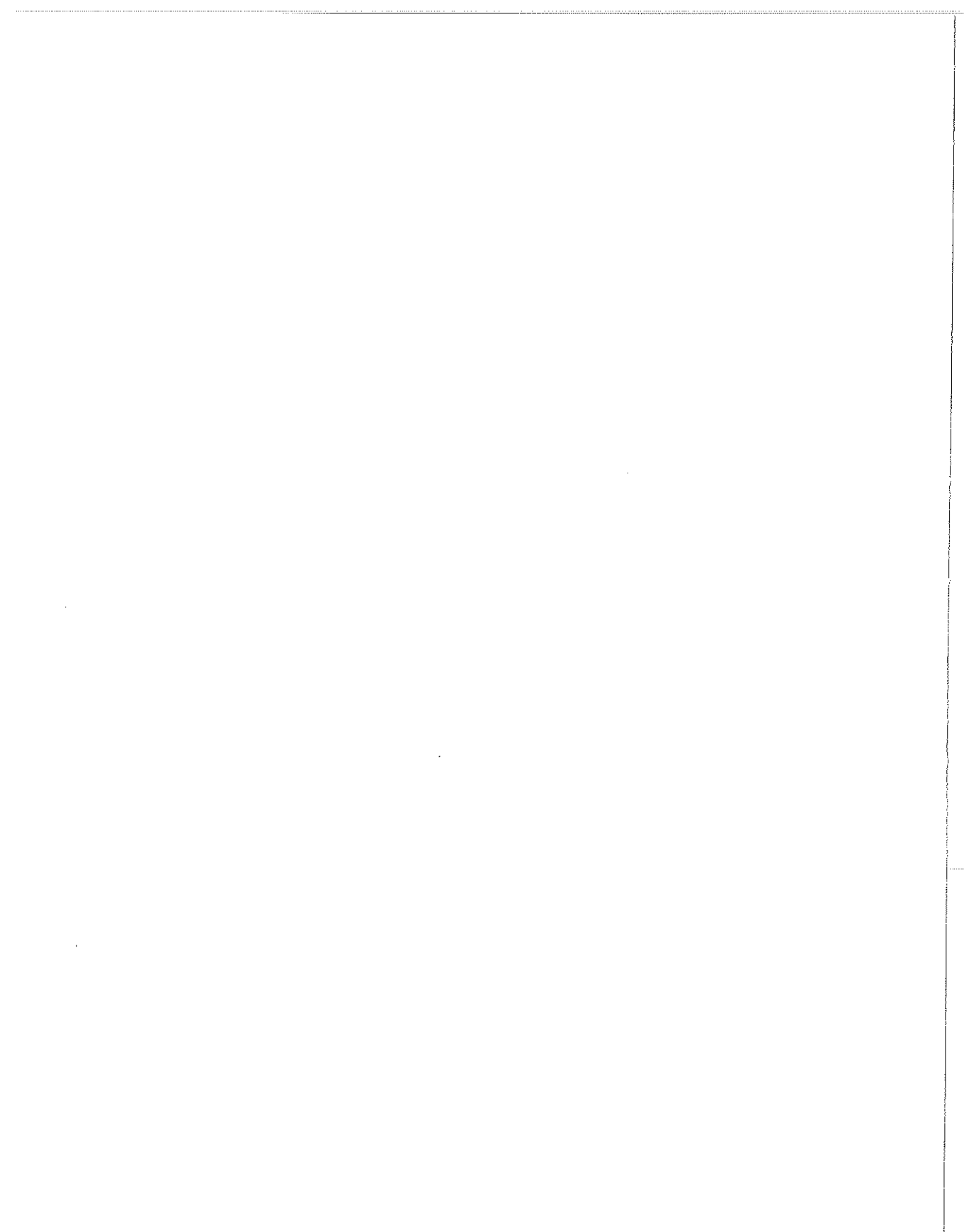
D. Ximenes Belo

14.00 Workshop Satélite

“Síndromes de Stress Agudo – Diagnóstico e Abordagens Terapêuticas” (Acute Stress Syndromes – Diagnosis and Intervention Approaches)

Professor Ilan Kutz





Abílio Gomes
Adelino Gomes
Adriano Moreira
Adriano Vaz Serra
Afonso Albuquerque
Alice Castro
Allen Gomes
Ângela Maia
António Lopes João
Armas Gonçalves
Bruno Brito
Carlos Gonçalves
Fernanda Mendes
Fernando Nobre
Fernando Passos
Francisco Orenge Garcia
Graça Freitas

Ilan Kutz
Isabel Alberto
Jacques Houart
João Figueira
João Pedro Oliveira
Joaquim Reis
Jorge Dimis
José Adriano Fernandes
José Decq Mota
Júlio Carvalho
Lopes Henriques
Lourenço da Silva
Louzã Henriques
Luís Gamito
Luísa Sales
Manuel Velloso
Martins Ferreira

Mateus Cardoso
Nunes Marques
Paulo Teixeira
Penha Gonçalves
Pezarat Correia
Pinto da Silva
Pio de Abreu
Ribeiro da Silva
Santos Cabral
Sara Rosado
Severiano Teixeira
Silveira Sérgio
Valdemar Porto
Vanessa Neves
Victor Almeida
Ximenes Belo

COM OS APOIOS:



Zoloft

ISBN-13: 978-972-40-3316-7



9 789724 033167

cap FBA