

GRAVIDADE DE DESASTRE E TRANSTORNO EMOCIONAL:  
RELEVÂNCIA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE MENTAL  
NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Bruno R. Lima  
María S. Pompei  
Hernan Chavez  
Nelson Samaniego  
Hernan Santacruz  
Julio Lozano  
Shaila Pai

Prêmio da Associação Brasileira de Psiquiatria, 1989.

- 1 Trabalho publicado na Revista Acta Psychiatrica Scandinavica 79:74-82, 1989.
- 2 Professor Adjunto. Departamentos de Psiquiatria e de Higiene Mental, Faculdades de Medicina e Saúde Pública, Universidade Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, Estados Unidos.
- 3 Professor Assistente, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade do Estado de São Paulo, Botucatu, São Paulo, Brasil.
- 4 Professor Assistente, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Central do Equador, Quito, Equador.
- 5 Professor Titular, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Central do Equador, Diretor da Divisão Nacional de Saúde Mental, Ministério de Saúde Pública, Equador.
- 6.7 Professor Assistente, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia.
- 8 Pesquisadora. Programa de Psiquiatria Comunitária, Hospital Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, Estados Unidos.

## RESUMO

Dois meses depois dos terremotos de 1987, no Equador, 150 pacientes em clínicas de atenção primária da área da catástrofe tiveram seu estado emocional avaliado: 40% apresentaram transtorno emocional. Fatores de risco incluíram não ser casado, relatar mau estado de saúde física ou mental, e apresentar queixas físicas inespecíficas. Os resultados desta pesquisa são discutidos em relação a um desastre de maior magnitude, cujas vítimas foram estudadas pelos autores utilizando a mesma metodologia e os mesmos instrumentos. A comparação das vítimas destes dois desastres revela que: 1) a prevalência de transtorno emocional foi menor entre as vítimas do Equador, mas a frequência de sintomas entre os indivíduos emocionalmente transtornados é semelhante em ambos os grupos; 2) os perfis sintomáticos entre as vítimas emocionalmente transtornadas foram extraordinariamente semelhantes, e 3) os sintomas mais frequentes e os preditores mais fortes de transtorno emocional foram muito semelhantes. Estes achados dão apoio ao desenvolvimento de um treinamento de trabalhadores de saúde em problemas emocionais específicos que estão regularmente presentes entre vítimas de desastres diferentes.

## PALAVRAS-CHAVE:

Cuidado primário de saúde; saúde mental; desastre, Equador.

ABSTRACT

Two months following the 1987 earthquakes in Ecuador, 150 patients in the primary health care clinics of the area were screened for emotional problems; 40% of them were emotionally distressed. Risk factors included not being married, reporting poor physical or emotional health, and having ill-defined physical complaints. The findings from this research are discussed in relation to a disaster of much greater intensity, whose victims were studied by the authors, utilizing the same instrument and research design. The comparison between these 2 groups of disaster victims revealed that: 1) the prevalence of emotional distress was smaller among the Ecuador victims, but the frequency of symptoms among the distressed was similar for both groups; 2) the symptom profiles were remarkably similar; and 3) the most frequent symptoms and the strongest predictors of emotional distress were very similar. These findings support a focused training of health care workers on selected emotional problems that are regularly present among victims of different disasters.

KEY WORDS:

Primary health care; mental health; disaster; Ecuador.

## I - INTRODUÇÃO

As consequências emocionais dos desastres têm sido amplamente reconhecidas (1,3) e diversas intervenções têm sido propostas para manejá-las. Estas intervenções, porém, focalizaram o período pós-impacto imediato (4,5) e apoiaram-se basicamente na prestação de serviços de saúde mental através do setor especializado (6), sem a participação efetiva dos sistemas rotineiros de assistência (7). Esta abordagem parece ser inadequada para atender as necessidades de saúde mental das vítimas de desastres por diversos motivos:

1. As vítimas de desastres vêem-se a si próprias como indivíduos normais que estão tentando adaptar-se a uma situação extrema (8). Como tal, elas podem ver o trabalhador especializado em saúde mental como oferecendo um serviço de que elas não necessitam. As vítimas de desastres podem ter uma maior propensão a solicitar ajuda para seus problemas emocionais de grupos de apoio manuais, líderes comunitários, ou trabalhadores de saúde geral, como a auxiliar de enfermagem ou o médico de cuidados primários.

2. A população dos "strata" sócio-econômico mais baixos, tanto nos países em desenvolvimento como desenvolvidos, apresenta o mais alto risco de tornar-se vítimas de catástrofes naturais ou tecnológicas (9). E estes indivíduos sócio-economicamente deprivados encontram uma dificuldade muito maior em obter acesso ao setor especializado em saúde mental (10).
3. Desastres são mais frequentes e causam perdas humanas muito maiores nos países em desenvolvimento (11), cujos recursos especializados em saúde mental são inadequados para satisfazer a demanda rotineira (12).
4. Vítimas de desastre tendem a apresentar problemas emocionais por um período de tempo considerável (13), exigindo atenção a longo prazo com apoio comunitário ativo. Para o manejo adequado destes problemas, os trabalhadores de atenção primária estão em íntimo contato com a comunidade, podem acompanhar as vítimas e suas famílias longitudinalmente, e encontram-se numa posição melhor que o trabalhador especializado em saúde mental para oferecer os serviços necessários (14).

Quando todos estes fatores são considerados, parece que para o controle efetivo das consequências emocionais dos desastres a médio e longo prazo, torna-se

necessária a capacitação do trabalhador de atenção primária (TAP) para desempenhar ações de saúde mental que sejam básicas e bem definidas.

Esta estratégia está de acordo com a abordagem da Organização Mundial da Saúde à prestação de serviços de saúde, a qual, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, estabeleceu a atenção primária como a estratégia mais eficaz para alcançar-se o objetivo de "saúde pra todos no ano 2000" (15), sendo a saúde mental um de seus componentes essenciais (16).

Sabe-se que em condições ordinárias os pacientes trazem a maior parte de seus problemas emocionais aos TAPS. O trabalho pioneiro em cuidados primários de saúde mental foi feito na Inglaterra por Shepherd (17), o qual demonstrou que 14% dos pacientes vistos por vários clínicos sofriam de problemas emocionais. Observações semelhantes foram feitas nos Estados Unidos, onde 60% dos indivíduos com problemas emocionais obtinham serviços de saúde através do setor de saúde geral/atenção primária (18), onde a metade das consultas ambulatoriais, que resultavam num diagnóstico psiquiátrico, eram feitas a um médico não-psiquiátrico (19), e onde 20% da população geral parece sofrer de um transtorno mental diagnosticável (20). Em países em desenvolvimento, uma situação semelhante é encontrada: pacientes

emocionalmente perturbados nas clínicas de atenção primária correspondem a 15% dos adultos (21) e de 12%-19% das crianças (22). Parece bem provável que este padrão de utilização de serviços não mude numa situação catastrófica. Além disso, vítimas de desastres, por serem usualmente indivíduos sócio-economicamente deprivados, incluem-se naqueles grupos para os quais a atenção primária é vista como sendo a única estratégia capaz de estender-lhes cuidados de saúde geral e de saúde mental, de uma maneira eficaz (23).

Parece ser lógico, por conseguinte, que o papel do TAP na prestação de serviços de saúde mental a vítimas de catástrofes seja explorado, desenvolvido e avaliado. Este trabalho estuda a frequência dos problemas emocionais em pacientes adultos que se apresentaram clínicas de atenção primária no Equador após um terremoto. Os resultados são comparados com nossa pesquisa anterior em Armero, Colombia. Uma tentativa também é feita para identificar semelhanças nas respostas emocionais das vítimas, as quais podem servir de base para a capacitação em desastres e saúde mental do TAP.

A pesquisa de Armero utilizou um instrumento de triagem para problemas emocionais, o Questionário de Auto-Avaliação (QAA). Os resultados indicaram que, entre os sobreviventes em acampamentos, e em pacientes das clínicas

de atenção primária da área de 7 a 12 meses depois da tragédia, a frequência de transtorno emocional era muito alta: 55% e 45% respectivamente (24,25). Estes dados enfatizam a magnitude dos transtornos emocionais entre as vítimas e a necessidade de se oferecer-lhes cuidados de saúde mental, não apenas no período pós-impacto imediato, mas durante um tempo mais prolongado. Em realidade, observações clínicas feitas dois anos depois do desastre parecem indicar uma persistência de problemas entre as últimas e as comunidades afetadas (26).

O desastre de Armero, porém, foi uma situação (27) na qual uma cidade inteira de 30.000 pessoas foi completamente destruída, com uma taxa de fatalidade de 80% e uma multiplicidade de problemas de saúde entre os sobreviventes (28). A aplicabilidade de nossos achados a desastres menos extremos - os quais na verdade são mais comuns - poderia ser questionada. Seria importante, por conseguinte, replicar nossa investigação original num desastre menos grave, utilizando o mesmo desenho de pesquisa e o mesmo instrumento de triagem, o que aumentaria a validade de nossos dados (29). A este estudo também acrescentam-se uma importante base de dados empíricos sobre os níveis de tipos de problemas emocionais que podem ser utilizados no desenvolvimento e implementação de

intervenções de saúde mental que sejam efetivas ao nível primário de atenção. A oportunidade para replicar-se este trabalho surgiu quando um terremoto afetou o estado de Imbabura, no norte do Equador, na noite de 5 de março de 1987.

## II - MATERIAL E MÉTODOS

Três meses após o terremoto, 150 pacientes, em 10 clínicas de atenção primária da área afetada foram estudados. Cada terceiro paciente que se registrava nas clínicas fez parte da amostra. Nenhum paciente recusou-se a participar da pesquisa.

Os pacientes foram triados com o Questionário de Auto-Avaliação (QAA). A triagem foi conduzida por estudantes de medicina que haviam sido previamente treinados pelos investigadores no uso deste instrumento. O QAA foi estensamente utilizado em situações clínicas rotineiras, em países em desenvolvimento, com validade adequada (21). Ele também foi utilizado com vítimas de desastres na Colômbia, e apresentou boa fidedignidade (30).

O QAA consiste de 20 perguntas para a identificação de sintomas neuróticos e de 4 perguntas para sintomas psicóticos. Dada a importância do abuso de álcool,

incluímos 4 perguntas sobre alcoolismo que foram estruturadas em consultoria com a equipe equatoriana do programa de Alcoolismo. Os indivíduos considerados emocionalmente perturbados - e, por conseguinte, um caso psiquiátrico possível - foram aqueles que obtiveram um resultado de 8 ou mais pontos na subescala neurótica, ou 1 ou mais pontos na subescala psicótica, ou nas perguntas sobre uso de álcool. Estes pontos de corte haviam sido adequados com as vítimas de Armero. Informação adicional foi obtida dos pacientes, incluindo dados sócio-demográficos, a experiência do desastre, a saúde física e emocional, eventos vitais desde o desastre e nível de apoio social.

A amostra foi dividida de acordo com os resultados da triagem entre casos prováveis (QAA positivos) e prováveis normais (QAA negativos). Nós estudamos a frequência de transtorno emocional, segundo a definição do QAA, o poder preditivo de cada sintoma individual do QAA, e a associação entre transtorno emocional e diversas variáveis relevantes. Estes dados são comparados com os resultados de nosso estudo anterior em Armero.

### III - RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as características sócio-demográficas de nossa amostra: três quartos eram mulheres; mais de 80% tinham menos de 44 anos de idade; dois terços eram casados ou viviam em união livre, e tinham até 6 anos de escolaridade. Todos os indivíduos eram de composição racial mista.

A prevalência de transtorno emocional, segundo a definição do QAA, foi de 40%. A média da subescala neurótica do QAA para aqueles com um resultado positivo ( $9.7 \pm 3.9$ ) foi 2.6 vezes a média para aqueles indivíduos com um resultado negativo ( $3.8 \pm 1.9$ ) ( $P = 0.0001$ ).

Os sintomas individuais do QAA foram estudados para avaliar sua capacidade de predizer transtorno emocional. A Tabela 2 mostra que todos os sintomas do QAA predisseram transtorno emocional com um nível alto de significância estatística. Os sintomas mais frequentes foram: assustar-se com facilidade (pergunta 4,  $n = 105$ ), sentir-se nervoso, tenso ou preocupado (pergunta 6,  $n = 101$ ) e sentir-se facilmente cansado e dormindo mal (perguntas 3 e 20,  $n = 65$ ). Estes sintomas, porém, foram preditores muito fracos de transtorno emocional. Apenas cerca de metade dos pacientes com esses sintomas foram identificados pelo

instrumento como estando emocionalmente transtornados. Os preditores mais fortes de transtorno emocional foram sintomas pouco frequentes: ter dificuldade em gostar das atividades diárias (pergunta 11, n = 28), sentir-se como uma pessoa inútil (pergunta 16, n = 21), e sentir-se incapaz de ter um papel útil na vida (pergunta 14, n = 22). No entanto, aproximadamente 8 de cada 10 pacientes com estes sintomas infrequentes foram identificados pelo instrumento como estando emocionalmente transtornados.

A Tabela 3 lista diversas variáveis associadas com transtorno emocional. Das variáveis sociodemográficas estudadas, apenas estado civil predisse transtorno emocional: pacientes solteiros, separados ou viúvos apresentavam uma maior proporção de transtorno emocional do que os casados. A autopercepção de um mau estado emocional ou físico também estava associada a transtorno emocional. Quando os sintomas físicos apresentados pelos pacientes foram estudados, somente as queixas inespecíficas estavam significativamente associadas com um resultado positivo no QAA. Estas condições incluíram dores mal definidas, fadiga e queixas gastrointestinais inespecíficas. Nenhuma associação foi observada entre resultados do QAA e idade, sexo, escolaridade ocupação, perda ou troca de emprego, motivo da consulta, diversos aspectos da vivência do desastre, lesões

físicas, eventos vitais ocorridos entre o desastre e a triagem, nível de apoio social, e ter planos para o futuro.

#### IV - DISCUSSÃO

Os resultados desta investigação indicam uma alta frequência de transtornos emocionais nos pacientes em clínicas de atenção primária da área afetada pelos terremotos do Equador. Esta prevalência foi quase três vezes maior que a frequência encontrada entre os pacientes de atenção primária em situações clínicas rotineiras, utilizando-se o mesmo instrumento de triagem (21). Em nossa investigação não incluímos um grupo controle. Toda a população de uma área muito extensa havia sido afetada pelo terremoto. Um grupo controle teria de ser recrutado de locais distantes, o que seria normalmente difícil e, numa situação pós-desastre, na verdade impossível. Não obstante, a grande diferença entre as taxas de prevalência pós-desastre e em situações clínicas rotineiras indica a natureza causal da associação entre o desastre e o nível de problemas emocionais identificados.

Certas variáveis estavam relacionadas com a presença de transtorno emocional entre as vítimas. Vítimas

que eram solteiras, separadas ou viúvas, tinham maior probabilidade de se encontrarem emocionalmente perturbadas. A auto-avaliação de uma saúde física boa estava fortemente associada com um estado emocional estável. É difícil, evidentemente, estabelecer-se a direção desta associação: problemas físicos podem levar a um transtorno emocional, ou um transtorno emocional pode ser vivenciado e traduzido em problemas físicos o resultado final. Porém, a presença de problemas físicos reais ou a percepção de uma má saúde física parecem estar associados a problemas emocionais. Isto foi especialmente observado quando os pacientes queixaram-se de sintomas físicos inespecíficos. Estes pacientes tinham uma probabilidade de apresentarem problemas emocionais significativamente maior do que aqueles pacientes com queixas relacionadas a doenças físicas bem definidas. Observações semelhantes têm sido feitas em diversas situações de rotina (31); nossos dados de Armero sobre as vítimas em acampamentos mostram a mesma relação (32).

Estes achados também são consistentes com os dados produzidos anteriormente por nossa pesquisa em Armero. Ao interpretar os dados do Equador, é importante notar as várias semelhanças com os pacientes triados nas clínicas de Armero. Comparados à amostra de Armero, os pacientes do

Equador incluíam uma proporção maior de mulheres; nenhuma outra variável sociodemográfica foi significativamente diferente.

Observou-se uma relação importante entre a prevalência de transtorno emocional entre as vítimas de Equador e de Armero. Em Armero, a prevalência mais alta (55%) foi encontrada entre as vítimas nos acampamentos, as quais foram mais direta e gravemente afetadas pelo desastre, ficando sem suas casas (24); uma taxa intermediária (45%) foi encontrada na amostra de pacientes em clínicas de atenção primária da área da catástrofe. A metade desta amostra era constituída de indivíduos provenientes de cidades vizinhas que não haviam sido diretamente afetados pela avalanche, mas cujas vidas havia sido marcadamente alterada pela tragédia e pela ameaça continuada de novas erupções (25). A taxa mais baixa (40%) foi encontrada no Equador, onde houve muito pouca fatalidade e as perdas materiais foram bastante menos graves. Estas taxas sugerem que a proporção de vítimas com transtornos emocionais está diretamente relacionada à magnitude do desastre. Os resultados médios da subestima neurótica, porém, mostram que a gravidade dos sintomas das três amostras com um resultado positivo no QAA foi muito semelhante: em Armero, para vítimas nos acampamentos, foi de  $9.8 \pm 4.4$ , e para os

pacientes nas clínicas foi de  $8.9 \pm 3.8$ ; no Equador foi de  $9.7 \pm 3.8$ . Para as vítimas com um resultado negativo no QAA, os valores médios para as subescalas neuróticas foram de  $3.4 \pm 2.1$ ,  $4.2 \pm 2.0$ , e  $3.8 \pm 1.9$ , respectivamente. Estes resultados indicam que uma vez que a vítima desenvolva uma perturbação emocional, o nível dos sintomas é semelhante independentemente da magnitude do desastre; mas aqueles que não desenvolvem estes problemas apresentam uma extraordinária ausência de sintomas. Estes achados sugerem um modelo dose-resposta para a prevalência de transtorno emocional, e um fenômeno de umbral para a gravidade dos sintomas: a proporção de vítimas emocionalmente perturbadas é tanto maior quanto maior é a magnitude do desastre, mas o número de sintomas entre estas e a relativa ausência de sintomas entre as vítimas que permanecem emocionalmente estáveis são semelhantes independentemente do desastre.

Quando a frequência dos sintomas e sua capacidade de prever transtorno emocional, segundo os critérios do QAA, são analisados entre as vítimas do Equador, uma relação intensa emerge: sintomas apresentados com frequência são fracos preditores, enquanto sintomas pouco comuns são fortes preditores. Um padrão semelhante foi observado entre as vítimas do desastre de Armero. Nas amostras de Equador e de Armero, os dois sintomas mais frequentes foram: sentir-se

nervoso, tenso ou preocupado, ou assustar-se com facilidade. Por ordem decrescente, "cansar-se com facilidade" foi o terceiro sintoma no Equador e o quarto na Colômbia. Estes sintomas têm o mais baixo poder de predizer transtorno emocional. Quando os preditores mais fortes de transtorno emocional são examinados, observa-se que "sentir-se incapaz de ser útil na vida" e "sentir-se como uma pessoa que não vale nada", estão entre os três preditores mais fortes em ambos os países, embora suas frequências sejam as mais baixas.

É interessante observar que os sintomas mais frequentes de acordo com o QAA, entre as vítimas de Armero e Equador, referem-se basicamente à ansiedade, enquanto os preditores mais fortes se relacionam com depressão e disfunção social. O exame clínico de uma subamostra das vítimas de Armero nos acampamentos mostrou que os diagnósticos mais frequentes entre as vítimas com um resultado positivo no QAA foram o transtorno de stress pós-traumático e depressão maior (32), sugerindo que ansiedade e depressão são, na verdade, os sintomas mais frequentes e importantes entre as vítimas de diversos tipos de desastres.

Finalmente, os perfis sintomáticos da subescala neurótica destes três grupos investigados indicam uma

semelhança muito grande entre as vítimas com um resultado positivo no QAA (Fig. 1): as curvas mostram uma superposição para vítimas dos acampamentos de Armero, e para os pacientes em clínicas de atenção primária em Armero e no Equador. Estes dados enfatizam ainda mais a semelhança de resposta emocional em vítimas de desastres diferentes.

A utilização do TAP na prestação de serviços de saúde mental a vítimas beneficiar-se-á destes resultados, os quais representam uma orientação empírica para montar uma capacitação limitada em saúde mental. Estes resultados são um pouco surpreendentes e muito promissores. Desastres com impactos diferentes poderiam provocar pautas diferentes de resposta emocional. A consistência de sintomas em Armero e Equador parece indicar que os seres humanos sob stress intenso, quando um determinado umbral é alcançado, podem apresentar respostas emocionais semelhantes. Isto indica que em desastres de baixa magnitude podemos ter menos vítimas com transtorno emocional, mas estas estarão tão sintomáticas quanto as vítimas de uma grande catástrofe, e necessitarão o mesmo nível de atenção. O TAP precisa estar adequadamente preparado para identificar e manejar estes problemas emocionais.

A não-identificação de problemas emocionais pelo TAP, no entanto, tem sido amplamente documentada em vários

serviços de saúde, tanto nos países desenvolvidos (33,34) quanto nos em desenvolvimento (35). Observações semelhantes foram feitas por nós entre as vítimas em centros de atenção primária em Armero, onde o TAP não diagnosticou 75% daqueles pacientes que haviam sido identificados pelo QAA com estando emocionalmente perturbados (25). Embora a capacitação do TAP em ações básicas de saúde mental tenha sido implementada com êxito em várias situações rotineiras (36,37), conhecimentos novos sobre as necessidades emocionais de vítimas de desastres precisam ser adquiridos para o treinamento adequado do TAP. Dada à magnitude do problema, a escassez de recursos e a premência de tempo, a capacitação do TAP em saúde mental e desastres precisa ser cuidadosamente montado para atender as necessidades das vítimas. Este treinamento não pode ser muito estreito, pois o TAP poderia não ser capaz de detectar e manejar certos quadros clínicos que não são enfatizados em situações rotineiras, como síndrome do stress pós-traumático. Nem pode ser muito amplo, pois recursos escassos seriam desperdiçados no treinamento do TAP, no manejo de certas condições que provavelmente não seriam vistas em vítima de desastre, como estados psicóticos agudos. Estes achados sublinham também a necessidade de o TAP ser capaz de identificar e manejar uma morbidade emocional relativamente grande em vítimas de desastres,

independentemente da magnitude do desastre. A frequência de vítimas emocionalmente perturbadas poderá variar de acordo com o impacto da catástrofe, mas uma vez que a vítima desenvolva um transtorno emocional, os tipos e a gravidade dos sintomas são basicamente os mesmos.

Este programa de treinamento também deverá ressaltar aqueles fatores que provavelmente estarão associados a problemas emocionais importantes entre as vítimas de desastres, como certas características pessoais (ex. "não estar casado), quem de má saúde física ou de certos sintomas (ex. problemas inespecíficos), ou alguns sintomas emocionais (ex. ter dificuldades em usufruir as atividades do dia a dia).

#### V - CONCLUSÃO

Este estudo produziu importantes dados para compreender melhor a relação entre desastres e problemas emocionais. Ele mostrou que os terremotos no Equador produziram um nível alto de transtornos emocionais nos pacientes em clínicas de atenção primária. Ele também permitiu a identificação de sintomas e variáveis que parecem predir problemas emocionais.

Este artigo também se beneficia do fato de que a mesma estratégia de pesquisa e os mesmos instrumentos foram utilizados pelos autores em Armero e Equador, fato que permite a comparação destes bancos de dados. Os principais pontos desta comparação são: 1) a frequência de transtorno emocional entre vítimas de desastres é proporcional à magnitude do evento catastrófico; 2) o nível e a pauta de sintomas entre os indivíduos com transtorno emocional são semelhantes para vítimas de diferentes desastres; e 3) os preditivos mais fortes e os sintomas mais frequentes são essencialmente os mesmos para todos os grupos estudados.

Os resultados iniciais de Armero haviam orientado a produção de um manual que foi pilotado na capacitação em saúde mental de médicos generalistas e enfermeiras da área do desastre (38). Os achados deste estudo replicam muitas das observações originais feitas com as vítimas de Armero, enfatizam a semelhança dos problemas emocionais em vítimas de desastres de magnitudes diferentes, e apóiam nossos esforços de desenvolver e implementar um manual de saúde mental em situações de desastres para o TAP, com aplicabilidade na América Latina. Um estudo subsequente avaliará a eficácia de um programa de capacitação em melhorar a capacidade do TAP em detectar transtornos emocionais em vítimas de desastres. Pesquisas posteriores

são necessárias para avaliar as habilidades de manejo dos TAPs e sua capacidade de produzir alterações significativas na evolução clínica dos pacientes.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bromet E, Schulberg H, Dunn L., Reactions of psychiatric patients to the Three Mile Island nuclear accident. Arch Gen Psychiatry 1982;39:725-730.
2. Kinston W, Rosser R. Disaster: effects on mental and physical state. J. Psychosom Res 1975;18:437-456.
3. Raphael B. Psychiatric consulting in major disasters. Aust NZ J Psychiatry 1984;18:303-306.
4. Raphael B. When disaster strikes. New York: Basic Books, 1986.
5. Cohen RE, Ahearn Jr FL. Handbook for mental health care of disaster victims. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press, 1980.
6. Frederick C. Current thinking about crisis or psychological interventions in United States disasters. Mass Emergencies 1977;2:43-50.
7. Tuckman AJ. Disaster and mental health intervention. Community Ment Health J 1973;9:151-157.
8. Cohen RE. Reacciones individuales ante desastres naturales. Bol Sanit Panama 1985;98:171-180.
9. Seaman T. Epidemiology of natural disasters. New York: Karger, 1984.
10. Shapiro S, Skinner EZ, Kramer M, Steinwachs DM, Regier DA. Measuring needs for mentalhealth services in a general population. Med Care 1985;23:1033-1043.
11. United States Agency for International Development, Office of US foreign disaster Assistance. Disaster history. Significant data on major disasters worldwide, 1900-present. Washington, DC: USAID, 1986.
12. Baasher TA, Carstairs GM, Giel R, Hassler FR. Mental health services in developing countries. Geneva: World Health Organization, 1975.
13. Gleser G, Green B, Winget C. Prolonged psychosocial effects of disasters: a study of Buffalo Creek. New York: Academic Press, 1981.
14. Lima BR. Primary mental health care to disaster victims in developing countries. Disasters 1986;10:203-204.

15. World Health Organization. Primary health care. A joint report by the Director-General of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Children's Fund. Geneva: World Health Organization, 1978.
16. World Health Organization. Psychiatry and primary medical care. Report on a working group. Copenhagen: World Health Organization Regional office for Europe, 1973.
17. Shepherd M. Psychiatric illness in general practice. London: Oxford University Press, 1967.
18. Regier DA, Goldberg ID, Taube CA. The de facto US mental health services system. Arch Gen Psychiatry 1978;38:685-693.
19. Schurman RA, Kramer PD, Mitchell JB. The hidden mental health network. Treatment of mental illness by non-psychiatrist physicians. Arch Gen Psychiatry 1985;42:89-94.
20. Regier DA, Myers KD, Kramer M, et al. The NIMH epidemiologic catchment area program. Arch Gen Psychiatry 1984;41:934-941.
21. Harding TW, DeArango MV, Baltazar D, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency in four developing countries. Psychol Med 1980;10:231-241.
22. Giel R, DeArango MV, Climent CE, et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. Pediatrics 1981;68:677-683.
23. Pan American Health Organization. Plan of action for the implementation of regional strategies. Official Document No. 179. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1982.
24. Lima BR, Pai S, Santacruz H, Lozano J. Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country. Acta Psychiatr Scand 1987;76:561-567
25. Lima BR, Pompei MS, Santacruz T, Lozano J, Pai S. La deteccion de problemas emocionales por el trabajador de atencion primaria en situaciones de desastre. Experiencia en Armero, Colombia. Salud Mental (in press)
26. Lima BR, Lozano J, Santacruz H. Atencion en salud mental para victimas de desastres. Actividades desarrolladas en Armero, Colombia. Bol Sanit Panam 1988;104:593-598.

27. Sirgudsson H, Carey S. Volcanic disaster in Latin America and the 13th November 1985 eruption of nevado del Riuz Volcano in Colombia. *Disasters* 1986;10:205-217.
28. Gueri M. Perez LA. Medical aspects of the "El Ruiz" avalanche disaster, Colombia, *Disasters* 1986;10:150-157.
29. Lilienfeld AM. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1976.
30. Lima BR, Santacruz H, Lozano J, Luna J, Pai S. La atencion primaria en salud mental para victimas de desastres: Armero, Colombia. *Acta Psiquiatr Psicol am Lat* 1988;34:13-32.
31. Hankin JR, Steinwachs DM, Regier DA. use of general medical services by persons with mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:225-231.
32. Lima BR, Pai S, Santacruz H, Lozano J, Luna J. Primary mental health care in disasters: Armero, Colombia. The prevalence of psychiatric disorders among victims in tent campos. *Working Paper Series No. 62*. Boulder, CO: Institute of Behavioral Science, University of Colorado, 1988.
33. Brody DS. Physician recognition of behavioral, psychological, and social aspects of medical care. *Arch Intern Med* 1980;140:1286-1289.
34. Thompson TL, Stoudemire A, Mithcell WD, Grant RL. Underrecognition of patients' psychosocial distress in a university hospital medical clinic. *Am J Psychiatry* 1983;140:158-161.
35. World Health Organization. *Mental health care in developing countries: a critical appraisal of research findings*. Report of a WHO study group. WHO Tech Rep Ser 698:Geneva:WHO, 1984.
36. Ladrido-Ignacio L, Climent CE, DeArango MV, Baltazar J. Research screening instruments as tools in training health workers for mental health care. *Trop Geogr Med* 1983;35:1-7.
37. Srinivasa Murthy R, Wig NN. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care. IV. A training approach to enhancing the availability of mental health manpower in a developing country. *Am J Psychiatry* 1983;140:1486-1490.
38. Lima BR. *La atencion primaria en salud mental para victimas de desastres. Manual para la capacitacion del trabajador de atencion primaria*. Colombia: Ministerio

TABELA 1

Características sociodemográficas das vítimas do  
desastre do Equador (n = 150)

		n	%
Sexo	Masculino	28	19
	Feminino	122	81
Idade	18	9	6
	18-44	113	75
	45-64	14	9
	65	14	9
Estado civil	Solteiro	33	22
	Casado/união livre	102	68
	Separado	3	2
	Viúvo	11	7
Escolaridade (anos)	Nenhuma	12	8
	1-6	83	56
	12	42	29
	13	6	4

TABELA 2

Prevalência de transtorno emocional definido pelo Questionário de Auto-Avaliação (QAA) por sintomas neuróticos incluídos no QAA, entre as vítimas do desastre do Equador. (n = 150)

	SINTOMA PRESENTE?					
	SIM			NÃO		
	N	% c/transtorno emocional	N	% c/transtorno emocional	P	
1. Tem dores de cabeça com frequência?	54	69	96	24	0.0001	
2. Seu apetite está ruim?	51	61	98	27	0.0001	
3. Seu sono está ruim?	65	60	85	25	0.0001	
4. Assusta-se com facilidade?	105	41	44	25	0.02	
5. Suas mãos tremem?	59	56	91	30	0.002	
6. Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	101	53	48	15	0.0001	
7. Sua digestão está mal?	26	62	124	36	0.02	
8. Tem problemas em perdoar com clareza?	49	10	101	26	0.0001	
9. Sente-se infeliz?	37	70	112	30	0.0001	
10. Chora mais que o natural?	47	70	103	26	0.0001	
11. Tem dificuldade em aproveitar suas atividades diárias?	28	93	121	27	0.0001	
12. Tem dificuldade em tomar decisões?	46	65	104	29	0.0001	
13. Seu trabalho diário tem sido prejudicado?	25	68	124	34	0.002	
14. Sente-se incapaz de ter um papel útil na vida?	22	81	126	32	0.0001	
15. Perdeu o interesse pelas coisas?	25	84	125	31	0.0001	
16. Sente-se uma pessoa sem valor?	21	91	128	31	0.0001	
17. O pensamento de terminar sua vida tem-lhe ocorrido?	17	71	133	36	0.01	
18. Sente-se cansado todo o tempo?	35	66	113	32	0.001	
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	44	59	105	31	0.002	
20. Cansa-se com facilidade?	65	57	84	26	0.001	

TABELA 3

Variáveis selecionadas associadas a transtorno emocional segundo o Questionário de Auto-Avaliação entre as vítimas do desastre do Equador (n = 150) (em percentagem).

	QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO		
	Negativo (n=93)	Positivo (n=57)	P
<b>VARIÁVEIS PESSOAIS</b>			
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro	42	58	0.03
Casado/união livre	69	31	
Separado	33	67	
Viúvo	36	64	
<b>AUTOPERFECCÃO DA SAÚDE</b>			
<b>Estado físico</b>			
Excelente/Bom	76	24	0.001
Regular/Mau	46	54	
<b>Estado emocional</b>			
Excelente/Bom	71	29	0.03
Regular/Mau	47	53	
<b>BAIXAS INESPECÍFICAS</b>			
Sim	46	54	0.005
Não	69	31	

GRÁFICO 1

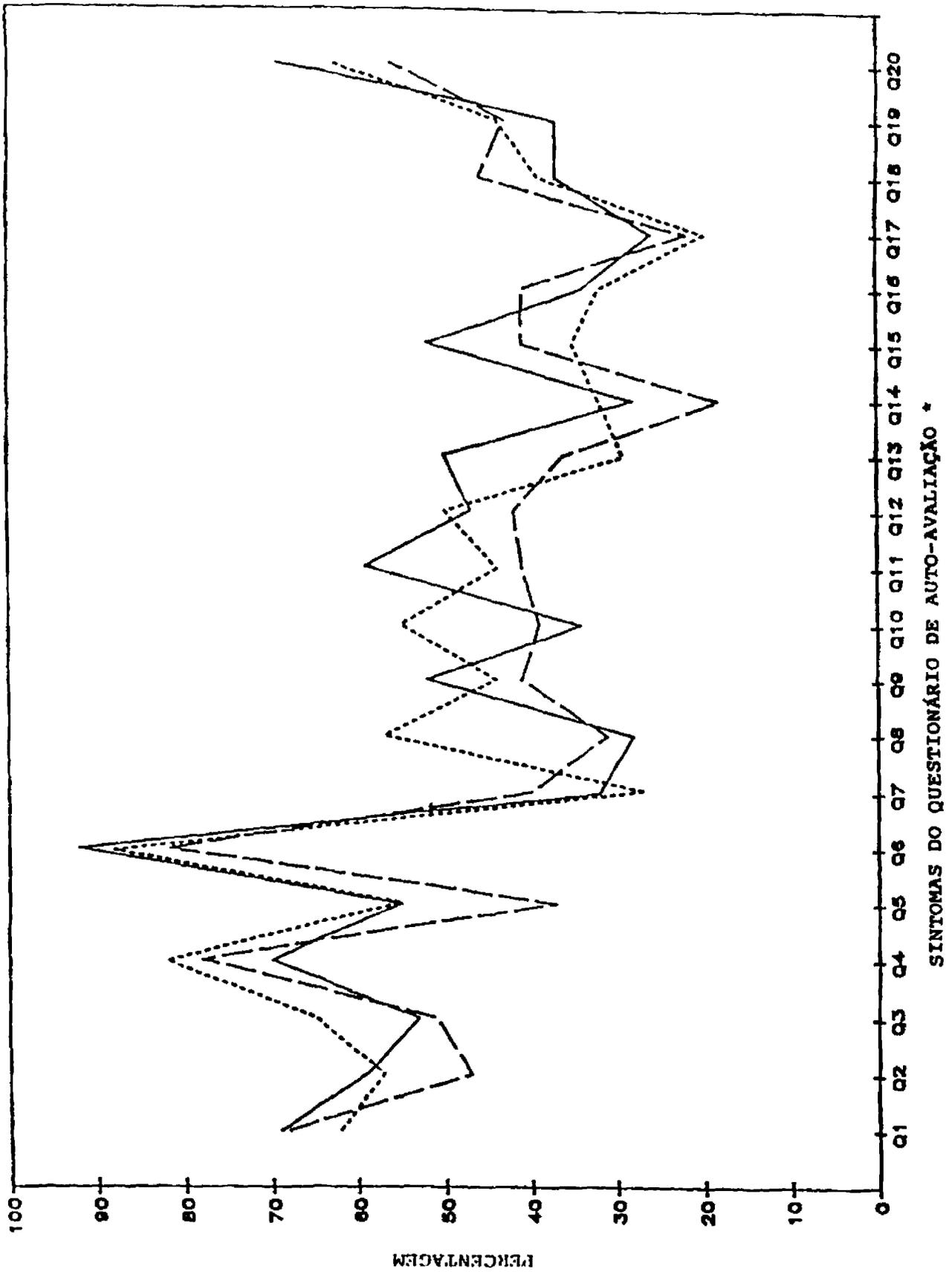


GRÁFICO 1

Perfil sintomático das vítimas com transtorno emocional segundo o Questionário de Auto-avaliação em acampamentos (n = 111) e Clínicas (n = 45) em Armero, e no Equador (n = 60).

————— Acampamento em Armero  
— — — — — Clínicas em Armero  
- - - - - Equador

\* Ver Tabela 2 para os sintomas individuais do Questionário de Auto-avaliação.