

"Documento original en mal estado"

Manual elaborado por:

Bruno R. Lima, MD., M.P.H.

Professor Assistente
Departamento de Psiquiatria
Escola de Medicina
e
Departamento de Higiene Mental
Escola de Higiene e Saúde Pública

Universidade Johns Hopkins
Baltimore
Estados Unidos

I. OBJETIVOS

A. Gerais:

- . Promover a participação ativa dos trabalhadores de atenção primária (TAP) em Saúde Mental.
- . Orientar e capacitar os TAP sobre as ações de Saúde Mental a realizarem com as vítimas de desastre, para a identificação e manejo de seus problemas emocionais.

B. Específicos:

- . Ao final da capacitação o TAP estará em condições de:
 - . Conhecer os mecanismos psicológicos básicos que aparecem com frequência em uma situação de desastre, relativos a resposta de stress, luto e adaptação posterior.
 - . Identificar os rasgos de caráter, estrutura familiar, apoio social e outros fatores que sirvam para promover e proteger a saúde mental das vítimas.
 - . Identificar os sintomas que com frequência sugerem a presença de problemas emocionais.
 - . Obter dados psicológicos simples, porém adequados, incluindo a história psicossocial e o exame do estado mental, das vítimas.
 - . Estabelecer um diagnóstico aproximado das síndromes psiquiátricas que aparecem com maior frequência nas vítimas.
 - . Identificar os critérios de encaminhamento ao médico generalista ou ao especialista em Saúde Mental dos transtornos psiquiátricos mais graves tais como: sintomas psicóticos, riscos de suicídio ou conduta violenta.
 - . Implementar intervenções preventivas e terapêuticas simples
- . Identificar os recursos comunitários e familiares que possam ajudar no bem estar do paciente.
- . Conhecer o sistema de ajuda em desastres para facilitar o acesso do paciente aos recursos e assim poder obter a informação e serviços necessários.
- . Utilizar a supervisão disponível e solicitar adequadamente a consultoria do médico generalista e/ou do setor especializado em saúde mental.

Este Manual foi elaborado para ser utilizado como material educativo para a capacitação do TAP e inclui as seguintes áreas:

- . os conceitos de saúde mental e atenção primária aplicadas a situações de desastre;
- . a importância dos transtornos psiquiátricos e psicossociais na atenção à saúde das vítimas de desastre;
- . as técnicas para a avaliação do estado emocional das vítimas e
- . a identificação e manejo dos problemas emocionais que aparecem com maior frequência nos indivíduos e comunidades em situação de desastre.

A Atenção Primária em Saúde Mental em Desastres

A atenção primária em saúde tem sido definida pela OMS como: a atenção sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundadas e socialmente aceitas, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. A atenção primária faz parte integrante tanto do Sistema Nacional de Saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato entre os indivíduos, a família e a comunidade com o Serviço Nacional de Saúde, levando a saúde ao lugar onde residem e trabalham as pessoas, e constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária."

O "Plano de Saúde para as Américas" inclui a saúde mental entre as atividades de proteção e promoção da saúde geral, através de sua incorporação aos serviços de saúde primária, que são considerados como atividade chave para o desenvolvimento e implementação do Plano.

Para que o TAP possa ter um papel efetivo na atenção em saúde mental das vítimas de desastres, é necessário que os papéis do médico generalista, enfermeira e do especialista

em saúde mental sejam bem definidos. O TAP deverá utilizar, em um primeiro nível, os serviços de consultoria e supervisão do médico generalista e da enfermeira reservando ao especialista em saúde mental os problemas mais complexos.

O médico generalista deverá atender aos problemas de saúde mental mais simples que o TAP maneja em suas atividades diárias. Dentro dos limites de seus conhecimentos e capacidades, tanto o médico quanto a enfermeira deverão oferecer ao TAP:

- . educação,
- . supervisão,
- . consultoria, e
- . apoio

O setor especializado em saúde mental será o responsável pelas atividades mais complexas que serão desenvolvidas com o médico generalista, enfermeiras e TAP. Quanto mais capaz for o médico generalista ou a enfermeira para desenvolverem atividades em saúde mental, menos o especialista deverá interagir diretamente como TAP, delegando àqueles muitas de suas responsabilidades.

As atividades que o especialista em saúde mental deverá desenvolver incluem:

- . capacitação do médico generalista, da enfermeira profissional e do TAP em ações básicas de saúde mental;
- . consultoria para transtornos psiquiátricos mais complexos;
- . supervisão programada e continuada para revisar problemas específicos;
- . apoio ao médico generalista, à enfermeira e ao TAP;
- . manejo dos casos mais complexos que sejam encaminhados, incluindo a prescrição de psicotrópicos.

III. Reações Emocionais da Vítimas de Desastres.

Os desastres se dividem em tres períodos de pré-impacto impacto e pós-impacto. Cada um deles se caracteriza, do ponto de vista psicológico, por reações específicas.

O período pré-impacto pode ser subdividido nos períodos de ameaça e alerta. Pouco se conhece das reações emocionais do pe-

modo de impacto. O período pré-impacto é aquele que precede as respostas emocionais imediatas (síndrome de desastre), e é subdividido em período heróico, de lua de mel, de desilusão e de reconstrução. Os esquemas abaixo resumem as reações emocionais de cada um destes períodos.

PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS DAS VÍTIMAS DE DESASTRE

PERÍODOS

PRÉ-IMPACTO
Ameaça Alerta
Negação Hipera_
tividade
Pânico

IMPACTO
Reações pouco conhecidas

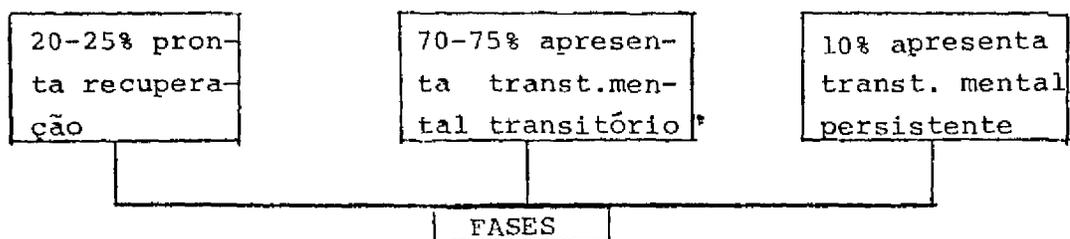
PÓS-IMPACTO
Avaliação de danos materiais e humanos

Medidas
Preparar a comunidade
Comunicação adequada
Identificar líderes

Medidas
Treinamento prévio

Síndrome de Desastre
Desorientação
Vagabundear
Apatia
Falta de vontade
Incredulidade
Medo
Angústia

PROBLEMAS EMOCIONAIS PÓS-IMPACTO



PERÍODO HERÓICO	LUA DE MEL.	DESILUSÃO "SEGUNDO DESASTRE"	RECONSTRUÇÃO
De 0-2 sema nas. Emoções fortes Heróismo Solidariedade	De 2-24 semanas. Grande solidari idade Afã cons trutivo	De 8 semanas a 1-2 anos. Caso falhe a aju da: raiva, desilu são, amargura , transtornos de ca rater, afetivida de e conduta caso o stress se pro - longue.	Dura muitos anos. Problemas emocionais mais graves e intensos.

IV. Avaliação do Estado Emocional das Vítimas de Desastres

O TAP deve ser capaz de obter informação sobre os problemas físicos, psicológicos e sociais que as vítimas apresentem. Suas ações devem ser desenvolvidas nos centros e postos de saúde, assim como na comunidade. Por tanto, é necessário que desenvolva técnicas simples de entrevistas, saiba obter dados básicos da história e faça um exame do estado mental. Por sua estreita relação com a saúde mental das vítimas, os outros sintomas físicos, assim como os de conduta ou sociais, também deverão ser identificados pelo TAP.

A. Entrevista

Durante a entrevista, ainda que breve, o TAP deve ouvir as queixas que o paciente traz para a consulta, que serão, com

frequência de natureza física. Entretanto, deve-se ter em conta que importantes fatores psicológicos estão frequentemente presentes. Por isso, o TAP deverá adotar uma atitude de interesse e calma, apoiar o paciente, manter um bom contato visual e fazer as perguntas necessárias com empatia e compreensão.

B. História

Os dados básicos da história psicossocial do paciente incluem as seguintes áreas:

1. Dados familiares e pessoais :
 - . história familiar incluindo antecedentes de enfermidade mental, suicídio, alcoolismo e epilepsia;
 - . problemas significativos de desenvolvimento na infância;
 - . escolaridade ;
 - . adolescência;
 - . empregos anteriores e atual;
 - . estado civil e número de filhos;
 - . religião;
 - . abuso de álcool e drogas;
 - . problemas médicos e cirúrgicos;
 - . condições de habitação;
 - . pessoas com quem vive.
2. Problemas emocionais antes do desastre:
 - . sintomas;
 - . tratamentos;
 - . hospitalizações;
 - . medicamentos.
3. Experiência do desastre:
 - . vivência do perigo;
 - . perdas: mortes de familiares e amigos; destruição da casa, perda de bens e emprego;
 - . lesões físicas;
 - . planos para o futuro.
4. Problemas emocionais frequentes:
 - . sono;
 - . apetite;

- . nível de energia;
- . abuso de álcool e drogas;
- . mudanças na vida sexual;
- . interesse e atividade;
- . problemas físicos;
- . Tratamentos recebidos.

5. Apoio social e comunitário:

- . familiares, amigos, vizinhos;
- . situação de vida;
- . situação financeira e ocupacional;
- . instituições de apoio: igreja, associações comunitarias

O processo de coleta dos dados da história não deverá seguir necessariamente a ordem apresentada; recomenda-se começar pelos problemas atuais, a experiência de desastre e o nível de apoio social e comunitário que serão, provavelmente, a maior preocupação do paciente.

Os dados familiares e pessoais, assim como a existência de problemas emocionais anteriores ao desastre, deverão ser coletados de uma forma sucinta na primeira entrevista com o objetivo de obter uma visão geral do paciente. Posteriormente, através de consultas futuras se poderá obter os demais dados de história clínica.

O TAP deverá recordar que determinadas características da história clínica dos indivíduos os tornam mais susceptíveis para desenvolver, posteriormente, problemas emocionais. Ao coletar a história do paciente, o TAP deverá identificar especificamente essas características que incluem pessoas que antes do desastre:

- . estavam vivendo uma situação de crise,
- . encontravam-se mentalmente enfermas, ou
- . tinham uma enfermidade física.

A respeito dos grupos de idade, sabe-se que as crianças, adolescentes e idosos encontram-se mais propícios a sofrerem dificuldades emocionais ou a apresentarem transtornos de conduta.

C. Exame do estado mental

No exame do estado mental do paciente busca-se identificar alterações psicológicas que indiquem a presença de problemas emocionais. Estas alterações podem se manifestar na con

duta do paciente, do seu estado de humor, em sua maneira de pensar, em sua capacidade de ver e ouvir o que se passa ao seu redor (sensopercepção) ou em suas funções cognoscitivas como a orientação, memória e concentração.

O TAP deverá avaliar os seguintes Síntomas básicos:

- conduta ----- adequada ou bizarra, hiperativa ou retardada.
- afeto ou humor----- deprimido, chora, pensa em tirar-se a vida, ansioso, tenso, preocupado, exaltado, eufórico.
- pensamento----- tem sentido o que diz?
expressa suas idéias de acordo com a realidade?
- sensopercepção----- ouve vozes que ninguém escuta ou vê coisas que ninguém vê?
- orientação----- sabe a data, onde se encontra ou quem é?
- memória----- é capaz de recordar as coisas que ocorreram no dia da consulta e coisas que ocorreram muitos dias antes?
- concentração----- é capaz de focalizar a atenção ou se distrai facilmente passando de um assunto ao outro?

Sabe-se que alguns sintomas básicos e bem definidos encontram-se frequentemente associados aos problemas de natureza emocional. Estes problemas se dividem em dois grupos: sintomas de angústia ou depressão (isto é, sintomas neuróticos) e sintomas psicóticos, que em geral, são os problemas mais graves. Estes sintomas tem sido agrupados no Questionário de Auto-Reportagem.

QUESTIONÁRIO DE AUTO-REPORTAGEM
SINTOMAS NEURÓTICOS
1. Tem dores de cabeça?
2. Tem falta de apetite?
3. Tem dificuldade para dormir?
4. Assusta-se com facilidade?
5. Tremem-lhe as mãos?
6. Sente-se angustiado ou preocupado?
7. Tem problemas de digestão?
8. Tem problemas de pensar com clareza?
9. Sente-se infeliz?
10. Chora mais que o normal?
11. É incapaz de ter prazer com suas atividades?
12. Tem dificuldades em tomar decisões?
13. Seu trabalho diário é um sofrimento?
14. Sente-se incapaz de ser útil na vida?
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?
16. Sente que voce não vale nada?
17. Pensa em suicidar-se?
18. Sente cansaço o tempo todo?
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?
20. Sente cansaço com facilidade?
SINTOMAS PSICÓTICOS
1. Pensa que alguém quer prejudicá-lo de alguma maneira?
2. Crê ser uma pessoa muito mais importante que os demais?
3. Pensa que alguém ou algo possa controlar, ler ou interferir em suas idéias?
4. Tem ouvido vozes estando só ou sem que outros as ouçam?

De uma maneira geral, sabe-se que caso se dê um ponto para cada sintoma, a probabilidade de que o paciente esteja sofrendo de um transtorno emocional é maior quando ele alcança:

- . 8 ou mais pontos nos vinte sintomas neuróticos, e/ou
- . 1 ou mais pontos nos sintomas psicóticos

Em uma situação de desastre, observou-se que para os pacientes que alcançam 12 ou mais pontos nos sintomas neuróticos, a grande maioria (mais de 90%) terá um diagnóstico psiquiátrico definido que exigirá encaminhamento ao médico generalista ou ao especialista em saúde mental. Observou-se também que quando certos sintomas neuróticos específicos estão presentes, nove entre cada dez vítimas estarão sofrendo de problemas emocionais, ainda que não necessariamente graves.

SINTOMAS "CHAVES" PARA DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO EMOCIONAL

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> . Sentir-se incapaz de ser útil na vida . Sentir cansaço todo o tempo . Dificuldade para pensar com clareza |
|---|

D. Outros Sintomas e Problemas

Para a avaliação do estado psicossocial do paciente, o TAP deverá investigar também os seguintes problemas que aparecem com frequência em situações de desastres:

- . epilepsia
- . abuso ou dependência do álcool
- . problemas no manejo de transtornos físicos crônicos
- . sintomas físicos inespecíficos
- . anticoncepção

COMO INVESTIGAR A PRESENÇA DE EPILEPSIA

<p>PERGUNTE: Tem tido convulsões, ataques ou quedas com agitar de braços e pernas, com mordedura da língua e perda de consciência sem recordar-se, em seguida do que passou?</p>
--

COMO INVESTIGAR ABUSO OU DEPENDÊNCIA AO ALCOOL

PERGUNTE: Alguma vez as pessoas próximas a você falaram que estava bebendo muito?

Alguma vez quiz deixar de beber e não conseguiu?

Tem tido dificuldades no trabalho ou estudo por causa da bebida?

Tem brigado ou transgredido a lei quando alcoolizado?

Você acha que bebe demasiadamente?

COMO INVESTIGAR A PRESENÇA DE ENFERMIDADES FÍSICAS CRÔNICAS

PERGUNTE: Você sofre de alguma enfermidade física há algum tempo que requeira controle e toma medicamentos de forma regular?

(Exemplos: hipertensão arterial, diabetes, artrite, cardiopatia)

PROBLEMAS FÍSICOS QUE TRADUZEM DISTÚRBO EMOCIONAL

- . Decadência física
- . Dores nas costas
- . Enjôo
- . Dor de cabeça
- . Dor abdominal

<p>COMO INVESTIGAR A UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS</p>

<p>PERGUNTE: Voce ou seu marido (ou mulher) recor- reram a alguma forma de controle para evitar a concepção antes deste desastre? (ex: abstinência, espumas, preservativo masc.)</p>
--

<p>ORIENTAÇÃO AO CASAL QUE UTILIZA MÉTODO CONTRACEPTIVO</p>

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> . Educação sobre o risco de suspender o anticon-
cepcional e suas consequências, caso não dese-
jem uma gravidez. . Orientar para que continue com o método ou
que o substitua por outro disponível. |
|---|

V. Identificação e Manejo dos Problemas Emocionais

Esta parte apresenta os elementos básicos do processo de ajuda psicológica para as vítimas de desastres, os tipos de problemas psicossociais e psiquiátricos que podem ocorrer, os critérios para sua detecção e as pautas para seu manejo pelos TAP.

A. O Processo de Ajuda

As vítimas de desastres são, em sua grande maioria pessoas emocionalmente sãs que tem sido submetidas a experiências estressantes e perdas que vão muito além das vivências comuns e frequentes que uma pessoa maneja no cotidiano. Muitas destas pessoas não desenvolvem problemas emocionais ou apenas apresentam sintomas leves e transitórios. Entretanto, caso se prolongue a recuperação do desastre e os problemas sociais- como emprego e moradia - não sejam atendidos oportunamente, a proporção das vítimas com transtornos emocionais ou de conduta, podem aumentar significativamente.

Os rótulos de saúde mental ou psiquiátricos devem ser evitados sempre que possível. Entretanto, aquelas vítimas que apresentem problemas mais sérios devem receber a avaliação e o tratamento que necessitem e o TAP deverá utilizar os recursos disponíveis para seu diagnóstico e manejo, incluindo o encaminhamento ao médico generalista ou especialista em saúde mental.

O TAP também deverá utilizar os recursos comunitários para desenvolver suas ações em saúde mental. Por exemplo, os líderes comunitários poderão ajudá-los a detectar os indivíduos que apresentem problemas emocionais ou de conduta. Seu papel deve ser ativo, trabalhando com os indivíduos, famílias e comunidade.

Além de identificar os indivíduos com problemas emocionais, o TAP deverá promover a saúde mental através de seu trabalho com a comunidade. Estas ações podem incluir o desenvolvimento de grupos comunitários e atividades recreativas.

O TAP deverá recordar também que as vítimas de desastres carecem de informação adequada sobre o que se passa. Dentro do possível, ele deverá tentar obter a informação que lhe é pedida e que será de grande importância para o bem estar emocional das vítimas.

Muitas das vítimas com problemas emocionais que o TAP poderá identificar apresentarão sintomas como resposta a situação de crise vivida com o desastre. Estes pacientes deverão ser tratados através da aplicação dos conhecimentos descritos da teoria da intervenção em crise, qual se baseia no princípio de que a maior parte das pessoas são capazes de cuidar da maioria dos problemas que apareçam em suas vidas. Entretanto, quando a situação de emergência é nova ou o stress excessivo, é possível que não existam mecanismos de adaptação e manejo adequado, e a vítima pode tornar-se e permanecer muito perturbada. As etapas básicas para a intervenção na crise incluem:

- . o estabelecimento da relação de ajuda,
- . a identificação, definição e focalização do problema,
- . a avaliação dos recursos disponíveis a nível individual, familiar e comunitário, e
- . o desenvolvimento e implementação do plano de intervenção

B. Tipos de Problemas Encontrados

O TAP poderá identificar e manejar os diversos problemas emocionais das vítimas conforme o grau de sua capacidade e da natureza mesma do problema. Assim o TAP será capaz de:

- . identificar, e manejar ou encaminhar as vítimas com sintomas ou condutas anormais;
- . identificar e manejar ou encaminhar as vítimas com problemas psicológicos que viveram uma situação de desastre, ou;
- . diagnosticar e manejar ou encaminhar as vítimas com transtornos psiquiátricos encontrados com maior frequência;
- . diagnosticar e manejar ou encaminhar as crianças e adolescentes com transtornos emocionais e/ou de conduta.

1. Sintomas e Condutas Anormais

As vítimas de desastre podem desenvolver sintomas ou condutas anormais em resposta ao stress vivido no desastre ou aos problemas enfrentados no período pós-desastre. Estes sintomas podem ser leves, transitórios e sem maior significado clínico ou podem indicar uma patologia psiquiátrica mais grave e crônica.

O TAP poderá executar duas ações:

- . detectar o sintoma ou conduta anormal, e;
- . decidir se pode manejá-lo ou se deve encaminhar o paciente ao médico generalista ou ao setor especializado em saúde mental.

Nesta parte estão resumidos os principais sintomas emocionais que o TAP poderá encontrar em seu trabalho com as vítimas de desastres, estabelecendo-se alguns critérios gerais para seu encaminhamento.

SINTOMAS E CONDUTAS ANORMAIS

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a. Transtornos do nível de consciência b. Atitude discordante frente a situação c. Transtornos emocionais d. Transtorno na conduta e. Sintomas físicos que traduzem conflitos emocionais |
|--|

a. Transtornos do nível de consciência:

O TAP poderá manejar a situação se o paciente:

- . estiver consciente de quem é, onde está e do que aconteceu;
- . estiver ligeiramente confuso ou "perdido", se tiver dificuldade para pensar claramente ou concentrar-se.

TRANSTORNOS DE CONSCIÊNCIA QUE DEVEM SER ENCAMINHADOS AO MÉDICO

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> . Não consegue dizer seu nome ou o das pessoas com que convive; . Não sabe onde está, quem é e nem a data; . Não recorda o que se passou no dia anterior; . Apresenta falhas importantes de memória. |
|---|

b. Atitude discordante frente a situação:

O TAP poderá manejar a situação se o paciente:

- . Apresentar tristeza, desespero, complexos proporcionais à situação;
- . Duvidar sobre sua capacidade de recuperar-se;
- . Apresentar-se excessivamente preocupado com pequenas coisas e desinteressado em relação às importantes;
- . Negar seus problemas e acreditar-se auto-suficiente;

ENCOMENDAS	RESFONCÁVEL	QUANTIDADE	SEXO
- "A. B. C. do Alfabeto Brasileiro"			
Fronteira Kinross Isabel	Rua Lopes Trovão, 271	Jorge	(05) homens (06) mulheres (03) crianças (01) bebês (15) TOTAL
- "A. B. C. do Alfabeto Brasileiro"			
Fronteira Kinross Isabel	Rua Lopes Trovão, 271	Jorge	(06) homens (13) mulheres (23) crianças (03) bebês (45) TOTAL
- "A. B. C. do Alfabeto Brasileiro"			
Fronteira Kinross Isabel	Independência	Comunidade	(02) homens (04) mulheres (06) crianças () bebês (12) TOTAL
- "A. B. C. do Alfabeto Brasileiro"			
Fronteira Kinross Isabel	Rua Emílio Zaluar	Na Lúcio Braga	(06) homens (06) mulheres (7) crianças (02) bebês (21) TOTAL
- "A. B. C. do Alfabeto Brasileiro"			
Fronteira Kinross Isabel	Florentino	A. De Ilarações	(02) homens (02) mulheres (05) crianças () bebês (09) TOTAL

LOCAL	ADMINISTRADOR	RELACIONÁVEL	POPULAÇÃO
12- B. ponto final do Buarte	Manoel Torres	José Hugo	CELESTINA (12) homens (13) mulheres (46) crianças () bebês (71) *
13- G. da Rua Amazonas		Luiz (Presid. de Assoc)	(13) homens (23) mulheres (46) crianças () bebês (82) *
14- Abrigo do DNER			(02) homens (03) mulheres (01) crianças () bebês (06) *
15- Estrada da Saudade			(08) homens (04) mulheres (09) crianças (06) bebês (27) *
16- Povo da Serra			(04) homens (04) mulheres (21) crianças () bebês (29) *
17- Rua Amázcara			(05) homens (05) mulheres (13) crianças () bebês (23) *
18- L. Mundo para Jesus		Pastor	(08) homens (05) mulheres (03) crianças () bebês (16) *
19- Zoológico Morro do Afonso			(04) homens (06) mulheres (07) crianças () bebês (17) *

6- Fró-Menor

Condo do Comitêrio

SMAS

07. Mulheres

(13) Mulheres

(20) Crianças

(02) Bebês (42) Total

7- 1ª Igreja Batista

Paulo Barbosa

Pastor

() homens

() mulheres

() crianças

() bebês () Total

DESATIVADO

8- L. de Deus

Joteamento Sarsabola

Pastor

(03) homens

(03) mulheres

(07) crianças

() bebês (13) Total

9- Trevo do Retiro

Retiro

(01) homens

(01) mulheres

(07) crianças

() bebês (09) Total

10- A. dos Servidores

(69) homens

(72) mulheres

(74) crianças

(28) bebês (143) Total

11- Barracão do Neylor

Neiquir

(08) homens

(17) mulheres

(30) crianças

(01) bebês (56) Total

- . Culpar aos outros pelos seus problemas, ter planos imprecisos e chatear-se com o fato de ser uma vítima.

TRANSTORNOS DE COMPORTAMENTO QUE DEVEM SER ENCAMINHADOS AO MÉDICO GENERALISTA OU ESPECIALISTAS

- . Diz escutar vozes , ver coisas ou ter sensações corporais estranhas,
- . Seu corpo lhe parece irreal e teme tornar-se louco,
- . Fixa sua mente em apenas uma idéia.
- . Está convencido de que querem prejudicá-lo e à sua família.
- . Não consegue tomar decisões simples ou realizar tarefas cotidianas.
- . Diz coisas sem sentido.

c. Transtornos Emocionais

O TAP pode manejar a situação caso o paciente:

- . chorar e contar continuamente sobre o desastre,
- . Reagir pouco ao que se passa ao redor,
- . Estiver muito irritado com pequenas coisas.

TRANSTORNOS EMOCIONAIS QUE DEVEM SER ENCAMINHADOS AO MÉDICO GENERALISTA OU ESPECIALISTAS

- : Tem idéias suicidas
- . Expressa desejo de matar outras pessoas
- . Muito isolado e com afetos "congelados"
- . Demasiadamente emotivo, com reações excessivas e anormais (ex. rir em excesso)

d. Transtornos de Conduta

O TAP pode manejar situação caso o paciente:

- . Esteja muito nervoso, agite as mãos,
- . Esteja excitado, caminhe de um lado ao outro,
- . Tenha problemas de sono, *
- . Fale muito rápido.

TRANSTORNOS DE CONDUITA QUE DEVEM SER ENCAMINHADOS AO MÈDICO
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> . Muito deprimido, com inquietação grave . Apático, incapaz de mover-se . Automutilação . Uso de álcool e drogas em excesso . Não cuida de si mesmo (alimentação, asseio) . Rituais sem significado socia-cultural |
|---|

e. Sintomas Físicos que Traduzem Conflitos Emocionais

SINTOMAS FÍSICOS QUE PODEM TER ORIGEM EMOCIONAL

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> . Dor de cabeça, abdômem ou costas . Queixas múltiplas (mais de tres) e vagas . Enjôo e abatimento . Queixas psicológicas: insônia, dificuldade de concentração , ansiedade, problemas sexuais . Explicações prolongadas . Visitas frequentes a Centros de Saúde . Utilização de muita medicação e exames frequentes |
|--|

2. Problemas na Qualidade de Vida

A qualidade de vida das vítimas de desastre encontra-se afetada devido ao transtorno em suas condição psicossocial

e devido a qualquer tipo de perda que leve a uma situação de luto. Os problemas sociais incluem: moradia temporária, desemprego, carência de serviços públicos, recreação limitada ou inexistente.

O TAP deve ser uma fonte de informação e recursos já que a experiência tem mostrado que a falta de informação cria uma situação de expectativa nociva para a saúde mental das vítimas, assim como a carência de recursos comunitários e de serviços para desastres dificulta a cobertura de necessidades das vítimas.

O TAP deverá conhecer os recursos da comunidade e os serviços de ajuda disponíveis aos danificados. Esta informação deverá ter por escrito conterdo:

- . nome de diversas instituições de ajuda,
- . endereço destas instituições e seu número telefônico,
- . horário de atendimento ao público
- . serviços que oferecem

Alem dos problemas psicossociais que assilalamos, todas as vítimas de desastres sofrem um processo de luto vinculado às perdas humanas e materiais. O luto em desastres tem características especiais, passando por etapas específicas e requer intervenções oportunas.

CARACTERISTICAS DO LUTO

- . COLETIVO: porque abarca toda a comunidade desarticulando mecanismos de proteção e apoio que em outras situações ajudam as vítimas, como por Ex. visitas de familiares, enterro individualizado.
- . SELETIVO: Porque afeta umas pessoas e não a outras, sem motivo aparente.
- . POLIVALENTE: porque afeta uma pessoa em diversas áreas de sua vida.

O luto é um processo que se inicia com a perda ou diminuição de algo e termina com a restauração do equilíbrio psíquico. Além das perdas propriamente ditas (pessoas, amigos, objetos, roupas, etc) são suas consequências: solidão, desamparo, novas formas de vida e responsabilidades.

ETAPAS DO LUTO
<p>NEGAÇÃO : frente a magnitude da perda, a vítima a nega, contrariando as leis da realidade.</p>
<p>AGRESSÃO: ao advertir que o desastre lhe afetou mais que aos outros. Sente-se objeto de trato cruel.</p>
<p>TRISTEZA: a aceitação gradual da realidade leva consigo tristeza, sentimentos de culpa, deterioração de suas atividades ou a culpar outros.</p>
<p>ACEITAÇÃO: a vítima acaba por aceitar a realidade e estabelecer alternativas de solução.</p>

As pessoas que tem maior maturidade emocional, interesses variados, várias relações, diversos objetivos afetivos, superam com facilidade a crise antes de 4-6 semanas. O processo de luto não complicado deve ser manejado pelo TAP.

<p>ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO FRENTE AO LUTO</p> <ul style="list-style-type: none"> . Facilitar a expressão verbal . Assinalar o caráter transitório do luto . Ajudar a elaborar rituais de aceitação de perdas afetivas (por ex. por uma cruz no lugar presumível da morte) . Permitir a expressão de sentimentos, especialmente de culpa . Ponderar sobre as idéias e atos negativistas, . Ajudar a superar a negação, confrontando-a com a realidade, . Manter as atividades próprias e seu estilo de vida . Avaliar as reações anteriores frente a situações parecidas, . Avaliar os recursos de ajuda e permitir o acesso a eles, . Sugerir possibilidades de solução.
--

3. Transtornos Psiquiátricos Possíveis de Serem Encontrados entre as vítimas.

Alem dos sintomas que não chegam a configurar um diagnóstico psiquiátrico, e dos problemas em sua qualidade de vida, as vítimas de desastres podem desenvolver enfermidades psiquiátricas definidas frente as quais o papel do TAP será importante.

<p>TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NAS VITIMAS DE DESASTRES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas psicossomáticos 2. Depressão endógena 3. Síndrome de stress pós-traumático 4. Transtorno de ansiedade generalizada 5. Abuso e dependência de álcool
--

<p>INTERVENÇÕES DO TAP FRENTE AOS TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> . Detecção do transtorno . Encaminhamento oportuno ao médico generalista ou especialista . Acompanhamento do controle do tratamento . Decidir sobre uma nova avaliação

a. Problemas Psicossomáticos

São alterações físicas dependentes da exposição a stress prolongado ou muito intenso de indivíduos susceptíveis. Em sua causalidade interveem fatores psicógenos. As manifestações clínicas podem ser muito variadas.

SINTOMAS PSICOSSOMÁTICOS
<ul style="list-style-type: none"> . Insônia . Perda de apetite . Dor de cabeça . Alergias . Úlceras . Problemas urinários . Cansaço extremo . Vômito . Diarréia

b. Depressão Endôgena

É um quadro clínico diferente da reação depressiva e do luto simples, já que depende de alterações neurobioquímicas a nível cerebral, além de uma vulnerabilidade genética e precipitantes como stress, infecções, medicamentos anti-hipertensivos, etc.

A depressão endôgena deve ser tratada com medicamentos antidepressivos prescritos pelo médico generalista ou especialista psiquiátrico, controlando-se os afetos secundários e a resposta que, caso seja negativa nas 4 semanas, deve ser encaminhada ao psiquiatra.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA A DEPRESSÃO ENDÓGENA
. Afeto ansioso ou triste, desinteressado, irritável, melancólico, que seja significativo e que dure duas semanas no mínimo,
. Pelo menos quatro dos seguintes:
- perda ou aumento de peso e apetite
- diminuição ou aumento de sono
- perda de energia ou fadiga
- agitação ou retardo psicomotor
- sentimento de culpa ou menosvalia
- dificuldade de concentração
- idéias de morte, suicídio, desejo de morrer ou tentativa de suicídio
- desinteresse pelas atividades rotineiras e sexualidade
Não tem outro transtorno mental presente como esquizofrenia ou síndrome cerebral orgânica.

c. Síndrome Pós-traumática

O stress que advem de uma situação de desastre pode propiciar o aparecimento de uma síndrome imediatamente após o trauma ou meses e anos mais tarde. Esta síndrome chama-se Pós-traumática.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA A SÍNDROME
PÓS-TRAUMÁTICA

- : Um evento estressante que produza sintomas de grande ansiedade em todas as pessoas ou na maioria.
- . Revivência do trauma (recordações, sonhos)
- . Diminuição do interesse pelo mundo externo sentimento de estar isolado dos demais, afeto empobrecido.
- . Ao menos dois dos seguintes sintomas:
 - resposta excessiva a estímulos
 - transtorno do sono
 - falha na memória ou dificuldade de concentração
 - sentimentos de culpa por haver sobrevivido
 - evitar atividades que recordem o evento traumático
 - aumento dos sintomas quando exposto a eventos que simbolizam ou parecem com o traumático.

Como medidas terapêuticas, o TAP deve recorrer ao esquema seguinte:

TRATAMENTO DA SÍNDROME PÓS-TRAUMÁTICA

- . Permitir o desabafo
- . Ajudar a elaborar o trauma, promovendo a repetição psicológica do mesmo
- . Demonstrar compreensão e apoio
- . Definir o encaminhamento ao médico

- d. Transtorno de Ansiedade Generalizada
 Apresenta-se em indivíduos adultos e caracteriza-se
 por ansiedade e outros sintomas acompanhantes.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA A ANSIEDADE
 GENERALIZADA

Deve apresentar pelo menos tres dos seguintes grupos de sintomas:

- tensão muscular: tremor, inquietude, dor muscular, fadiga, dificuldade para relaxar.
- hiperatividade autônoma: suor, palpitações, mãos frias e úmidas, ondas de calor e frio, micção frequente, diarreia, rubor, palidez, respiração rápida em repouso.
- Apreensão: ansiedade, preocupação, medo, pessimismo.
- Excessiva vigilância: baixa concentração, insônia, irritabilidade, impaciência.

O humor ansioso deverá estar presente de forma contínua ao menos por um mes e não ser decorrente a nenhuma outra enfermidade mental.

TRATAMENTO DA SÍNDROME DE ANSIEDADE GENERALIZADA

- . Apoio e desabafo afetivo
- . Restaurar solidariedade familiar
- . Prescrição de tranquilizantes (apenas os médicos)

e. Abuso e Dependência de Alcool

A situação de desastre, pelo stress que traz consigo, pode conduzir ao aumento da ingestão de alcool que é considerada anormal quando reúne os critérios diagnósticos abaixo:

CRITÉRIOS DIAGNÓSYICOS PARA O ABUSO NO CONSUMO DE ALCOOL
<p>Pelo menos um sintoma do grupo A e B</p> <p>A. Funcionamento social e ocupacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Conflitos com familiares e amigos devido o uso de alcool, . Absenteísmo . Perda de emprego . Atos violentos quando embriagado. <p>B. Pautas anormais no consumo:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Consumo ocasional de um litro de aguardente, . Incapacidade para deixar de beber, . Esforços repetidos para controlar a bebida abstendo-se ou restringindo a ingestão por períodos breves, . Embriagar-se todo o dia por , pelo menos, dois dias consecutivos, . Continuar com a bebida apesar de considerá-la nociva para alguma enfermidade física que já tenha, . Necessidade de ingerir alcool todos os dias para funcionar adequadamente, . Duração do Transtorno por pelo menos um mes

Os critérios diagnósticos para a dependência ao alcool incluem pelo menos um dos critérios assinalados acima e além do desenvolvimento da tolerância ou abstinência ao alcool.

A tolerância ocorre quando o paciente toma quantidades de álcool cada vez maiores para obter o efeito desejado ou quando o efeito vai diminuindo com o uso da mesma quantidade de álcool.

A abstinência é um conjunto de signos e sintomas que se iniciam depois que o paciente para de beber ou diminui a bebida. Estes sintomas incluem temores matinais, alívio do mal-estar com ingestão de álcool, convulsões, febre, transtornos na sensopercepção, inquietude motriz. O manejo dos problemas causados pelo álcool consta no esquema abaixo:

MANEJO DOS PROBLEMAS CAUSADOS PELO ALCOOL
<p>Na intoxicação aguda:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Vigiar a respiração e cuidar da aspiração do vômito. <p>Na ressaca:</p> <ul style="list-style-type: none"> - repouso - líquidos - aspirina - antiácidos <p>Para o alcoolismo crônico:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Motivar o paciente e a família para que se submeta ao tratamento, . Encaminhar o paciente a grupos de Alcoôlatras anônimos ou extensões, . Buscar a participação do paciente. <p>Para a síndrome de abstinência não complicada:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Repouso em ambiente fresco, iluminado, . Evitar o excesso de estímulos, . Adequada ingestão de líquidos e alimentos, . Caso haja febre, taquicardia, confusão mental, encaminhar ao especialista.

4. Problemas de crianças e adolescentes

Em um desastre natural, as crianças estão submetidas a um estresse intenso, separações e perdas que podem ocasionar alterações de conduta, problemas psicossomáticos e transtornos depressivo-ansiosos que se manifestam distintamente segundo a etapa de seu desenvolvimento. O manejo desses problemas deve incluir a família. Os problemas se apresentam de maneira distinta segundo o nível de desenvolvimento psicossocial da criança.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS EM CRIANÇAS DE 1 a 5 ANOS	
1. Condutas regressivas: urinar-se na cama, chupar o dedo.	
2. Diarréia, vômito, inapetência.	
3. Transtornos do sono,	
4. Irritabilidade, desobediência, tics, tartamudeio, medo do escuro.	
MANEJO	
1. Acompanhar a criança e dar-lhe apoio emocional verbal.	
2. Facilitar a expressão emocional através do jogo, pintura, etc.	
3. Planejar atividades prazerosas.	

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS EM CRIANÇAS DE 6 À 11 ANOS

1. Conduta competitiva com seus irmãos.
2. Cefaléia.
3. Transtornos visuais.
4. Transtornos do sono.
5. Isolamento .
6. Fobia escolar.
7. Baixo rendimento escolar.
8. Brigas com companheiros.
9. Desinteresse em atividades habituais.

MANEJO

1. Evitar temporariamente a exigência de melhor rendimento acadêmico-familiar.
2. Facilitar o desabafo emocional.
3. Delegar responsabilidades no jogo.
4. Praticar medidas de segurança para desastres futuros.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS EM CRIANÇAS DE 11 À 14 ANOS

1. Atitude competitiva.
2. Ineficiência nas tarefas.
3. Regressão no desenvolvimento da conduta afetiva.
4. Fobia escolar.
5. Dores somáticas.
6. Transtorno de apetite e sono.
7. Desinteresse nas relações sociais.
8. Resistência à autoridade paterna.

MANEJO

MANEJO

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Prover-lhe atenção adicional. 2. Baixar as exigências acadêmicas. 3. Permitir a expressão de sentimentos. 4. Delegar responsabilidades. 5. Promover as atividades de grupo. 6. Praticar medidas de segurança para desastres futuros. |
|--|

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS EM ADOLESCENTES (15-18 ANOS)

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdas de responsabilidade nas atividades. 2. Conduta e afetos regressivos. 3. Perda de interesse sexual. 4. Diminuição do interesse em emancipar-se do controle paterno. 5. Dores somáticas. 6. Transtornos do sono. 7. Transtornos da digestão. 8. Aumento ou diminuição da atividade física. 9. Sentimentos de desprazer e desesperança. 10. Dificuldade de concentração. |
|--|

MANEJO

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Propiciar a discussão das experiências de desastre. 2. Reduzir temporariamente as exigências de funcionamento ideal. 3. Facilitar e apoiar a participação em atividades sociais. 4. Empreender medidas de reabilitação. 5. Praticar medidas de segurança para desastres futuros. |
|---|

BIBLIOGRAFIA-CONSULTADA

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual. 3rd. Edition, 1980. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Busnello, E, Lima, B, Gomes, R. et al (1983) Aspectos Inter - culturais de classificação e diagnóstico. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 32: 207-10, 1983.
- Climent, C.F., de Arango, M.V. (1983) Manual de Psiquiatria Par Trabajadores de Atencion Primaria. Washington, DC: Organización Panamericana de Saúde.
- Climent, C.E., Diop, B.S.M., Harding, T.W. et al (1980) Mental Health in Primary Health Care. World Health Organization Chronicle 34: 231-6.
- Cohen, R.E. (1982) Intervening with disaster victims. IN: Schulberg, H.C., Killilea, M. (eds) The Modern Practice of Community Mental Health San Francisco: Jossey-Bass Pub.. Ch. 16, p. 397-418.
- Cohen, R.E. (1985) Reacciones individuales ante desastres Naturales. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 98: 171-80.
- Cohen, R.E., Ahearn, Jr., F.L. (1980) Handbook for Mental Health Care for Disaster Victims. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Colombia, Ministério de la Salud (1986) Plan de Atencion Primaria en Salud Mental. Bogota, Colombia.
- Drayer, C.S., Cameron, D.C., Woodward, W.D., Glass, A.J. (1954) Psychological First Aid in Community Disaster. Journal of The American Medical Association 156: 36-41.
- Farberow, N.L., Gordon, N.S. (1981) Manual for Child Health Workers in Major Disasters. DHHS Pub. No. (ADM) 81-700, Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Giel, R., Workneh, F. (1980) O Manejo do Queixoso crônico. Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul 24 : 220-5.
- Glass, A.J. (1959) Psychological Aspects of Disaster. Journal of the American Medical Association 171: 222-5.

- Harding, T.W., Climent, C.E., Diop, Giel, R., Ibrahim, H.H.A., Srinivasa, Murthy, R., Suleiman, M.A., Wig, N.N. (1983) The WHO collaborative study of strategies for extending Mental Health Care, II: The Development of new Research Methods. *American Journal of Psychiatry* 140: 1474-80.
- Harding T.W., DeArango, M.V., Baltazar, J., Oliment, C.E., Ibrahim, H.H.A., Labrido-Ignacio, L., Srinivasa, Murthy R., Wig, N.N. (1980) Mental Disorder in Primary Health Care: a study of their frequency in four developing countries. *Psychological Medicine* 10: 231-41.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Curso de Capacitación. Programa de Fomento a la Salud - Subprograma de la Superación de Crisis Individuales, Familiares y Colectivas. Manuscripts no publicado.
- Lima, B.R. (ed) (1981) Manual de Treinamento em Cuidados Primários de Saúde Mental. Porto Alegre, RS: Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Lima, B.R. (1985) Informe Final. Asesoría en Salud para Diseñar, Implementar y evaluar el Plan Nacional de Atención Primaria. Brindada al Ministerio de Salud de Colombia, 4 a 15 de agosto, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud.
- Lima, B.R. (1986) Asesoría en Salud Mental a Raíz del Desast de Armero en Colombia. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 101: 678-683.
- Lima, B.R. (1986) Primary Mental Health Care for Disaster Victims in Developing Countries. *Disasters*, 10 : 203-204
- Lima, B.R., Pai, S., Santacruz, H., Lozano, J., Luna, J. Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country: Armero, Colombia. *Acta Psiquiatrica Scandinavica*, in prenta.
- Lima, B.R., Lozano, J., Santacruz, H. La atención en salud mental para víctimas de desastres. Actividades desarrolladas en Armero, Colombia. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, in prenta.
- Lima, B.R., Santacruz, H., Lozano, J., Luna, J. Planning for mental health integratino in emergencies. In: Lystad, (ed). *Mental Health in Mass Emergencies: Theory and Practice*. New York, Brunner/Mazel. In prenta.

- National Institute of Mental Health (1978) Field Manual for Human Service Workers in Major Disasters. DHHS Publ.No. (ADM) 78-537. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Sartorius, N., Harding, T.S. (1983) The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, In: The Genesis of the Study. American Journal of Psychiatry 140: 1470-3.
- Wig, N.N., Srinavasa, Murthy, R. (1981) Manual for Mental Disorders for Primary Health Care Personnel. Chandigarh, India: Post-graduate Institute of Medical Education and Research.
- World Health Organization (1978) Primary Health Care. A joint report by the director-general of the World Health Organization and the executive-director of the United Nation's Children's Fund. Geneve: World Health Organization.
- World Health Organization (1980) The Primary Health Workers. Geneve: WHO.
- World Health Organization (1984) Mental Health care in developing countries: a critical appraisal of research findings. Technical Report Series 698. Geneve: WHO.