

ANEXO B3

Saúde Mental em situações de Emergência e Catástrofe: Enquadramento

1. Falar dos incêndios florestais de 2017 na região centro de Portugal é falar de "um desastre natural (...) de tal magnitude que cria uma situação catastrófica na qual os padrões quotidianos da vida são repentinamente interrompidos e as pessoas são mergulhadas no desamparo e sofrimento..." (OMS, 1971). Sublinha o mesmo documento que, "os desastres naturais incluem terremotos, tsunamis, erupções vulcânicas, deslizamentos de terra, furacões, inundações, incêndios, vagas de calor, e secas. Eles têm um impacto imediato nas vidas humanas e muitas vezes resultam na destruição do ambiente físico, biológico e social das pessoas afectadas, tendo assim um impacto a longo-prazo na sua saúde, bem-estar e sobrevivência".

2. Ao nível do impacto na saúde mental os eventos potencialmente traumáticos, de que os incêndios de 2017 em Portugal são um exemplo, não são *per se* determinantes exclusivos do desenvolvimento de perturbações psiquiátricas. Com efeito, a exposição a situações potencialmente traumáticas possui efeitos variáveis. Segundo a investigação, existe um grau de variedade individual no processamento da memória de eventos de vida e das emoções básicas, o que nos leva a colocar, entre outras questões:

- Porque é que alguns indivíduos, expostos aos mesmos eventos (potencialmente) traumáticos, desenvolvem patologias e outros não?
- Existirão indicadores que indiquem o desenvolvimento de tais patologias?
- Conhecê-los poderá ser útil na leitura e compreensão do problema e na definição da estratégia terapêutica?

2.1 Conforme sublinha a Direcção Geral de Saúde¹, em documento publicado em parceria com a Ordem dos Psicólogos, "vivenciar um desastre natural, nomeadamente um incêndio, pode afectar a nossa saúde e o nosso bem-estar psicológico. É normal ter um conjunto intenso de emoções e reacções, algumas que desaparecem rapidamente, outras que persistem durante algum tempo. Podemos sentir-nos tristes e devastados com o que aconteceu, ansiosos e com medo e ter dificuldade em aceitar a realidade. Podemos sentir-nos vulneráveis ou muito zangados connosco ou com outros que consideramos como responsáveis pelo que aconteceu. É importante compreender que, apesar de cada pessoa reagir à sua maneira (não existe uma forma "certa" ou "errada" de reagir), há respostas que são normais e comuns ter-se face a estes acontecimentos:

Algumas reacções comuns em crianças e adolescentes:

- falarem repetidamente no incêndio ou reproduzirem-no nas suas brincadeiras;
- tristeza, choro fácil;
- medo e preocupação com a sua segurança e a dos outros (familiares e animais de estimação);
- ansiosos sempre que algo os faz lembrar do incêndio (ex.: cheiro a queimado, som de sirenes, fumo);
- maior dependência dos pais, irmãos ou professores;
- isolarem-se, perda de interesse nas actividades habituais (ex.: brincar menos com os amigos);
- mudanças no apetite (comer menos ou mais);
- mudanças no sono, pesadelos;
- queixas físicas ("dor de cabeça", "dor de barriga");
- mudanças no desempenho escolar, dificuldades em concentrarem-se ou prestar atenção;
- apresentarem comportamentos mais infantis (ex.: "falar como um bebé", "urinar na cama", birras);
- a forma como reagem é influenciada pela forma como os adultos das suas relações lidam com o acontecimento.

¹ "Como lidar com um desastre natural" (2017).

Algumas reações comuns que pode(m) ocorrer em adultos:

- alguma desorganização e dificuldade em aceitar a realidade;
- tristeza, angústia, desmotivação, revolta;
- ansiedade, irritabilidade mais fácil do que o habitual;
- mudanças de humor repentinas;
- medo e preocupação com a segurança;
- a recordação repetida do incêndio pode fazer com que, durante alguns dias, sinta fadiga, tensão muscular, dores de cabeça, sobressaltos, taquicardia, náuseas;
- dificuldades de concentração ou em tomar decisões;
- incapacidade para agir ou tomar as medidas necessárias para responder às necessidades do momento;
- mudanças no apetite;
- sono perturbado, pesadelos.

Normalmente estas respostas emocionais intensas, associadas à exposição ao incêndio, tendem a diminuir e desvanecer-se nas semanas seguintes². Aos poucos o ser humano vai integrando o acontecimento doloroso na sua história, investindo concomitantemente na reorganização da sua vida. Mas em alguns casos estes sintomas mantêm-se, afectando o regresso às rotinas diárias. Falamos do sofrimento associado à vivência traumática referenciada à exposição, directa/indirecta ao incêndio. “Trauma”, do grego *traûma*, *traumatós*, *traumatismós*, significa “ferida”, “dano” ou “avaria”; ao migrar para o domínio do psicológico traduz um afluxo excessivo de vivências/emoções que transgride a tolerância da pessoa e a sua capacidade para dominar e elaborar tais vivências/emoções.

Em algumas situações, a reação de um indivíduo imediatamente após o trauma é sobreponível ao diagnóstico de **perturbação aguda de stress** (PAS)^{3,4}. A apresentação clínica desta perturbação pode variar de pessoa para pessoa, mas em geral envolve uma resposta ao nível da ansiedade que inclui alguma forma de revivência ou reatividade ao evento traumático. É preciso que o quadro sintomático esteja presente pelo menos três dias, depois do evento traumático, e o diagnóstico só pode ser feito até um mês depois do evento. Sintomas que ocorrem imediatamente depois do evento, mas cedem em menos de três dias, não apresentam os critérios de PAS. Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM 5, apesar da perturbação poder progredir após um mês para a **perturbação de stress pós-traumático** (PSPT)⁵, ela pode

² No Centro de Saúde de Penacova, foi elaborado o documento “Catástrofes e Reações Psicológicas”, distribuído aos utentes que ali recorreram no período pós-incêndio. Download do documento em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Documents/informa%C3%A7%C3%B5es/2017/Cata%CC%81strofes%20e%20reac%CC%A7o%CC%83es%20psicolo%CC%81gicas%20-%20folheto%20Penacova.pdf> (último acesso em 24 abril 2018)

³ A apresentação clínica da perturbação aguda de stress pode variar de pessoa para pessoa, mas em geral envolve uma resposta de ansiedade que inclui alguma forma de revivência ou reatividade ao evento traumático. Em alguns casos, um quadro dissociativo ou de distanciamento pode predominar, embora essas pessoas também apresentem geralmente forte reatividade emocional ou fisiológica em resposta a lembranças do trauma. Noutros indivíduos, pode haver uma resposta de raiva intensa na qual a reatividade é caracterizada por irritabilidade fácil ou respostas agressivas..

⁴ A perturbação aguda de stress é mais prevalente no sexo feminino. Diferenças neurobiológicas ligadas ao género na resposta ao stress podem contribuir para o maior risco de desenvolvimento da perturbação no sexo feminino (DSM 5).

⁵ Segundo o DSM 5, “(...) A apresentação clínica da PSPT varia. Em alguns indivíduos, sintomas de revivência do medo emocionais e comportamentais podem predominar. Em outros, estados de humor anedónicos ou disfóricos e cognições negativas podem ser mais perturbadores. Em alguns outros, a excitação e sintomas reativos externalizantes são proeminentes, enquanto em outros, sintomas dissociativos predominam. Por fim, algumas pessoas exibem combinações desses padrões de sintomas.(...) indivíduos com PSPT podem irritar-se facilmente e até mesmo adotar um comportamento físico e/ou verbal agressivo com pouca ou nenhuma provocação (p. ex., gritar com os outros, envolver-se em brigas, destruir objetos) (...) podem também adotar um comportamento imprudente ou autodestrutivo, como condução perigosa, uso excessivo de álcool ou drogas, ou um comportamento autoutilante ou suicida (...) A PSPT é com frequência caracterizada por hipersensibilidade a ameaças potenciais, incluindo as relacionadas à experiência, traumática (p. ex., depois de um acidente de viação, ficar especialmente sensível à ameaça potencial representada por carros) e às não relacionadas ao evento traumático (p. ex., medo de sofrer enfarte agudo do miocárdio) (...). Indivíduos com PSPT podem mostrar-se bastante reativos a estímulos inesperados, exibindo uma resposta de sobressalto intensa ou tensão/nervosismo a ruídos elevados ou movimentos inesperados (p. ex., pular de susto em resposta ao toque de um telefone) (...). Dificuldades de concentração, incluindo dificuldade para lembrar eventos diários (p. ex., esquecer o número do próprio telefone) ou participar em tarefas que exigem concentração (p. ex., acompanhar uma conversa por um determinado período), são comumente relatadas (...). Problemas para iniciar e manter o sono são comuns e podem estar associados a pesadelos e preocupações com a segurança ou a hiperexcitação generalizada, que interfere no sono adequado (...). Alguns indivíduos também sofrem sintomas dissociativos persistentes de distanciamento do próprio corpo (despersonalização) ou do mundo ao redor (desrealização) (...)” Ler mais em <https://www.nlm.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml> (último acesso em 24 abril 2018)

também não resultar em PSPT. De registrar que aproximadamente metade dos indivíduos que desenvolvem PSPT apresentam inicialmente uma perturbação de aguda de *stress* (DSM 5). O agravamento dos sintomas durante o mês inicial pode ocorrer, com frequência em virtude de stressores de vida presentes ou outros eventos traumáticos subsequentes.

Segundo o DSM 5, na PSPT os sintomas geralmente manifestam-se dentro dos primeiros três meses a seguir ao acontecimento traumático, embora possa haver um atraso de meses, ou até anos, antes de os critérios para o diagnóstico serem objectivados. Os sintomas e a predominância relativa de diferentes sintomas podem variar com o tempo. A duração dos sintomas também varia, com a recuperação completa em três meses ocorrendo em aproximadamente metade dos adultos, enquanto alguns indivíduos permanecem sintomáticos por mais de 12 meses e às vezes por mais de 50 anos. A recorrência e a intensificação dos sintomas podem ocorrer em resposta a recordações do trauma original, stressores na vida presente ou a experienciação de novos eventos traumáticos. No caso de indivíduos mais velhos, a deterioração da saúde, o agravamento do funcionamento cognitivo e o isolamento social podem exacerbar sintomas de PSPT. Segundo o mesmo manual, indivíduos que sofrem de PSPT, comparativamente aos que não sofrem, são 80% mais propensos a ter sintomas que satisfazem os critérios diagnósticos de pelo menos uma outra perturbação mental (p. ex., perturbações depressivas, bipolares, de ansiedade ou por uso de substância).

Os dados epidemiológicos mais recentes com representatividade nacional, extraídos do Estudo Nacional de Morbilidade Psiquiátrica (Caldas de Almeida & Xavier, 2009), apontam para uma prevalência anual PSPT de 2,3% e uma prevalência *lifetime* de 5,3%, sendo reportado pelo menos um evento traumático em 69% da amostra estudada. Adicionalmente, os indivíduos que sofrem de PSPT têm um risco acrescido de comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas, nomeadamente perturbações depressivas, abuso de álcool e de outras substâncias.

2.2 De acordo com Urie Bronfenbrenner, a melhor forma de compreender o desenvolvimento do ser humano, passa por estudar o indivíduo nos variados contextos/ ambientes em que se enquadra e se desenvolve (microssistema, mesossistema, exossistema, macrossistema e cronossistema). Ao propor o modelo ecológico assume o desenvolvimento do ser humano como um produto resultante da interação entre o indivíduo que se encontra em desenvolvimento, e o meio em que este se insere⁶.

Perspectivar o adoecer no contexto da catástrofe, e pensar estratégias com vista à prevenção do mesmo, implica necessariamente reconhecer que estamos perante um problema de saúde pública, onde a adopção do modelo ecológico tem um papel fundamental na leitura dos factores de risco e promotores de resiliência. O DSM 5 organiza os factores de risco em factores pré-traumáticos, peri-traumáticos e pós-traumáticos.

Fatores pré-traumáticos

- **Temperamentais:** Incluem problemas emocionais na infância⁷ até aos 6 anos de idade (p. ex., exposição traumática progressiva, problemas de ansiedade) e perturbações mentais prévias (p. ex., perturbação de pânico, depressão, PSPT ou perturbação obsessivo-compulsiva).
- **Ambientais:** Incluem *status* socioeconómico mais baixo; grau de instrução inferior; exposição anterior a trauma (especialmente durante a infância); adversidades na infância (p. ex., privação económica, disfunção familiar, separação ou morte dos pais); características culturais (p. ex., estratégias de enfrentamento pessimistas ou de autoacusação); inteligência inferior; *status* de minoria racial / étnica; e história psiquiátrica familiar.
- **Genéticos e fisiológicos:** Incluem género feminino e idade mais jovem no momento da exposição ao trauma (para adultos). Alguns genótipos podem ser ou protetores, ou promotores do risco de desenvolver PSPT depois da exposição a eventos traumáticos.

⁶ Ler mais em “A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados” (1996)

⁷ A exposição prévia a outros traumas, especialmente na infância, pode aumentar o impacto de traumas subsequentes e aumentar o risco de desenvolver PSPT (Kulka *et al*, 1990 e Breslau *et al*, 1999, citados por Albuquerque, 2003).

Fatores peri-traumáticos

- Ambientais: Incluem o grau de severidade do trauma (quanto maior a magnitude do trauma, maior a probabilidade de PSPT), ameaça percebida à vida, lesão, violência interpessoal (particularmente trauma perpetrado por um cuidador ou envolvendo uma ameaça presenciada a um cuidador em crianças) e, para pessoal militar, ser um perpetrador, testemunhar atrocidades ou matar o inimigo. Por fim, a dissociação que ocorre durante o trauma e persiste subsequentemente é um fator de risco.

Fatores pós-traumáticos:

- Temperamentais: Incluem avaliações negativas, estratégias de enfrentamento inapropriadas e desenvolvimento de perturbação aguda de *stress*.
- Ambientais: Incluem exposição subsequente a lembranças desagradáveis repetidas, eventos de vida adversos subsequentes e perdas financeiras ou outras perdas relacionadas ao trauma.

Contrariamente aos factores de risco, os factores promotores de resiliência podem ajudar a reduzir o risco de adoecer. A resiliência traduz a capacidade de um sistema manter-se “organizado” perante a adversidade, mantendo as suas funções; ou dito de outro modo: a capacidade de um sistema adaptar-se à mudança de um modo de vida, quando o actual já não é possível.

Não existe uma “receita” para se ser resiliente, mas alguns factores protectores (individuais⁸, familiares⁹, comunitários¹⁰, sociais¹¹) são importantes para fomentar a resiliência e superar contextos de adversidade. O fator crucial ao desenvolvimento da resiliência está no modo como os indivíduos percebem a sua capacidade para lidar com os eventos e controlar os seus resultados¹². “A percepção de si mesmo e os diálogos internos após a ocorrência do evento traumático são preditores de resultados psicológicos satisfatórios ou não” (Benight, 1999, citado por Peres et al, 2005). Referem os mesmos autores que “Os diálogos internos de autopiedade, desamparo, autovitimização e autodepreciação podem realçar as emoções negativas relacionadas à memória traumática e exacerbar o sofrimento psicológico. As pessoas que cultivam diálogos internos de enfrentamento, procurando modificar o presente positivamente, superam com maior facilidade traumas psicológicos”.

2.3 Até que ponto conhecer os factores de risco e os factores protectores associados à história de vida de quem pede ajuda poderá ser útil na leitura e compreensão do problema, e na definição da estratégia terapêutica?

O modo como cada um de nós processa o evento (potencialmente) traumático após a sua ocorrência irá determinar a configuração ou não do trauma. O trauma psicológico traduz o impacto crítico e extremo de um agente stressor no funcionamento psicológico ou biológico de um indivíduo. Como anteriormente já referenciado, a vivência de um evento como traumático depende de vários factores que poderíamos situar entre o estímulo stressor e os diálogos internos do indivíduo a ele exposto, inevitavelmente influenciados pelas suas experiências passadas, condicionadas pelas suas aprendizagens, personalidade, contexto e características da

⁸ Exs.: vinculação segura, estável, suportativa; identidade, sentimento de pertença; auto-estima / auto-eficácia / auto-confiança; autonomia/ independência/ iniciativa; perspicácia/ criatividade/ boas capacidades cognitivas e de resolução de problemas / auto-responsabilização; empatia; estratégias efectivas de regulação emocional e comportamental; optimismo, fé (religiosa), esperança (visão positiva sobre a vida); objectivos, projectos, sentimento de que a vida tem um propósito; boas capacidades de relação / confiança nos outros; papéis significativos, importantes, talentos (valorizados pelo próprio e pela sociedade); sentido de humor.

⁹ Exs.: ambiente familiar estável; pais envolvidos na educação do(a) filho(a), com as características individuais anteriormente mencionadas; relações de suporte com membros da família alargada; vantagens socioeconómicas; fé e afiliação religiosa.

¹⁰ Exs.: elevada qualidade da vizinhança (vizinhança segura; baixos níveis de violência; acesso a centros recreativos); escola eficaz (com programas extra-curriculares, recursos recreativos); no trabalho (boa relação com colegas, bom ambiente laboral); oportunidades de emprego; bons cuidados de saúde; acesso a serviços de emergência (polícia, bombeiros, médicos); pares pró-sociais.

¹¹ Exs.: políticas protectoras da criança (trabalho infantil, saúde infantil, serviços sociais); valores e recursos direccionados para a educação; prevenção e protecção de violência; promoção da igualdade de género.

¹² Experimentar emoções positivas, tais como solidariedade, gratidão, interesse e o amor pelo outro promovem a resiliência e os factores de ajustamento pós-eventos stressores (Fredrickson et al, citado por Peres et al, 2005).

própria situação. “Aquilo que pode ser traumático para um indivíduo, pode não ser para outro e mesmo sendo traumático para ambos irão reagir de forma diferente” (Guerreiro et al., 2007).

A narrativa associada a uma memória traumática é “colorida” a partir do repertório individual de representações da realidade e dinâmicas psicológicas, que irão configurar os padrões interpretativos do evento e, como afirma Freud (citado por Peres et al., 2005), se uma pessoa não se recorda de um trauma, ele provavelmente será reencenado: “o trauma é reproduzido não como uma memória, mas como uma ação, um comportamento”. Como também pontua Peres et al. (2005) “cabe ao psicoterapeuta observar, além dos episódios emocionais ou traumáticos, o enredo interpretativo que aflora com o “conteúdo de memória” de modo a ajudar quem sofre a tornar-se consciente do “lugar/ papel” comum ocupado em diferentes enredos emocionais passados. As memórias verbalmente acessíveis, associadas a atitudes resilientes podem ser parte desse imenso repertório e, conseqüentemente, podem participar do processo de reconstrução da memória. Se um “lugar” específico é ocupado em diversas histórias emocionais passadas, então a mesma dinâmica pode estar presente na dificuldade atual do(a) doente. Continuando a citar Peres et al. (2005) importa sublinhar que “a psicoterapia pode, assim, trazer padrões previamente inconscientes de comportamento à luz da consciência. As novas estratégias cognitivas, baseadas no repertório resiliente do indivíduo, podem promover gradualmente novos significados emocionais à experiência traumática passada, através da construção de novos diálogos internos, sentimentos e comportamentos mais saudáveis. Aprender e crescer a partir das experiências positivas e negativas de vida e desenvolver a capacidade de lidar com adversidades severas são aspectos cruciais a serem trabalhados em psicoterapia”.

3. Uma catástrofe, como o foram os incêndios florestais de 2017 na região centro de Portugal, sobrecarrega os recursos locais e ameaça a função e a segurança da comunidade. Atendendo à infinidade de efeitos sobre a comunidade — do económico ao social, do físico ao psicológico — é fundamental dispor ao nível da prevenção (primária, secundária, terciária) de um plano que permita reduzir os factores de risco e promover os factores protectores, e em situação de crise seja adaptável a situações cujas respostas têm subjacente uma matriz multidisciplinar e multisectorial. Para se preparar efetivamente para um evento catastrófico natural, é importante que uma comunidade procure estabelecer e implementar um programa eficaz de prevenção/diminuição de perdas que, entre outros aspectos, inclua conteúdos de sensibilização/educação do público em geral¹³, treino de profissionais¹⁴ e trabalho em rede.

3.1 Relativamente ao trabalho em rede:

- A emergência de uma rede ocorre quando um propósito comum consegue aglutinar diferentes actores sociais e convocá-los para a acção — criando laços “abrimos portas” para um enorme horizonte de possibilidades.

- Reflecte uma concepção organizacional que dá ênfase à actuação integrada multidisciplinar e multisectorial, na qual a participação é incentivada e a diversidade valorizada. Trata-se de uma estrutura organizacional policéfala, associada a uma dinâmica de auto-ajuste recíproco entre cada um dos elementos que a compõem, onde a organização é sempre um processo, nunca um estado final. Num sistema deste tipo todos têm igual responsabilidade, e o livre fluxo de informações é a condição para se assegurar a transparência.

- Algo que parece frágil como princípio organizacional, constitui-se num poderoso agente de transformação, representando um importante contributo para:

- Estabelecer metas globais;
- Potenciar acções;
- Prevenir a intervenção em silo, habitualmente associada: à fragmentação dos cuidados, à existência de áreas sem resposta, à falta de planeamento, à pouca conexão entre os profissionais/serviços, à rigidez quanto às regras e desenvolvimento de programas, à sobreposição de intervenções, ao reforço da verticalidade e poderes decisórios, ao

¹³ Para que o público esteja preparado, é fundamental que os potenciais desastres que a comunidade possa vir a enfrentar sejam do conhecimento comum. Além disso, a comunidade deve estar ciente de acções simples que podem reduzir a vulnerabilidade pessoal.

¹⁴ Profissionais de diferentes campos devem possuir competências específicas relevantes para uma resposta em grande escala a desastres. Isso inclui treino especializado para paramédicos, médicos, enfermeiros, forças de segurança, etc.

- financiamento e avaliação isolados;
- Prevenir a fragilização/vulnerabilização do(a) utente, sujeito do conjunto das intervenções;
- Promover uma resposta mais adequada às reais necessidades de quem sofre, potenciadora da resiliência individual/comunitária.

3.2 Visando alcançar nos próximos anos a redução substancial do risco de desastres e perdas em vidas, meios de subsistência e saúde e nos ativos económicos, físicos, sociais, culturais e ambientais de pessoas, empresas, comunidades e países, foi adotado na Terceira Conferência Mundial da ONU, em Sendai, Japão, em 18 de março de 2015, a *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*¹⁵. Este “guião” visa proteger as pessoas e suas propriedades, a saúde, os meios de subsistência e os bens produtivos, bem como os bens culturais e ambientais, promovendo e protegendo todos os direitos humanos, incluindo o direito ao desenvolvimento. Defende que cada Estado tem a responsabilidade primária de prevenir e reduzir o risco de desastres, a par com a promoção do envolvimento de toda a sociedade. Alguns dos princípios em que assenta a sua implementação:

- A gestão e redução do risco de desastres depende de mecanismos de coordenação dentro e entre sectores, e requer o envolvimento de todas as instituições estatais de natureza executiva e legislativa e uma articulação clara de responsabilidades entre os intervenientes públicos e privados, para assegurar objectivos comuns, parceria, e complementaridade de papéis;
- Embora o papel de orientação e coordenação dos governos permaneça essencial, é necessário capacitar autoridades e comunidades locais para reduzir o risco de desastres;
- A redução do risco de catástrofes requer uma abordagem multi-riscos e uma tomada de decisão informada em termos de risco, baseada na permuta e na divulgação de dados, bem como no acesso fácil e actualizado de informação de base científica, complementada pelo conhecimento tradicional;
- O desenvolvimento, fortalecimento e implementação de políticas, planos, práticas e mecanismos relevantes devem buscar o desenvolvimento e o crescimento sustentável;
- Embora os fatores de risco de desastres naturais possam ser locais, regionais, nacionais ou globais, têm características específicas locais que importa serem compreendidas para a definição das medidas a adoptar;
- Abordar os fatores de risco de desastre a partir de investimento público e privado informado contribui para um desenvolvimento sustentável;
- Na fase de recuperação pós-desastre, reabilitação e reconstrução, é fundamental evitar a criação e redução do risco de desastres através do “Building Back Better”¹⁶, incluindo a melhoria do conhecimento e a consciencialização da população em geral sobre o risco de desastres;
- Uma parceria global efetiva e significativa, e o fortalecimento da cooperação internacional são essenciais para uma gestão eficaz do risco de desastres.

Importa sublinhar que a recuperação a longo prazo de um grande desastre natural é inevitavelmente um processo lento e difícil. Nenhuma sociedade é a mesma depois de passar por tal evento: novas vozes são ouvidas e organizações emergentes baseadas na comunidade, expressam as necessidades das pessoas afectadas (Wisner, Adams, & WHO, 2002), podendo mesmo virem a tornar-se uma força permanente para a mudança, com vista ao desenvolvimento sustentável pós-catástrofe. A provisão de apoio psicossocial a populações afetadas por desastres tem sido reconhecida como uma estratégia chave na mitigação dos efeitos adversos à saúde mental causados por desastres naturais e provocados pelo homem (Lennart et al, 2013).

¹⁵ “The Sendai Framework for Disaster Risk reduction 2015-2030” resulta da consulta aos diferentes intervenientes, iniciada em Março de 2012, e das negociações inter-governamentais entre Julho de 2014 e Março de 2015, suportadas pelo United Nations Office for Disaster Risk Reduction, a pedido das Assembleia Geral das Nações Unidas.

¹⁶ Ler mais em <https://practicalaction.org/build-back-better> (consultado em 24 de abril 2018)

Bibliografia

- Albuquerque, A. et al. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress. Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Fifth edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Assar, M. (1971) *Guide to sanitation in natural disasters*. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41031>, acedido a 24 de abril de 2018
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Editor, Artes Médicas.
- Caldas de Almeida, J.M. & Xavier, M. (2009). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º relatório*. Ed. Universidade Nova de Lisboa. Disponível em http://www.fcml.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf, acedido a 24 de abril de 2018.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses & Direcção Geral de Saúde. (2017). *Como lidar com um desastre natural* (2017). Disponível em <http://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/09/Como-lidar-com-um-desastre-natural.pdf>, acedido a 24 de abril de 2018
- Wisner, B., Adams, J. & World Health Organization. (2002). *Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide*. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/iris/handle/10665/42561>, acedido a 24 de abril de 2018
- Guerreiro, D., Brito, B., Baptista, J.L., & Galvão, F. (2007). Stress Pós-Traumático. Os Mecanismos do Trauma. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 347-354. Disponível em <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/866/540>, acedido a 24 de abril de 2018
- Peres, J. F. P., Mercante, J. P. P., & Nasello, A. G. (2005). Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul*, 27(2), 131-138. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082005000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt, acedido a 24 de abril de 2018
- Reifels, L. et al. (2013). Lessons Learned About Psychosocial Responses to Disaster and Mass Trauma: An International Perspective. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3873118/>, acedido a 24 de abril de 2018
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction. (2015). *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*. Geneva: United Nations. Disponível em <https://www.unisdr.org/we/inform/publications/43291>, acedido a 24 de abril de 2018