



**REPÚBLICA
PORTUGUESA**

SAÚDE

**Comissão de Acompanhamento
da população afetada pelos incêndios
na área da saúde mental**

(Despacho nº 6837/2017, de 8 de agosto)

RELATÓRIO FINAL

Lisboa, maio 2018

Índice

SUMÁRIO EXECUTIVO	3
I Introdução	7
II Acompanhamento	9
A. Aspectos gerais	9
B. Promoção e garantia do acesso aos cuidados de saúde mental	10
C. Assegurar informação atualizada junto da comunicação social	16
III Caracterização da população em risco	17
IV Recomendações para a estruturação de respostas na área da saúde mental em situações de emergência e catástrofe	18
A. Impacto psicológico em situações de emergência e catástrofe	18
B. Estratégia e normas de orientação – Recomendações gerais	20
C. Estratégia e normas de orientação – Configuração do sistema	21
D. Requisitos e implementação	23
Fluxograma	25
Siglas e acrónimos	26
Documentos anexos	27

RELATÓRIO FINAL

SUMÁRIO EXECUTIVO

Na sequência dos incêndios que atingiram uma vasta área da Região Centro em 2017, foi constituída uma Comissão multidisciplinar de Acompanhamento da população afetada, especificamente orientada para a área da saúde mental, com um vasto leque de objetivos.

Ciente das suas atribuições e da capacidade instalada no terreno, entendeu a Comissão partilhar a informação que fosse disponibilizada, em particular pela ARS do Centro (ARSC) – permitindo uma monitorização intermediada do acompanhamento – e assentando o seu trabalho em quatro vetores principais:

- Disponibilizar informação atualizada junto da comunicação social sobre as ações empreendidas, de modo a obter a sua colaboração na articulação das ações, designadamente com as entidades locais, autarquias e instituições sociais e solidárias, de modo a potenciar sinergias nas intervenções;
- Caracterizar a população em risco, tendo em conta as perdas sofridas, a sintomatologia evidenciada, os recursos individuais e do respetivo sistema familiar, com especial atenção às situações de risco de suicídio;
- Promover e garantir o acesso, em tempo adequado, a cuidados de saúde mental apropriados por parte das populações, através da dinamização de equipas comunitárias, multidisciplinares, envolvendo os diversos profissionais de saúde mental, de modo a integrar respostas concertadas junto da população em risco;
- Produzir recomendações para a estruturação de respostas na área da saúde mental, em situações similares futuras de calamidade, com esta dimensão e impacto, a nível local, regional ou nacional, de forma articulada com os parceiros relevantes da comunidade.

A informação disponibilizada pela ARSC, com periodicidade semanal, permitiu acompanhar o evoluir do apoio às populações afetadas, incluindo o que resultou do alargamento da área inicialmente focada à dos incêndios de outubro.

Como se pode ler no Relatório final da ARSC, a resposta em Saúde Mental foi célere e efetiva nos dois grandes incêndios da região Centro. O facto de haver já, instaladas no terreno, Equipas de Saúde Mental Comunitária foi uma enorme mais-valia para a eficiência da resposta.

As Instituições externas deram uma boa colaboração institucional disponibilizando recursos e conhecimento geo-demográfico que potenciou a capacidade de resposta (Fuzileiros, Autarquias, INEM, Misericórdias, Cruz Vermelha).

As equipas de saúde mental comunitária, objeto do presente relatório, realizaram perto de cinco mil consultas de psicologia/psiquiatria e mais de um quarto desse número de domicílios de saúde mental relacionados com os incêndios, estando previsto que as equipas se irão manter no terreno durante dois anos.

Sendo certo que a exposição a situações potencialmente traumáticas possui efeitos variáveis no bem-estar psicológico de indivíduos e populações, não devendo de per si ser considerada um determinante exclusivo para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, no decurso da vivência de um evento emergente ou catastrófico, nomeadamente um desastre natural, é comum o aparecimento de um conjunto de respostas emocionais intensas, que na maioria dos casos tendem a diminuir e desvanecer-se nas semanas seguintes.

O modo como cada indivíduo processa um evento (potencialmente) traumático irá determinar a configuração da sua reação específica, já que esta traduz o impacto crítico dos agentes stressores no funcionamento global do próprio indivíduo, no contexto da sua personalidade e experiências anteriores. No entanto, só é possível perspetivar a heterogeneidade do impacto psicológico no contexto da catástrofe e estabelecer estratégias de prevenção através da aplicação de uma lógica de saúde pública, onde a adoção do modelo ecológico tem um papel fundamental na leitura dos fatores de risco e de resiliência, quer a nível individual como das comunidades.

Para tentar caracterizar alguns destes processos, entendeu a Comissão que a melhor forma de conhecer a realidade e avaliar o impacto e as necessidades na área de saúde mental seria realizar **dois inquéritos** por questionário, um dirigido aos serviços e às Instituições e outro dirigido à população dos Concelhos afetados pelos incêndios de junho a outubro de 2017, devendo destacar-se os seguintes pontos:

O impacto negativo dos incêndios mais referido pela população foi a perda de bens, tendo o psicológico sido mais referido pelas mulheres, em particular nos concelhos de Oliveira do Hospital, Arganil, e Tábua, embora tenham sido acompanhados por uma equipa de saúde mental comunitária e nos de Pampilhosa da Serra, Góis, Lousã e Vila Nova de Poiares, com uma resposta reduzida na área da saúde mental; A comparação destes resultados com os obtidos no grupo de Figueiró dos Vinhos, Pedrógão Grande e Castanheira de Pera, sugere a importância de uma resposta de saúde mental consistente já instalada previamente no terreno, como era o caso deste grupo;

Entre as pessoas ou entidades que prestaram apoio psicossocial, as mais citadas pelos inquiridos foram os familiares e amigos, os profissionais no Centro de saúde, as Câmaras Municipais e os bombeiros, embora a importância de cada uma tenha variado conforme a área de residência. Mais de um terço dos inquiridos evidenciou, na altura do inquérito, sintomas de luto complicado.

Das pessoas inquiridas que sentiram necessidade de apoio psicológico em consequência dos incêndios e que referiram ter recebido algum tipo de apoio, quase 60% consideraram-no suficiente. Sobre o local onde deveria ser prestado o apoio psicossocial, foram considerados o centro de saúde, o domicílio e os bombeiros em valores aproximados. Já quanto às crianças, consideram que deveriam ser apoiadas, do ponto de vista psicológico, na escola, por psicólogos e pelos pais e outros familiares.

Os três aspetos mais positivos do apoio psicossocial de que a população beneficiou foram, segundo os inquiridos, a oferta de bens (roupa, géneros alimentares e outros), o acompanhamento psicológico e a solidariedade e ajuda. No que respeita aos aspetos negativos mais citados, os inquiridos referiram apoio insuficiente, as injustiças ou má distribuição da ajuda e a falta de comunicação e informação.

Do ponto de vista institucional, os representantes das instituições que responderam ao inquérito consideraram o impacto psicológico entre os trabalhadores e colaboradores como o principal impacto dos incêndios.

A melhoria do apoio psicossocial deveria passar por melhor coordenação, mais locais de atendimento e maior simplicidade na sua obtenção, sendo as estruturas consideradas mais importantes na área do apoio psicossocial, os Centros de Saúde, as Câmaras Municipais e a Segurança Social.

O atendimento das pessoas afetadas pelos incêndios nos serviços de saúde, foi considerado positivo, sendo mais de 75% muito bom, ou bom dentro do possível.

Para disponibilizar informação à população as instituições que responderam ao inquérito indicaram, por ordem de importância: o centro de saúde, folhetos e brochuras, cartazes na via pública, internet e rádio local, jornais e uma linha telefónica informativa.

RELATÓRIO FINAL

Da análise resultante da monitorização do acompanhamento e dos inquéritos efetuados, entendeu a Comissão fazer as seguintes **recomendações**:

A saúde mental deve ser uma parte integrante das respostas em situação de emergência e catástrofe, independentemente da sua natureza e dimensão, pelo que deve ser contemplada e incluída em todas as fases de desenvolvimento dos planos globais/sectoriais nesta área.

O desenvolvimento de respostas de saúde mental em situações de emergência e catástrofe não deve ser encarado como um atributo da responsabilidade exclusiva do sector da saúde, mas sim como um processo colaborativo intersectorial, envolvendo necessariamente múltiplos agentes (entidades governamentais, sector social, comunidades).

É necessário desenvolver um sistema com diversas camadas de apoio e intervenção, complementares entre si, dado que em situação de catástrofe, os indivíduos e respetivas comunidades são afetados de modos diferentes, requerendo por esse motivo modalidades de apoio distintas entre si. Neste sistema, a base da pirâmide corresponde às populações, organizadas em comunidades, com os seus recursos próprios, constituindo a mobilização das comunidades o primeiro nível de resposta a eventos emergentes, devendo ser promovida de forma estruturada, de acordo com um plano pré-estabelecido, que envolva a identificação e seleção dos agentes comunitários, a produção e difusão de materiais simples de orientação sobre a conduta em situação de emergência, e a informação sobre os serviços disponíveis a contactar.

A expansão da rede de equipas comunitárias de saúde mental a nível de todo o país, tal como se encontra preconizado no plano nacional de saúde mental, será um fator determinante para garantir um apoio adequado aos indivíduos mais vulneráveis das populações atingidas.

Com base no impacto esperado do trauma nas populações e nos pressupostos anteriormente mencionados, é necessário estruturar rapidamente um modelo de respostas de saúde mental integrado nas respostas gerais em emergência e catástrofe, dotado de uma estrutura em patamares de resposta sucessivos, com níveis de coordenação claramente identificados, com um mecanismo linear de articulação, desde a fase inicial até aos serviços especializados (fases de alarme, sinalização e referência), que se possa traduzir num fluxograma simples e assente, em termos de prevalência antecipável das perturbações, nos Cuidados de Saúde Primários.

Para poderem responder rapidamente a estas situações mais graves, os Serviços Locais de Saúde Mental devem constituir um grupo de coordenação, designado por Núcleo Local de Resposta a Catástrofes-SLSM, formado por um médico, um enfermeiro, um psicólogo e um assistente social, com formação específica nesta área. Este núcleo tem como responsabilidade articular com o núcleo afim dos ACeS e com o Gabinete de Crise da ARS (se necessário), e mobilizar o SLSM para o acolhimento dos potenciais indivíduos doentes.

Nestas situações, que correspondem habitualmente a um número relativamente reduzido de casos, a referência deve ser feita sempre que possível às Equipas de Saúde Mental Comunitária, uma vez que estas já têm uma relação estreita de trabalho com os centros de saúde.

A implementação com sucesso de um plano desta natureza, dentro dos condicionalismos temporais a que as circunstâncias atuais obrigam, implica a correta identificação dos requisitos estruturais e das entidades

responsáveis pelo seu cumprimento, nomeadamente, a constituição de Gabinetes de Crise nas cinco ARS, a criação de Núcleos Locais de Resposta a Catástrofes em cada ACeS e em cada SLSM, e a implementação de Programas de formação em ajuda psicológica em situação de emergência, para formadores, por um lado e para profissionais dos ACeS e SLSM, por outro.

A formação nesta área deve ser feita em cascata (formação de formadores), com um primeiro nível garantido por profissionais com experiência, e um segundo nível assegurado pelos Núcleos Locais de Resposta a Catástrofes.

No entanto, porque a implementação de um sistema de formação organizado a dois tempos é incompatível com a proximidade temporal do Verão, numa perspetiva de contingência, deverá ser de imediato difundido o documento “**Psychological first aid: Guide for field workers**”, da OMS, nas suas versões em Inglês e em Português do Brasil (http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/).

Ao concluir o seu trabalho, não pode esta Comissão deixar de manifestar publicamente gratidão às equipas de saúde mental que, em conjunto, colaboraram, articularam e funcionaram em rede, pelo trabalho executado, bem como ao Conselho Diretivo e à Direção do Departamento de Saúde Pública da ARS do Centro o enorme trabalho que permitiu levar a tarefa da Comissão a bom porto.

Lisboa, 11.mai.2018

A Comissão de Acompanhamento da população afetada pelos incêndios de 2017

RELATÓRIO FINAL

I – Introdução

Em cumprimento da alínea m) do nº 2 da Resolução do Conselho de Ministros nº 101-A/2017, de 6 de julho, o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, determinou, pelo Despacho n.º 6837/2017, publicado no D.R., 2ª série, de 8 de agosto, a constituição de «uma Comissão de Acompanhamento da população afetada pelos incêndios que atingiram os concelhos de Castanheira de Pêra, Figueiró dos Vinhos, Góis, Pampilhosa da Serra, Pedrógão Grande, Penela e Sertã, especificamente no que respeita à resposta na área da saúde mental», tendo como «objetivos:

- a) Promover e assegurar a acessibilidade aos cuidados de saúde por parte das populações, em tempo adequado, valorizando as soluções de proximidade;
- b) Coordenar as intervenções, quer as de natureza preventiva, quer as de ação terapêutica, já realizadas ou a realizar;
- c) Caracterizar a população em risco, tendo em conta as perdas sofridas, a sintomatologia evidenciada, os recursos individuais e do sistema familiar em causa e os antecedentes psicopatológicos revelados, com especial atenção às situações de risco de suicídio;
- d) Dinamizar as equipas comunitárias, multidisciplinares, envolvendo os diversos profissionais de saúde mental, de modo a integrar respostas concertadas junto da população em risco;
- e) Articular as ações, designadamente com as entidades locais, nomeadamente autarquias e instituições sociais e solidárias, de modo a garantir sinergias nas intervenções;
- f) Estabelecer normas de orientação para a estruturação de respostas na área da saúde mental em situações futuras de calamidade, com esta dimensão e impacto;
- g) Assegurar informação atualizada junto da comunicação social sobre as ações empreendidas, de modo a obter a sua colaboração na necessária informação à comunidade.»

A Comissão [como passará a ser designada], «presidida pelo Presidente do Conselho Nacional de Saúde Mental Dr. António Alfredo de Sá Leuschner Fernandes, integra ainda os seguintes elementos:

- a) Dr. Álvaro Andrade de Carvalho, psiquiatra, Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção-Geral da Saúde;
- b) Dr. António Pires Preto, psiquiatra, Coordenador do Gabinete Técnico de Saúde Mental da Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.;
- c) Prof. Doutora Teresa Maia Correia, psiquiatra, Coordenadora do Gabinete Técnico de Saúde Mental da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.;
- d) Dr. Henrique Botelho, Coordenador da Reforma do Serviço Nacional de Saúde, na área dos Cuidados de Saúde Primários;
- e) Enfª Helena Quaresma, enfermeira, representante da Ordem dos Enfermeiros no Conselho Nacional de Saúde Mental;
- f) Prof. Doutor Samuel Antunes, psicólogo, representante da Ordem dos Psicólogos no Conselho Nacional de Saúde Mental;

- g) Dr^a Patrícia Teixeira da Silva, assistente social, representante da Associação Portuguesa dos Profissionais de Serviço Social no Conselho Nacional de Saúde Mental;
- h) Prof. Doutor Daniel Sampaio, psiquiatra, Professor Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- i) Prof. Doutor António Barbosa, psiquiatra, especialista nos processos de luto, Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- j) Prof. Doutor Fausto Amaro, sociólogo, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;
- k) Dr. Fernando Passos, psicólogo, representante da Polícia de Segurança Pública na Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental (CTA);
- l) Dr^a Sónia Cunha, psicóloga, do Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P.;
- m) Dr^a Ana Araújo, psiquiatra no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), coordenadora das equipas de saúde mental comunitária, nos concelhos afetados;
- n) Dr. João Redondo, psiquiatra, coordenador do Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicológico do CHUC;
- o) Dr. Pedro Pires, pedopsiquiatra, assessor da Direção do Programa Nacional para a Saúde Mental da Direção-Geral da Saúde;
- p) Dr. Jorge dos Santos Lopes da Costa, representante da Associação dos Familiares das Vítimas de Pedrogão Grande».

Foram posteriormente incluídos, por cooptação, aceite pelo Senhor Secretário de Estado:

- q) Dr. João Pedro Travassos Carvalho Pimentel, Diretor do Departamento de Saúde Pública da ARS Centro;
- r) Dr^a Isabel Pereira Santos, do Gabinete de Comunicação do Ministério da Saúde.

Devido ao falecimento do Dr. Álvaro de Carvalho – em relação ao qual a Comissão formulou um voto de pesar –, a fase final da elaboração deste Relatório foi acompanhada ativamente pelo novo Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental, Prof. Doutor Miguel Xavier.

A Comissão foi apoiada pela Dr^a Maria Manuel Carneiro, da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, quer durante as reuniões, quer na sua preparação, tendo sido substituída em duas delas pela Dr^a Sofia Manso.

Ciente das suas atribuições e da capacidade instalada no terreno – quer como resposta aos acontecimentos, quer antecipadamente –, bem como das suas limitações, entre outras, a dispersão geográfica dos seus Membros, a Comissão, na sua primeira reunião, entendeu partilhar a informação que fosse disponibilizada, em particular pela ARS do Centro, inventariar as respostas disponíveis, a todos os níveis, incentivar outros tipos de respostas, quando justificado, e dar-lhes a devida divulgação.

Considerou a Comissão dever assentar o seu trabalho em quatro vetores principais:

- Promover e assegurar a acessibilidade aos cuidados de saúde por parte das populações, em tempo adequado, valorizando as soluções de proximidade, coordenando as intervenções, quer as de natureza preventiva, quer as de ação terapêutica, através da dinamização das equipas comunitárias, multidisciplinares, envolvendo os diversos profissionais de saúde mental, de modo a integrar respostas concertadas junto da população em risco;
- Assegurar informação atualizada junto da comunicação social sobre as ações empreendidas, de modo a obter a sua colaboração na necessária informação à comunidade e facilitando a articulação das ações,

RELATÓRIO FINAL

designadamente com as entidades locais, autarquias e instituições sociais e solidárias, de modo a potenciar sinergias nas intervenções;

- Caracterizar a população em risco, tendo em conta as perdas sofridas, a sintomatologia evidenciada, os recursos individuais e do sistema familiar em causa e os antecedentes psicopatológicos revelados, com especial atenção às situações de risco de suicídio;
- Produzir recomendações para a estruturação de respostas na área da saúde mental, em situações similares futuras de calamidade, com esta dimensão e impacto, a nível local, regional ou nacional, equacionando modelos de intervenção na comunidade, em articulação com o poder local, com os serviços da segurança social, com os diferentes cuidados de saúde, bombeiros, comunicação social, associações particulares de apoio, e outras estruturas relevantes da comunidade.

II – Acompanhamento

A. Aspetos gerais

Ao longo dos sete meses volvidos desde a sua constituição, a Comissão realizou catorze reuniões no Ministério da Saúde, para além de manter permanente contacto, por via eletrónica, entre os seus Membros, alguns dos quais – particularmente os pertencentes à ARS do Centro e aos Serviços da sua jurisdição – tiveram participação em eventos organizados por várias Entidades da Sociedade Civil, nomeadamente a Associação dos Familiares das Vítimas dos Incêndios de Pedrogão Grande.

Tal participação permitiu conhecer os problemas com que as populações se foram confrontando e tomar contacto com os intervenientes no terreno, nomeadamente, as equipas de saúde mental que deram apoio às Pessoas que sofreram o impacto dos incêndios, em particular os Familiares das vítimas dos incêndios de junho, independentemente do local de residência, sabendo-se que alguns desses Familiares residem fora daquela Região, designadamente na de Lisboa e Vale do Tejo.

Houve, pois, que promover a divulgação, junto da população daquelas duas regiões, dos locais onde estavam instaladas as equipas de apoio psicológico e a forma de lhe aceder, para garantir que a ajuda chegasse a todas as Pessoas (incluindo as vítimas indiretas) que dela careciam e procuravam, quer em meio rural, quer urbano, facilitando a sua identificação através de equipas móveis de apoio comunitário e diligenciando, junto das Entidades competentes, pela isenção do pagamento de taxas moderadoras nos atos relacionados e pela facilitação da mobilidade de profissionais que pretendam integrar as equipas de ajuda.

Considerou ainda fundamental o reforço do apoio psicológico nos agrupamentos das escolas daqueles Concelhos – apesar de se estar em pleno período de férias escolares –, promovendo esse apoio, quer ao nível individual, quer de ações coletivas para pais, encarregados de educação, professores e comunidade escolar em geral, com o intuito também de detetar precocemente sintomatologia que indiciasse sofrimento psicológico.

Foi salientada a importância de uma clarificação do que é razoável como expectativa quanto ao trabalho da

Comissão, uma vez que o que foi sendo feito não se revelou suficiente, havendo ainda algo mais que faltava transmitir às pessoas, pelo que foi sugerida a realização de mais reuniões nos centros de saúde, com os representantes das vítimas e as juntas de freguesia, como forma de conhecer as expectativas da população.

A Comissão desde o início teve como objetivo ajudar a garantir que o apoio era o melhor possível, devendo ir ao encontro das necessidades identificadas. Foi importante partilhar com a Associação a análise do que será melhor (estratégia comum) e que garanta que, a médio e longo prazo, o objetivo primeiro, que é a recuperação das vítimas, será alcançado.

Foi entendido que o acompanhamento se devia basear num modelo de intervenção flexível, nomeadamente com reuniões de acompanhamento nos centros de saúde de Pedrógão e Castanheira de Pera para reavaliação e mais atividades de proximidade, como sejam as consultas deslocalizadas e reuniões em agrupamentos de escolas com as crianças e professores.

Ao longo das sucessivas reuniões, os membros da Comissão questionaram qual a atitude que a Comissão deveria seguir, atentos os objetivos que lhe foram definidos, incidindo a sua ação na alínea f), “*Estabelecer normas de orientação para a estruturação de resposta na área da saúde mental em situações futuras de calamidade, com esta dimensão e impacto;*” e assim proceder à recomendação de uma estratégia de resposta a eventos emergentes, que integre boas práticas na área da saúde mental.

B. Promoção e garantia do acesso aos cuidados de saúde mental

Cedo se revelou muito importante o cruzamento das listas de pessoas afetadas, para garantir, não só que todas as pessoas estão identificadas e que o apoio necessário a elas chega, mas também para se poder definir o tipo de intervenção mais adequada, bem como identificar as pessoas que também precisem de outros tipos de intervenção.

Da leitura dos primeiros relatórios apresentados pela ARS do Centro, pôde concluir-se que a primeira fase do acompanhamento da população afetada pelos incêndios, correu conforme o esperado, tendo a ajuda chegado a todas as pessoas mais diretamente associadas ao incêndio; foi particularmente mencionada a importância do papel que desempenharam o INEM, a PSP e o Exército. Estas entidades asseguraram a primeira resposta e, durante a primeira semana, estiveram em contínuo no terreno. Tal como expresso no relatório entregue pelo INEM, esta Entidade foi responsável pela resposta no âmbito da saúde a este incidente crítico, com que colaborou a PSP, a CVP, o Exército e a Marinha. Esta articulação foi essencial para a resposta às necessidades na fase de alarme e não poderá ser desvalorizada.

Da mesma forma, merece destaque a organização militar imposta pelos fuzileiros. A georreferenciação utilizada foi essencial para a organização da comunidade, devendo garantir-se que essa informação não se perca. Aliás, os fuzileiros desempenharam um papel essencial, inclusive, montaram uma cozinha que fornecia refeições, demonstraram uma excelente interação com a comunidade. O detalhe da organização daquela estrutura foi muito importante, as emoções eram muito bem controladas, sendo de salientar o trabalho em rede, envolvendo muitos setores, incluindo do ponto de vista logístico.

Numa segunda fase, destacou-se a importância de chegar a outras pessoas que precisam de várias fases de intervenção, bem como a vítimas indiretas da tragédia, nomeadamente crianças, bombeiros e outros profissionais, etc., por forma a minimizar os efeitos colaterais, porventura tardios, dos incêndios. Desde o primeiro momento que houve articulação entre as várias equipas da ARS Centro (CHUC + ACeS + UCC + USF + UCSP + USP) e com o INEM, no terreno, que garantiram um ponto de situação atualizado diariamente, sendo

RELATÓRIO FINAL

que os cuidados de saúde primários foram habitualmente o primeiro contacto.

Foi essencial dispor de dados objetivos, nomeadamente quantas pessoas, tipo de acompanhamento, por que equipas multidisciplinares, etc., para se poder avaliar corretamente o acompanhamento, cabendo à Comissão garantir a monitorização do que se passava no terreno e promovendo a sua divulgação.

Considerou-se essencial definir uma rede/estrutura de acompanhamento, ou seja, como se processa na prática a referência das pessoas/vítimas que precisam de ajuda, que deverão ser elucidadas sobre onde devem dirigir-se. Tal estrutura de intervenção deve funcionar em 3 níveis: cuidados de saúde primários → saúde mental comunitária (nível local) → consulta especializada, sendo importante definir os critérios de referência.

No âmbito do trabalho desenvolvido pelas equipas de saúde mental comunitária nas áreas afetadas, foram organizados processos, por concelhos, contendo listas com registos permanentes, não obstante os registos obrigatórios nas aplicações dos programas informáticos do SNS, que elencam todas as situações e todos os apoios que têm sido prestados às populações, desde o apoio psicológico, alimentar, escolar, etc.... Tratou-se de uma única metodologia, utilizada em todos os concelhos, realizando-se amiúde reuniões de acompanhamento com os profissionais sobre os casos mais delicados.

Sobre o apoio psicológico prestado às vítimas, foi referido o funcionamento da Bolsa de Psicólogos, acionada em situações de catástrofe pela Proteção Civil, após o pedido feito pela Câmara Municipal de Pedrogão. Todavia, não houve articulação com as estruturas já criadas sendo, uma vez mais, de realçar a importância da organização de equipas multidisciplinares, a funcionar em rede, para intervir na comunidade. A este respeito, foi salientada a necessidade de garantir uma formação adequada a todos os que sejam chamados, assim como um enquadramento institucional. Nestas situações, não deverá confundir-se voluntariado com voluntarismo.

O reforço feito na área dos recursos humanos permitiu um aumento significativo na capacidade de resposta, permitindo realizar cerca de 100 consultas de saúde mental por semana, num trabalho da equipa de saúde mental comunitária do CHUC, liderada pela Dr^a Ana Araújo, e dos psicólogos do ACeS do Pinhal Interior. A partir do segundo mês, não se verificavam tempos de espera para consultas. Foram também feitas por parte daquelas equipas, visitas ao terreno: domicílios (25 por semana), ações de grupo, intervenções na comunidade escolar e articulação com as autarquias e setor social. A equipa de saúde ocupacional apoiou e contactou com regularidade os profissionais. Na área da saúde pública foram realizadas análises sistemáticas às águas e alimentos, divulgação de medidas preventivas e o acompanhamento da saúde escolar em articulação com as Unidades de Cuidados na Comunidade.

Na área da ARS Lisboa e Vale do Tejo, em que foram identificadas Pessoas em risco, foi confirmado que todos os indivíduos previamente identificados foram contactados, inclusive por telefone, tendo sido acompanhados e informados da total disponibilidade e sobre os locais onde poderão recorrer e como o fazer, caso viessem a sentir a necessidade de apoio psicológico. As Pessoas contactadas aguardavam o contacto telefónico, estavam tranquilas e não se verificou qualquer constrangimento.

Os elementos de ambas as ARS, do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, reiteraram a informação sobre a

continuidade do acompanhamento feito às vítimas e familiares das vítimas, o reforço de recursos humanos e os procedimentos adotados, em consonância com as Recomendações preconizadas pela Direção-Geral da Saúde.

Constatou-se que, nos modelos de intervenção de psiquiatria em situações de crise, deverá funcionar uma equipa multidisciplinar e com vários níveis de intervenção, como foi confirmado na ARS Centro, onde uma equipa pré-existente funcionou e foi eficaz.

Foi realçada a importância da continuidade da divulgação dos apoios existentes, bem como a confirmação de que todas as vítimas foram identificadas e estão devidamente acompanhadas. Ao nível dos cuidados de saúde, assinalaram-se as diferenças geográficas e as assimetrias, com consultas de grande diferenciação, nomeadamente as consultas de luto existentes nas áreas de Lisboa e Coimbra, para onde preferencialmente devem ser referenciados os casos identificados pelos médicos de família. Destacou-se também a importância de clarificar quais os critérios de triagem para consultas diferenciadas, o que deverá competir às Equipas que acompanham as vítimas. A Associação de Apoio às Vítimas de Pedrogão Grande (AAVPG) tem o seu papel e importância, que não se devem confundir com as orientações técnicas.

Os acontecimentos ocorridos no fim de semana de 15 e 16 de outubro implicaram uma atualização dos dados dos incêndios, para melhor aferir da sua dimensão e impacte. A resposta no terreno revelou as dificuldades de organização inerentes a uma situação não prevista, tendo sido feito um ajustamento de recursos. O Centro Hospitalar Tondela-Viseu agregou algumas equipas de psiquiatras e psicólogos que foram para o terreno, mas a resposta em permanência foi dada sobretudo pelos centros de saúde. Nessas zonas, as equipas do INEM mantiveram-se nos locais, por não haver, em algumas das áreas, equipas de saúde mental comunitária, manifestando os próprios técnicos maiores dificuldades na referência de Pessoas que careciam de acompanhamento psicológico/psiquiátrico.

Foi notada, por exemplo, a diferença no discurso nos enfermeiros nas duas zonas afetadas. No primeiro caso (junho), referiram que sempre sentiram suporte, com identificação precoce e referência. No segundo caso (outubro), os enfermeiros referiram que não sentiam o apoio em proximidade e em articulação.

A Ordem dos Psicólogos, por sua vez, não foi confrontada desta vez com as necessidades sentidas na primeira tragédia, tendo havido maior tranquilidade e serenidade, o que significa que o sistema aprendeu a confiar, quer a população nos técnicos, quer estes em si próprios.

Na região de Lisboa, não surgiram novos casos, quer relacionados com os incêndios de outubro, quer com os de junho.

Foi salientada a importância de, à data dos incêndios de junho, existirem, em Pedrogão Grande, Unidades de Saúde Mental Comunitária (USMC) já constituídas, ao invés da inexistência prévia das mesmas, na grande maioria dos concelhos afetados pelos incêndios de outubro, o que demonstra a importância destas Unidades e que este deve ser o Modelo a seguir, devendo ser replicado nas novas comunidades. A tutela deverá retirar esta conclusão e cabe a esta Comissão evidenciá-la.

Houve necessidade de aferir a expectativa de todos (comunidade, Comissão, Associação, etc.) relativamente à ajuda que estava a ser prestada. Subsistia, apesar de tudo, a ideia de défice de respostas especializadas, não sendo certo até que ponto se resolvia o problema afetando mais recursos. A estratégia da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro foi de aumentar o suporte e partir depois para as pessoas. A proatividade pode ser ou não uma boa abordagem nestas situações. O acompanhamento real deve ser feito no terreno, junto das vítimas dos incêndios, dos familiares, dos profissionais.

RELATÓRIO FINAL

Considera-se legítimo perguntar se os recursos são suficientes, tudo indicando que, antes dos incêndios de 17 de junho e 15 de outubro, os recursos eram insuficientes, mas que após estas datas o acompanhamento às vítimas se revelou suficiente. Fica, no entanto, no ar a questão de saber se se deverá repensar a área de cuidados de saúde psicológicos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo, porventura, importante aproveitar esta situação para fazer um levantamento rigoroso para uma organização a longo prazo, que responda a diversos tipos de eventos emergentes, justificando-se, por isso, a implementação de um sistema em camadas, multidisciplinar/multissetorial, em rede. Com efeito, à semelhança do que já foi feito em outros países europeus, torna-se necessário ponderar o desenvolvimento de uma estratégia para a integração do componente da saúde mental nas respostas às situações de emergência e catástrofe, que permita responder a diversos tipos de evento, independentemente da sua natureza e localização geográfica.

Outra questão identificada foi que tipo de apoio é necessário prestar. Neste contexto, a Comissão não considera que tenha havido falta de apoio especializado em trauma, devendo privilegiar-se uma política de proximidade no local, com o recurso aos cuidados de saúde primários e só depois, se e quando necessário, recorrer a consultas especializadas. Porque este ponto de vista não terá sido entendido, competiu à Comissão esclarecer este equívoco, explicando que a primeira resposta deve ser preferencialmente de proximidade, como foi transmitido aos presidentes das câmaras e das juntas de freguesia, bem como aos agrupamentos de centros de saúde, pela ARS Centro, tendo em conta a necessidade de deslocalizar alguns recursos. Foi importante explicar a essência da intervenção e esta explicação prévia foi determinante para a compreensão, não só dos profissionais, como da sociedade civil.

A forma de trabalho no terreno foi sendo partilhada com a Comissão. Continuaram a ser recebidas primeiras consultas relativas à situação traumática de junho e foi necessário garantir a continuidade dos recursos. Os técnicos tiveram que permanecer no terreno, integrados em equipas multidisciplinares.

Cedo se percebeu que seria necessário dar atenção a datas muito sentidas na população, nomeadamente o natal. Por exemplo, o facto de o Presidente da República ter garantido que iria estar presente apaziguou o sofrimento. Oportunamente, deverá ser feita uma análise mais detalhada das respostas.

Foi sentido também por parte da Comissão que há quem pense que a organização de cuidados de saúde não tem impacto direto nas pessoas e que o paradigma de intervenção está errado, sendo preciso cativar as pessoas que sentem que a intervenção não foi feita. As pessoas não recorrerão naturalmente ao centro de saúde, sendo necessário explicar à população o modelo que está a ser aplicado e fazer debates alargados a grupos mais pequenos.

Considerou-se essencial distinguir as crenças da população, das competências dos profissionais, a quem cabe desmistificar pelo acompanhamento, sendo fundamental que os processos decorram por si, através dos recursos de proximidade. Por exemplo, o facto de se trabalhar num centro de saúde significa que se é um profissional diferenciado. O trabalho de proximidade não tem que ver com especialização ou com a falta dela. Além de que o trabalho mais importante é a prevenção, tanto em situações de luto como noutras vivências traumáticas (p.ex. Perturbação de Stress Pós-traumático, depressão, reações de ajustamento).

A nível individual foram sendo dadas respostas às necessidades identificadas. A nível comunitário, recorreu-se ao envolvimento de líderes da comunidade, juntas de freguesia, rádios locais, líderes religiosos, etc. Estas reuniões com determinados agentes foram encaradas como potenciadoras do esclarecimento da população, uma vez que estão mais próximos e mais atentos às pessoas.

Foi essencial definir qual o tipo de cuidados que deviam ser privilegiados e qual a resposta que devia ser dada, cabendo a quem tem conhecimentos técnicos, à partida, saber escolher o que era mais adequado e melhor para a população, não sendo desejável que se instale a ideia de que não estava a ser dado o apoio adequado. Para isso, foi fundamental fomentar o diálogo entre os especialistas e os representantes da população, nomeadamente a Associação de Apoio às Vítimas, e deixar claro que a Comissão pretendeu sistematicamente ser um seu aliado operacional, e que a ajuda mútua (por exemplo, na identificação do que está em falta e na procura de soluções para dar essa resposta) é importante para definir uma estratégia em prol da população.

Foi sugerida a realização de uma reunião com elementos da Direção da Associação, bem como representantes locais, no sentido de melhorar a perceção sobre os pontos de vista e as expectativas das pessoas. Antes de dispor dos dados objetivos do inquérito sobre o acompanhamento e intervenções desenvolvidas, só falando com as pessoas se poderá perceber o que a população está a sentir no seu conjunto e o porquê do seu descontentamento.

Foi fundamental compreender o papel da Associação de Apoio às Vítimas no que toca à sua posição sobre tratamento especializado, que faria sentido ao nível individual, mas não a nível de uma comunidade, porque difere de indivíduo para indivíduo.

Constatou-se a existência de uma boa rede de referência, não sendo verdade que todas as vítimas de uma catástrofe precisem de consultas de especialidade. As componentes técnicas e as respetivas intervenções têm que ser aceites e em toda a literatura é feita uma referência clara sobre a assistência a prestar nas consultas do trauma /luto, sendo necessário ir “passo a passo”, por degraus.

Não pode por isso a Comissão concordar com o facto de se pedir um apoio superespecializado, como é o caso da Associação, alegando que só há bom apoio se houver consulta de luto ou de trauma, uma vez que toda a literatura e as organizações internacionais apontam para que o apoio especializado deverá ser a exceção, mas não a regra. O que se tem como certo é que tem havido um apoio de proximidade, com números muito destacados. A resposta não pode/deve ser igual para todas as pessoas e cabe também aos técnicos explicar essa situação. E a este propósito foi salientado que os Dirigentes da Associação têm uma responsabilidade acrescida, por terem uma maior visibilidade.

Considerou-se, ainda, muito importante manter “as portas abertas” para as pessoas que ainda não procuraram ajuda, mas que eventualmente dela possam vir a precisar. O próximo passo poderá ser a constituição de grupos terapêuticos para os que têm e manifestaram vontade em ter apoio psicológico. Considera-se, no entanto, que é preciso acautelar a multiplicação das respostas terapêuticas e necessário aproveitar bem os recursos existentes.

A fim de debater alguns destes pontos, teve lugar a 22 de novembro uma reunião com alguns elementos da Direção da Associação no Centro de Saúde de Figueiró dos Vinhos, em que foi possível clarificar os papéis, por um lado, dos profissionais no terreno, por outro, da Associação, enquanto representante dos interesses e expectativas das Pessoas afetadas pelos incêndios, no caso, de junho e, por fim, da Comissão de Acompanhamento, que igualmente deverá dar atenção às vítimas dos de outubro.

RELATÓRIO FINAL

Reunião que decorreu num clima de grande tranquilidade – opinião corroborada por todos os participantes – tendo permitido perspetivar o quanto as pessoas estão a sofrer e que estratégias têm desenvolvido para ultrapassar o sofrimento. Foi feita uma abordagem das boas práticas do luto e do trauma, salientada a subjetividade das perdas e agendadas reuniões com as Equipas de Saúde Mental Comunitária para analisar iniciativas e potenciar atividades na comunidade, para o que foi demonstrada grande disponibilidade.

Foi também salientada a importância do compromisso assumido entre a Equipa local de Saúde Mental e os representantes da Associação das Vítimas, tendo estes sugerido às equipas formas de colaboração, permitindo identificar constrangimentos que possam ter existido. Na sequência daquelas reuniões, a Associação levou a cabo uma série de eventos durante o mês de dezembro.

As Equipas de Saúde Mental trabalharam e articularam com todas essas iniciativas e atividades, nenhum dos elementos tendo gozado férias, que se encontravam programadas, por forma a garantir o trabalho em conjunto. A manutenção no terreno foi muito importante, tanto mais que ainda recebem 3 a 5 primeiras consultas por semana, de vítimas dos incêndios, tendo havido um aumento de procura importante no final de fevereiro e durante o mês de março.

Considerou-se que esta Comissão deve ter também uma perspetiva pedagógica, garantir que o acompanhamento das vítimas decorre como desejável e divulgar na Comunicação Social todo o trabalho feito e todas as intervenções. Porém, considerou-se que lhe faltava visibilidade e mediatismo, imprescindível para aquele efeito. Assim, será desejável que, antes da apresentação do relatório final, seja dado a conhecer publicamente o que foi feito, como se fez e o que se sugere fazer.

Com o intuito de poderem ser detetadas necessidades de apoio psicológico nas vítimas dos incêndios, ainda não percecionadas, foi elaborado um pequeno folheto, tendo o Prof António Barbosa apresentado o documento «*o Meu Luto*» elaborado como proposta de base para folheto de apoio, proposta que mereceu a concordância unânime da Comissão.

O folheto destina-se claramente à organização da resposta a dar às vítimas de catástrofes e será um excelente meio de difundir/disseminar a informação, devendo educar e ensinar as pessoas que carecem de apoio psicológico a reconhecê-lo e funcionará como a “*porta de entrada*” no sistema. A mensagem é simples, clara e acessível a todos. E refere os níveis de referência, devendo ser distribuído nas Unidades de Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares.

Foram apreciadas, ainda, sugestões que passam pela eventual elaboração de panfletos, cartazes, *posters* e pequenos filmes a divulgar nos espaços comuns de Unidades de Saúde e Organismos do MS; transmitir essa mensagem para a Comunicação Social; colocar a mensagem no portal do MS e elencar todos os mecanismos existentes nesta área.

Considera-se desejável que sejam desenvolvidas campanhas de prevenção e que, após validação por parte do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, haja uma divulgação pública e massiva dos documentos a elaborar.

C. Assegurar informação atualizada junto da comunicação social

Tendo em conta o papel determinante da comunicação social, foi considerado importante que a Comissão incluisse no seu relatório final recomendações para o setor e, por outro lado, divulgasse o seu trabalho, mostrando o que se foi passando no terreno e os passos que entretanto foram dados, refletindo o excelente trabalho que foi feito por parte de todos os Profissionais e Serviços do Ministério da Saúde envolvidos, ao mesmo tempo que se procurou tranquilizar a população.

Sobre a informação que foi veiculada na Comunicação Social (CS) há a realçar alguma falta de rigor, assim como as omissões graves na informação pelo que a Comissão sentiu necessidade de definir uma estratégia para combater esta situação, pois a transparência é a melhor forma de impedir que a verdade seja desvirtuada. De salientar que os profissionais e os serviços envolvidos não se sentiam tranquilos mostrando-se muito insatisfeitos porque é mais frequentemente transmitida na CS a informação do que corre mal. A intervenção a nível local foi extraordinária, sendo fundamental reconhecer o trabalho inexecedível dos profissionais e das equipas que atuaram deste o primeiro momento.

Destacando a importância da CS, foi evidenciado que a segunda tragédia seria uma oportunidade para mostrar tudo o que se fez na anterior, sendo necessário evidenciar o que aconteceu, divulgar os relatórios da ARS Centro, documentos muito bem elaborados, e explicar que a resposta dada, assente nas equipas de saúde mental comunitária, foi muito boa e importante.

A replicação do modelo de Unidades de Saúde Mental Comunitária (USMC) é essencial, devendo ser esta a preocupação política, considerando-se relevante analisar um trabalho sobre 'o Antes e o Depois de Pedrogão Grande', pois ficou demonstrado que há respostas e que as mesmas são suficientes, como os índices de tempo de espera permitem evidenciar.

A notícia deve ser a necessidade de disseminação do Modelo das Equipas de Saúde Mental Comunitária, as quais já constam nos objetivos definidos pelo Governo no âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental, tendo ficado claramente demonstrado que existe uma grande disparidade de respostas entre diferentes áreas geográficas, consoante dispõem ou não de equipas de Equipas de Saúde Mental Comunitária. É também relevante a dinâmica dos recursos disponíveis e ativos dos Cuidados de Saúde Primários (Médicos, Enfermeiros, Psicólogos Clínicos, Técnicos de Serviço Social, USPs, UCCs e URAPs) e a sua articulação com os Hospitais e os outros setores (p. ex., Segurança Social e Autarquias).

Foi salientado que os Profissionais no terreno estavam desgastados com a situação e com dificuldade em perceber porque não chegava à CS o trabalho que estava a ser desenvolvido, não sendo suficiente a divulgação das boas práticas junto da CS.

A mensagem que aparece na CS é sempre muito quantificada, sendo importante insistir na *alínea f)* do Despacho e perceber se o mesmo não terá sido interpretado no seu sentido lato. Não é despropositado divulgar o que já foi feito e apresentar uma proposta com vista ao reforço nos Cuidados de Saúde Primários com psicólogos, seguindo sempre numa lógica de trabalho de equipa com os serviços locais. Divulgar como foi a resposta, como está a ser e pensar no que aconteceu nestes últimos acontecimentos.

Sendo importante tranquilizar as pessoas, considerou-se necessário definir uma estratégia clara de comunicação, cabendo ao Ministério da Saúde transmitir mensagens para a CS sobre o que foi feito, o que está a ser feito e o que se recomenda, através de campanhas de informação na comunicação social. É essencial definirem-se respostas, torná-las claras e garantir uma ação pedagógica, devendo procurar-se a melhor forma

RELATÓRIO FINAL

de comunicar, correspondendo às expectativas.

A opção pela política de proximidade foi transmitida aos presidentes das câmaras e das juntas de freguesia, bem como aos agrupamentos de centros de saúde pela ARS Centro, tendo em conta a necessidade de deslocalizar alguns recursos, sendo importante explicar previamente a essência da intervenção, o que será determinante para a compreensão e aceitação, não só dos profissionais como da sociedade civil.

Também deve ser feita uma recomendação para os órgãos de comunicação social, pois é uma obrigação demonstrar, monitorizar e apresentar as boas práticas com alicerce para respostas futuras, cabendo à Comissão um papel na divulgação das boas práticas, quer em situações de emergência, quer na continuidade. A vulnerabilidade das populações só se combate com a informação, com o esclarecimento.

Tendo em conta a importância do objetivo da alínea f) do mandato da Comissão, a gestão da comunicação social é uma questão muito delicada. Os incêndios, de 17 de julho e 15 de outubro, tiveram relevo e impacto muito diferentes. É fundamental reforçar a necessidade de um acordo de princípios sobre a gestão da informação em relação às fatalidades, à semelhança do que acontece no caso dos suicídios.

III – Caracterização da população em risco

Foi claro desde a sua constituição que o objetivo da Comissão não se deveria restringir apenas a esta situação e às populações afetadas pelos incêndios nos sete concelhos em causa, devendo transformar esta crise em oportunidade e evitar os riscos de desorganização em possíveis acontecimentos similares no futuro.

Para melhor alcançar esse objetivo, foi deliberado realizar um inquérito de opinião pública sobre necessidades de apoio na área da saúde mental, não só nos sete concelhos inicialmente atingidos pelos incêndios, mas também nos restantes concelhos da região coberta pela ARS Centro igualmente atingidos pelos incêndios entre junho e outubro de 2017, com o objetivo de recolher indicadores para planificar ações futuras.

Inquérito sobre a caracterização da população

O *design* do estudo a realizar sobre as necessidades sentidas pela população foi largamente discutido pela Comissão, pois era necessário recolher dados fiáveis baseados em amostras representativas e ao mesmo tempo cumprir prazos que decorriam da própria missão da Comissão. Havia ainda a considerar o problema dos custos que um estudo de tal natureza acarreta.

Assim, foi deliberado realizar dois inquéritos, um dirigido às instituições e serviços na área da ARS – Centro, com potencial de intervenção neste tipo de catástrofes, com o objetivo de conhecer a opinião dos responsáveis sobre a forma como decorreu o apoio à população na área da saúde mental e identificar possíveis estratégias para a estruturação de respostas para o futuro; e outro dirigido à população em geral com o objetivo de conhecer a opinião e as necessidades psicossociais ainda não satisfeitas, da população dos concelhos afetados pelos incêndios ocorridos entre junho e outubro de 2017.

Por sugestão do Professor António Barbosa foram incluídas também no questionário quatro questões sobre o luto uma vez que não dispomos ainda de instrumentos para medir o luto prolongado, sendo esta uma

oportunidade para obter informação pertinente.

Um membro da Comissão, o Prof. Fausto Amaro, foi encarregado da coordenação dos dois inquéritos tendo a ARS Centro disponibilizado os meios necessários para a realização dos mesmos, sob a coordenação local do Dr. João Pedro Pimentel, igualmente membro da Comissão, e do Dr. António Morais da ARS – Centro.

Para a realização dos dois inquéritos foram construídos dois questionários que foram aprovados pela Comissão os quais vieram a ser aplicados a uma amostra representativa das freguesias que tinham sido atingidas pelos incêndios, constituída por 750 pessoas selecionadas em 39 pontos de amostragem, dos 26 concelhos abrangidos. A amostra foi de tipo aleatório tendo sido entrevistada uma pessoa por família.

As entrevistas foram pessoais e realizadas na residência dos entrevistados. O trabalho de campo correu de 9 a 26 de março de 2018 e esteve a cargo dos alunos da Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Instituto Politécnico de Coimbra, os quais foram enquadrados por professores da Escola.

Estes alunos receberam formação específica para a realização das entrevistas, formação essa que esteve a cargo do professor Fausto Amaro, do Dr. João Pedro Pimentel, do Dr. António Morais e da professora Cristina Santos da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra.

O questionário destinado às instituições ou organismos da região centro foi realizado pela internet através de uma aplicação desenvolvida pela ARS - Centro e como se referiu atrás pretendeu conhecer o sentimento institucional sobre o apoio dado às vítimas dos incêndios.

Ambos os estudos foram submetidos ao parecer da Comissão de Ética da ARS – Centro que deu parecer positivo.

Os instrumentos de recolha dos inquéritos e a análise preliminar dos resultados são anexos a este Relatório.

IV – Recomendações para a estruturação de respostas na área da saúde mental em situações de emergência e catástrofe

Esta secção tem dois objetivos principais, que serão desenvolvidos sequencialmente. Em primeiro lugar, após contextualizar os componentes psicológicos do trauma, é necessário estabelecer uma estratégia de integração da saúde mental em situações de emergência e catástrofe, que constitua um referencial aplicável a todas as situações deste tipo, independentemente da sua natureza e localização geográfica. Para tal, os componentes psicológicos de resposta ao trauma deverão ser integrados nos sistemas já existentes de resposta em catástrofes, em articulação estreita com as entidades responsáveis pelos planos de ação já existentes no País.

Em segundo lugar, e uma vez que o desenvolvimento de uma estratégia abrangente deste tipo é um processo revestido de complexidade, é necessário elencar um conjunto de procedimentos de orientação técnica dirigidos para o futuro imediato, que possam ter aplicação a curto prazo, os quais deverão levar em particular consideração a experiência e ensinamentos recolhidos pelas equipas que estiveram no terreno nos incêndios de 2017.

A. Impacto psicológico em situações de emergência e catástrofe¹

A exposição a situações potencialmente traumáticas possui efeitos variáveis no bem-estar psicológico de indivíduos e populações, não devendo de per si ser considerada um determinante exclusivo para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas. Com efeito, no decurso da vivência de um evento emergente ou catastrófico, nomeadamente um desastre natural, é comum o aparecimento de um conjunto de respostas

¹ Para uma versão mais detalhada desta temática, consultar Anexo B3

RELATÓRIO FINAL

emocionais intensas, que na maioria dos casos tendem a diminuir e desvanecer-se nas semanas seguintes. No entanto, num número mais reduzido de indivíduos a sintomatologia persiste ou pode mesmo agravar-se, causando sofrimento psicológico significativo e afetando o regresso à rotina diária.

Imediatamente após o evento traumático, para além dos aspetos emocionais mais comuns, a reação de alguns indivíduos afetados pode assumir um quadro clínico de perturbação aguda de *stress*, que inclui alguma forma de revivência ou reatividade ao trauma (as apresentações sintomatológicas que ocorrem imediatamente depois do evento, mas cedem em menos de três dias, não reúnem os critérios de perturbação de perturbação aguda de *stress*. Esta perturbação poderá regredir ou evoluir para uma perturbação de *stress* pós-traumático (PSPT), estando o agravamento dos sintomas durante o mês inicial associado a fatores ansiogénicos concomitantes ou à ocorrência de eventos traumáticos subsequentes.

A PSPT manifesta-se geralmente dentro dos primeiros três meses depois do trauma, embora possa só surgir meses ou anos depois, e tem uma evolução heterogénea em termos de duração, podendo ocorrer uma intensificação dos sintomas em resposta a recordações do trauma original, acontecimentos de vida ou vivência de novos eventos traumáticos. Os dados epidemiológicos mais recentes com representatividade nacional, extraídos do Estudo Nacional de Morbilidade Psiquiátrica [Caldas de Almeida JM & Xavier M (2009). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º relatório. Ed. Universidade Nova de Lisboa. (http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf)] 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 co morbilidade com outras perturbações psiquiátricas, nomeadamente perturbações depressivas, abuso de álcool e de outras substâncias.

O modo como cada indivíduo processa um evento (potencialmente) traumático irá determinar a configuração da sua reação específica, já que esta traduz o impacto crítico dos agentes estressores no funcionamento global do próprio indivíduo, no contexto da sua personalidade e experiências anteriores. A resiliência traduz a capacidade de um sistema se manter “organizado” perante a adversidade, garantindo as suas funções, ou dito de outro modo, a capacidade de um sistema se adaptar às modificações num determinado modo de vida, quando o mesmo já não é viável. Dos vários fatores promotores conhecidos (individuais, familiares, comunitários, sociais), o fator determinante no desenvolvimento da resiliência reside no modo como os indivíduos percebem a sua capacidade para lidar com os eventos e controlar os seus resultados.

No entanto, só é possível perspetivar a heterogeneidade do impacto psicológico no contexto da catástrofe e estabelecer estratégias de prevenção através da aplicação de uma lógica de saúde pública, onde a adoção do modelo ecológico tem um papel fundamental na leitura dos fatores de risco e de resiliência, quer a nível individual como das comunidades. 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 fatores de risco e fomentar a resiliência das populações. 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 aspetos, inclua conteúdos de sensibilização/educação do público em geral, treino de profissionais e trabalho em rede multidisciplinar/

multissetorial.

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: 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 outros eventos emergentes.

B. Estratégia e normas de orientação – Recomendações gerais

1. A saúde mental deve ser uma parte integrante das respostas em situação de emergência e catástrofe, independentemente da sua natureza e dimensão, pelo que deve ser contemplada e **incluída em todas as fases** de desenvolvimento dos planos globais/sectoriais nesta área (conceptualização, desenho, formação, intervenção, avaliação e monitorização).

2. No processo de desenvolvimento do sistema de respostas de saúde mental, deve ser utilizada **toda a informação disponível** na literatura, nomeadamente a formulada e produzida por instâncias internacionais com ampla experiência nesta matéria (e.g., WHO, IASC, MSF). Esta informação deve ser integrada com a experiência acumulada das instituições nacionais com atividade específica nestas áreas.

3. O impacto das situações de emergência e catástrofe, fazendo-se sentir no sistema de prestação de cuidados de saúde, atinge primariamente os indivíduos e as comunidades – neste sentido, a **participação destes deve ser obrigatória** em todos os passos do desenvolvimento e implementação dos planos.

4. Os indivíduos, famílias e comunidades possuem diversos recursos que lhes permitem manter níveis apreciáveis de bem-estar psicossocial, mesmo em situações extremamente difíceis. **Estes recursos devem ser valorizados** em todas as fases do planeamento e implementação de medidas, evitando dessa forma um enfoque quase exclusivo nos problemas (sofrimento, manifestações patológicas) das populações afetadas.

5. O desenvolvimento de respostas de saúde mental em situações de emergência e catástrofe não deve ser encarado como um atributo da responsabilidade exclusiva do sector da saúde, mas sim como um **processo colaborativo** intersectorial, envolvendo necessariamente múltiplos agentes (entidades governamentais, sector social, comunidades).

6. Em situação de emergência ou catástrofe, os indivíduos e respetivas comunidades são afetados de modos diferentes, requerendo por esse motivo modalidades de apoio distintas entre si. Do ponto de vista epidemiológico, estima-se que a prevalência pontual de perturbações psiquiátricas graves suba aproximadamente 1% (de uma base de 2-3%), de perturbações ligeiras a moderadas suba 5-10% (de uma base de 10%), com a restante população a recuperar habitualmente sem patologia relevante. Para responder a esta heterogeneidade de cenários, é necessário desenvolver um **sistema com diversas camadas de apoio e intervenção**, complementares entre si, que atenda às necessidades dos diferentes grupos.

7. Neste sistema, a base da pirâmide corresponde às populações, organizadas em comunidades, com os seus recursos próprios. **A mobilização das comunidades** constitui o primeiro nível de resposta a eventos emergentes, e deve ser promovida de forma estruturada, de acordo com um plano pré-estabelecido, que envolva a identificação e seleção dos agentes comunitários, a produção e difusão de materiais simples de orientação sobre a conduta em situação de emergência, e a informação sobre os serviços disponíveis a contactar.

8. Na sequência de um evento emergente, a maioria dos indivíduos inicia imediatamente o seu processo de *coping* e de adaptação, utilizando recursos próprios e da comunidade. As pessoas com problemas psicossociais e/ou perturbações psiquiátricas apresentam uma **vulnerabilidade acrescida**, pelo que as suas necessidades devem estar previstas e ser alvo de uma atenção estruturada desde o primeiro momento. Pelo mesmo motivo,

RELATÓRIO FINAL

os indivíduos residentes em instituições necessitam igualmente de uma atenção especial, traduzida em planos de ação, especificamente elaborados para situações de emergência.

A expansão da rede de equipas comunitárias de saúde mental a nível de todo o país, tal como se encontra preconizado no plano nacional de saúde mental, é o fator determinante para garantir um apoio adequado aos indivíduos mais vulneráveis das populações atingidas.

9. O desenvolvimento de um plano de respostas de saúde mental deve estruturar-se de acordo três dimensões, que habitualmente são implementadas no terreno em fases sequenciais: **preparação** (pré-crise), **respostas mínimas** (fase imediata após o evento), **respostas abrangentes** (fase de estabilização). A matriz de intervenção desenhada pela IASC, já testada em múltiplos contextos, poderá ser utilizada como uma base de orientação neste processo de desenvolvimento.

http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

10. Para cada fase das respostas é necessário um conjunto de **agentes com uma formação adequada às necessidades** expectáveis da população. A ausência de treino pode ter um impacto irrelevante ou até negativo na forma como as pessoas afetadas lidam com a situação de emergência. Por esse motivo, deverá ser elaborado um **plano estruturado de formação**, que contemple os diferentes níveis de intervenção (respostas mínimas, respostas abrangentes), garantindo supervisão aos agentes envolvidos, a cargo de profissionais com experiência prévia em situações de emergência. Este plano deve prever a integração dos conteúdos referentes às respostas mínimas nos programas gerais de treino global em emergência, destinados fundamentalmente a intervenientes não-especializados. .

C. Estratégia e normas de orientação – Configuração do sistema

Com base no impacto esperado do trauma nas populações e nos pressupostos anteriormente mencionados, é necessário estruturar rapidamente um modelo de respostas de saúde mental com as seguintes características:

- Integrado nas respostas gerais em emergência e catástrofe
- Dotado de uma estrutura em patamares de resposta sucessivos
- Com níveis de coordenação claramente identificados
- Com um mecanismo linear de articulação, desde a fase inicial até aos serviços especializados, que se possa traduzir num fluxograma simples.
- Assente, em termos de prevalência antecipável das perturbações, nos Cuidados de Saúde Primários.

1. FASE DE ALARME (FASE 1 A FASE 4 DO SGO)

Na resposta inicial à situação emergente, deverão ser seguidas as normas do Sistema de Gestão de Operações (Despacho n.º 3317-A/2018).

De acordo com o disposto, em caso de ocorrência o chefe da primeira equipa a chegar ao local assume de imediato o comando da operação — função de **Comandante das Operações de Socorro (COS)** — e garante o desenvolvimento de um sistema evolutivo de comando e controlo adequado à situação em curso, cabendo-lhe ainda a decisão de evolução da organização para um nível superior.

As decisões operacionais do COS são implementadas no terreno pelo INEM, e nos casos em que se atinge a

fase IV do SGO, pela **Célula de Operações (CELOP)**, que integra um Núcleo de Núcleo de Emergência Médica e um **Núcleo de Coordenação ao Apoio Psicológico e Social de Emergência**. Este último é responsável pela elaboração e operacionalização do plano de apoio psicológico de emergência, sendo chefiado por um profissional designado pela Segurança Social, em articulação com o INEM.

2. FASE DE SINALIZAÇÃO

Uma vez instalada no terreno a resposta à fase de alarme, caberá ao INEM ou, a partir da Fase IV, ao Núcleo de Emergência Médica e/ou ao **Núcleo de Coordenação ao Apoio Psicológico e Social de Emergência**, o contacto direto com o **Gabinete de Crise** localizado em cada uma das ARS do território nacional. Este Gabinete de Crise (a constituir) deverá ser composto pelos seguintes elementos, formalmente designados:

- Conselho Diretivo da ARS
- Coordenador Regional de Saúde Mental da ARS
- Um representante da área hospitalar
- Um representante dos ACeS
- Um representante de Saúde Pública
- Um representante do INEM.

O Gabinete de Crise fica responsável pela coordenação de respostas aos seguintes níveis: articulação com as unidades de coordenação no terreno (eg, INEM até à Fase IV e Núcleo de Coordenação ao Apoio Psicológico e Social de Emergência, após a Fase IV), avaliação/previsão de necessidades na área de saúde mental, contacto direto para ativação de respostas a nível dos Cuidados de Saúde Primários e dos Serviços Locais de Saúde Mental, gestão da comunicação com os *media*.

3. FASE DE REFERENCIAÇÃO

De acordo com as normas internacionais de orientação nesta matéria, reforçada pela experiência ocorrida em eventos recentes no país, os Cuidados de Saúde Primários são o elemento nuclear de resposta às necessidades surgidas nos primeiros dias e semanas após a situação de emergência.

Os ACeS devem ficar responsáveis pela prestação de cuidados nas perturbações mais frequentes neste tipo de evento, as quais têm na maioria dos casos um curso transitório (eg. perturbações de stress agudo, perturbações da adaptação com sintomas de ansiedade).

Do ponto de vista logístico, os ACeS devem constituir a curto prazo um grupo de coordenação, designado por **Núcleo Local de Resposta a Catástrofes-CSP**, que integre o Diretor Executivo, o Conselho Clínico e de Saúde e o Delegado de Saúde. Este núcleo terá a responsabilidade de planear e coordenar a resposta imediata dos centros de saúde em situação de catástrofe, e de desenvolver uma estratégia de articulação/ integração da resposta de continuidade com os serviços locais de saúde mental, as equipas de saúde mental comunitária, os recurso assistenciais partilhados, os cuidados continuados e com os parceiros comunitários. Do ponto de vista operacional, este núcleo é ativado diretamente pelo Gabinete de Crise da ARS respetiva.

Para além desta função de coordenação, o Núcleo Local de Resposta a Catástrofes-CSP deverá incluir um médico, um enfermeiro, um assistente social e um psicólogo, todos com formação específica na área de ajuda psicológica em catástrofe, que serão responsáveis pelos aspetos técnicos da prestação de cuidados, de acordo com as boas práticas, e pela referenciação aos serviços locais de saúde mental dos casos cuja gravidade/diferenciação de intervenção ultrapasse o âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Para poderem responder rapidamente a estas situações mais graves, os Serviços Locais de Saúde Mental devem constituir um grupo de coordenação, designado por **Núcleo Local de Resposta a Catástrofes-SLSM**, formado por um médico psiquiatra, um enfermeiro com a especialidade de saúde mental e psiquiátrica, um psicólogo e um assistente social, com formação específica nesta área. Este núcleo tem como responsabilidade

RELATÓRIO FINAL

articular com o núcleo afim dos ACeS e com o Gabinete de Crise da ARS (se necessário), e mobilizar o SLSM para o acolhimento dos potenciais indivíduos doentes.

Nestas situações, que correspondem habitualmente a um número relativamente reduzido de casos, a referência deve ser feita sempre que possível às **Equipas de Saúde Mental Comunitária**, uma vez que estas já têm uma relação estreita de trabalho com os centros de saúde.

D. Requisitos e implementação

A implementação com sucesso de um plano desta natureza, dentro dos condicionalismos temporais a que as circunstâncias atuais obrigam, implica a correta identificação dos requisitos estruturais e das entidades responsáveis pelo seu cumprimento. Na tabela infra, enumeram-se as dimensões imprescindíveis para uma adequada implementação deste sistema de respostas no terreno.

Requisito	Responsabilidade
Criação de Gabinetes de Crise nas cinco ARS	Secretaria de Estado da Saúde
Nomeação dos elementos do Gabinete de Crise	Direção das ARS
Criação do Núcleo Local de Resposta a Catástrofes-CSP, em cada ACeS	Direção dos ACeS
Criação do Núcleo Local de Resposta a Catástrofes-SLSM, em cada SLSM	Direção do SLSM
Formação em ajuda psicológica em situação de emergência (para formadores)	Centro de Trauma Psicológico /CHUC PNSM/DGS Ordem dos Psicólogos INEM Forças de Segurança
Formação em ajuda psicológica em situação de emergência (ACeS e SLSM)	Núcleos Locais de Resposta a Catástrofes

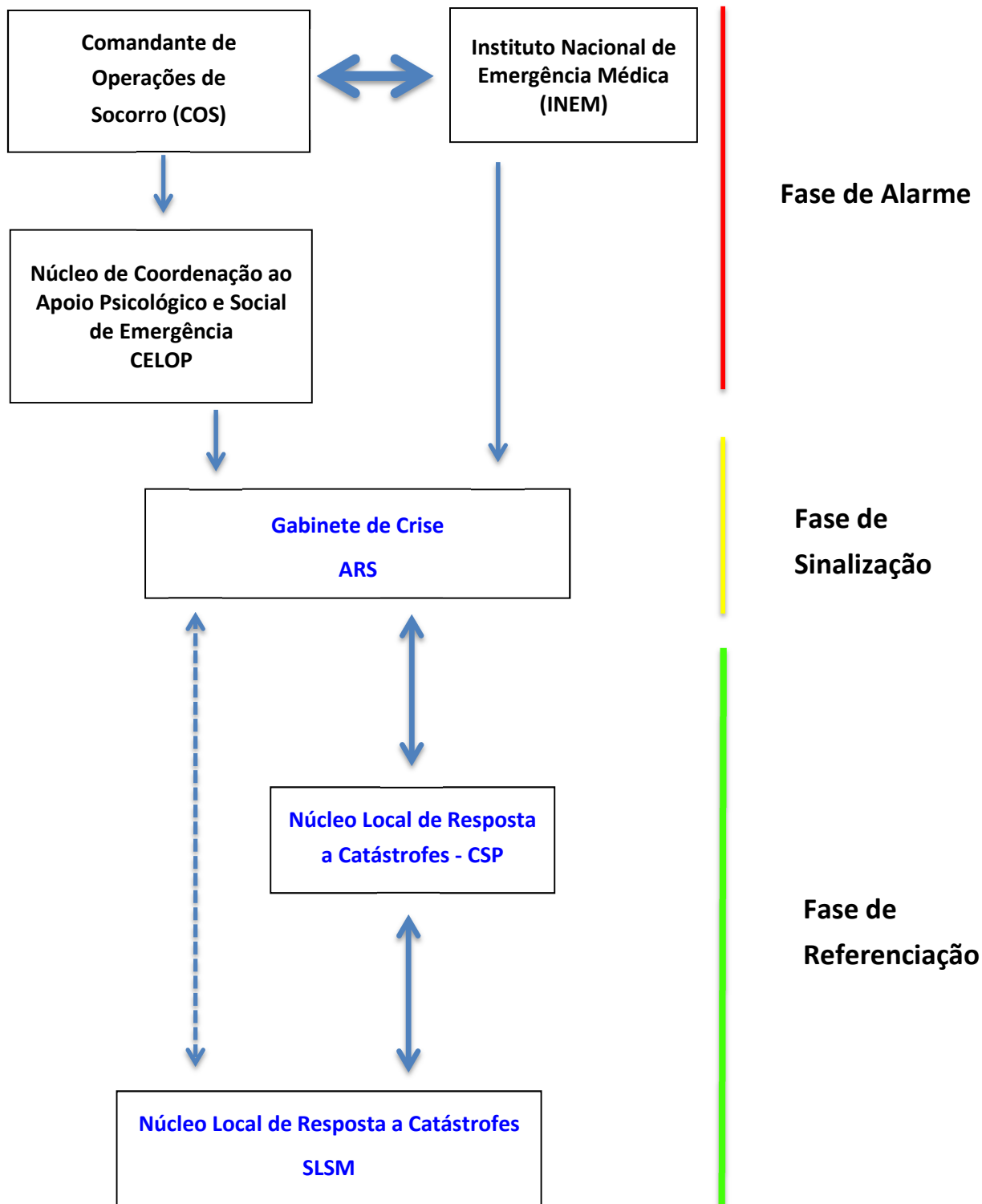
A formação nesta área deve ser feita em cascata (formação de formadores), com um primeiro nível garantido por profissionais com experiência, e um segundo nível assegurado pelos Núcleos Locais de Resposta a Catástrofes.

No entanto, a implementação de um sistema de formação organizado a dois tempos é incompatível com a proximidade temporal do Verão. Nessas circunstâncias, e numa perspetiva de contingência, será extensamente difundido o documento **“Psychological first aid: Guide for field workers”**, da OMS, nas suas versões em Inglês e em Português do Brasil.

[\(http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/\)](http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/).

RELATÓRIO FINAL

Configuração do Sistema



SIGLAS E ACRÓNIMOS UTILIZADOS NO DOCUMENTO

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde, I.P.
CHUC	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.
CS	Comunicação Social
CVP	Cruz Vermelha Portuguesa
DGS	Direção-Geral de Saúde
IASC	Inter-Agency Standing Committee
INEM	Instituto nacional de Emergência Médica, I.P.
PNSM	Programa Nacional de Saúde Mental
PSP	Polícia de Segurança Pública
PSPT	Perturbação de Stress Pós-Traumático
SGO	Sistema de Gestão Operacional
SLSM	Serviços Locais de Saúde Mental
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USMC	Unidade de Saúde Mental Comunitária
USP	Unidade de Saúde Pública
WHO/OMS	World Health Organization/Organização Mundial de Saúde



RELATÓRIO FINAL

Documentos anexos

Documentos anexos

A –Parte integrante do Relatório

1. Resolução do Conselho de Ministros n.º 101-A/2017, de 6 de julho [<https://dre.pt/application/file/a/107685552>];
2. Despacho nº 6837/2017, de 8 de agosto [<https://dre.pt/application/file/a/107973588>];
3. Ponto de situação em 21 de setembro de 2017, elaborado como parecer da Comissão sobre o Projeto de Resolução N.º 1007.XIII, da autoria do Partido Pessoas-Animais-Natureza (PAN);
4. Relatório das UMIPE do INEM;
5. Relatório da ARSCentro;
6. Repositório das minutas das atas das reuniões;
7. Despacho n.º 3317-A/2018, de 3 de abril [<https://dre.pt/application/file/a/114969920>];
8. Relatório Estudo sobre opiniões e necessidades na área da saúde mental.

B – Outros anexos

1. Documento “O Meu Luto” (António Barbosa);
2. Documentos da Associação dos Familiares das Vítimas dos incêndios de Pedrógão (J. Lopes da Costa);
3. Saúde Mental em situações de Emergência e Catástrofe: Enquadramento (João Redondo);
4. Reporte da ARSLisboa e Vale do Tejo;
5. Colaboração da PSP na intervenção em crise, em situações de catástrofe (Fernando Passos);
6. Linhas Orientadoras de Intervenção do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.;
7. Documentos da Equipa de Penacova (Relatório e folhetos distribuídos);
8. Como ajudar Crianças e Adolescentes a superar catástrofes (J.Garrido).