



PROTEÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM SITUAÇÕES DE EPIDEMIAS

THS/MH/06/1

Original: Espanhol

Documento elaborado por:

**Unidade de Saúde Mental, de Abuso de Substâncias, e
Reabilitação (THS/MH)
Tecnologia e Prestação de Serviços de Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS)**

Conteúdo

	<i>Página</i>
I. Introdução	1
II. Vulnerabilidade psicossocial	2
III. Impacto na saúde mental	4
IV. Atenção à saúde mental.....	7
V. Procedimento em relação aos cadáveres	14
VI. Atenção psicossocial às equipes de resposta que trabalham na atenção à epidemia.....	16
VII. Estratégias de comunicação social: a importância de informações fundamentadas, adequadas e oportunas	18
VIII. Considerações finais.....	20

I. INTRODUÇÃO

Recentemente, o Dr. Lee Jong-wook, diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), advertiu a todos os ministros da Saúde das Américas, reunidos em Washington, D.C na ocasião da 46ª. Reunião Anual do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), setembro de 2005, quanto ao risco de uma ameaça de conseqüências sociais, econômicas e de saúde incalculáveis. "Não considerar seriamente a ameaça (da pandemia da gripe aviária) e não se preparar apropriadamente terá conseqüências catastróficas". Também definiu como "momento crítico" a possibilidade certa de uma pandemia mundial por gripe aviária, um evento de enormes conseqüências que "não pode pegar nenhum governo, dirigente nacional ou ministro da Saúde desprevenido", "e todos os países também devem ter uma estratégia de comunicação e estarem preparados para informar para o público sobre a pandemia, sobre o que está acontecendo e que fazer".

"Os seres humanos não terão chance de desenvolver uma imunidade natural contra um novo vírus da gripe", afirmou o Dr. Lee em referência ao vírus altamente patológico da gripe, H5N1, que já fez disparar diversos alarmes.

Falou-se do tema como um possível desastre microbiano: "À medida que a população do planeta aumenta exponencialmente, também aumentam as perspectivas de novas surpresas do mundo dos micróbios". "Os novos vírus se propagam rapidamente porque ninguém tem uma imunidade significativa contra a nova cepa, e a doença causada pode ser excepcionalmente grave"¹.

As autoridades da OPAS/OMS têm reiterado aos países da Região que estejam preparados para a possível emergência diante de uma nova cepa de gripe capaz de causar uma pandemia. Reitera-se para que elaborem planos de contingência de acordo com suas realidades e limitações (disponibilidade de vacinas adequadas e de medicamentos antivirais, bem como o acesso equitativo a estes).

As descrições anteriores servem de preâmbulo para enfatizar a avaliação desta ameaça do ponto de vista de conduta. De fato, faz-se necessária uma melhor compreensão das respostas dos grupos populacionais afetados e das formas de abordá-las. Por outro lado, é necessário conseguir uma participação ativa da comunidade na preparação e implementação das medidas de controle da epidemia.

¹ Peters, C.J. Em direção a um desastre microbiano? In Perspectivas, Revista da Organização Pan-Americana da Saúde. Edição Especial do Centenário. Volume 7, Número 2. Washington, 2002.

Habitualmente, enfatizam-se nos preparativos para uma epidemia aspectos tais como: o desenvolvimento de planos nacionais, a vigilância epidemiológica, os requerimentos de vacinas e medicamentos, a melhoria da cobertura de vacinação dos grupos de alto risco, bem como o impacto e o ônus econômico. Falta considerar na programação os aspectos psicológicos e sociais.

Isto ocorre embora muitos dos problemas que afligem as pessoas como um todo se originam do medo nas suas diversas expressões. Por se tratar de um problema grupal este deve ser abordado com ações coletivas. Estudos realizados em populações submetidas a uma ameaça que gera medo ou terror identificaram que mais de 80% das pessoas, em circunstâncias de clara proximidade ao perigo, apresentam manifestações sintomáticas de medo ou pânico.

II. VULNERABILIDADE PSICOSSOCIAL

A vulnerabilidade é a condição interna de um indivíduo ou grupo, inerente e/ou adquirida, que diante de uma ameaça/evento traumático, gera um dano. Este resulta de um processo dinâmico de interação de diversos fatores.

A ocorrência de grande número de doentes e mortes e de enormes prejuízos econômicos no contexto de uma epidemia ou pandemia gera um alto risco psicossocial. Uma abordagem racional na atenção de saúde mental implica em reconhecer as diferenças de vulnerabilidade dos diferentes grupos populacionais, em especial as relacionadas com o gênero, idade e nível socioeconômico. Existem também riscos de origem ocupacional, como para os próprios membros das equipes de resposta que trabalham na emergência.

Deve-se enfatizar que os grupos mais vulneráveis são os que têm maiores dificuldades para reconstruir seus meios de subsistência e apoio social durante e depois da catástrofe.

A seguir são listadas condições que geralmente influem na vulnerabilidade. Normalmente, não é apenas uma destas condições que determina o grau de vulnerabilidade, mas é a conjunção de algumas delas em determinadas circunstâncias. Por exemplo, apenas a condição de indígena não torna uma pessoa vulnerável se não houver outros fatores.

Condições que influem na vulnerabilidade	Grupos populacionais
Idade e sexo	Crianças de ambos os sexos e adolescentes Idosos Mulheres

Grupos étnicos	Populações indígenas Grupos minoritários
Antecedentes de doenças físicas e/ou psíquicas	Pessoas portadoras de deficiência Doentes psiquiátricos de longa evolução e com história de transtornos psiquiátricos Doenças crônicas
Condições econômicas e sociais	Grupos que vivem na pobreza e na miséria Marginalidade em grandes cidades Migrantes do campo para a cidade e residentes ilegais
Antecedentes de eventos traumáticos	Grupos populacionais que foram vítimas da violência em suas diferentes formas Comunidades que são afetadas frequentemente por desastres naturais
Condições de trabalho em situações de catástrofes. Exemplos, trabalho com grande número de doentes, manipulação de cadáveres, observadores de situações que geram dor	Membros de equipes institucionais e comunitárias de resposta

As perdas vividas podem ter efeitos diferenciados nas populações do sexo masculino e feminino. Os padrões sociais e culturais determinam que homens e mulheres reajam de maneira diferente. Por exemplo, os homens tendem a reprimir as emoções dolorosas e sua expressão é interpretada como uma fraqueza. Sua resposta emocional pode ser a ingestão exagerada de álcool ou comportamentos violentos. As mulheres tendem a se comunicar mais facilmente entre si e expressar seus temores e buscar apoio e compreensão para si mesmas e seus filhos.

Os idosos, em algumas comunidades, são fonte de experiência e sabedoria e são a memória histórica de como, ao longo do tempo, as situações críticas foram enfrentadas. No entanto, alguns podem correr o risco de se ver em situações de vulnerabilidade como resultado de doenças crônicas e incapacitantes, de estarem isolados e de não disporem de redes de apoio familiar e social.

Outro grupo vulnerável pode ser as crianças, que costumam ter uma menor compreensão do evento traumático e enfrentam limitações para comunicar o que sentem. Algumas crianças negam completamente ou se mostram indiferentes quando são informadas de terem perdido um ou vários de seus familiares. O impacto emocional é tão grave que com frequência não falam sobre o que viveram. Alguns adultos podem assumir que a criança tenha esquecido, mas não é assim; elas são capazes de lembrar e contar experiências traumáticas vividas quando seus sentimentos de medo estiverem sob controle.

Em situações de catástrofe, como uma epidemia em grande escala, podem ocorrer violações dos direitos de meninos e meninas (saúde, educação, nutrição, recreação, proteção, direito a viver com seus pais etc.). A situação criada por uma epidemia afeta todos os aspectos do desenvolvimento infantil (físico, psíquico e social), mas normalmente os que lhes prestam cuidados concentram seus esforços na vulnerabilidade física, sem levar totalmente em consideração as perdas e medos destas crianças.

III. IMPACTO NA SAÚDE MENTAL

As epidemias são emergências da área de saúde em que há ameaça à vida das pessoas e que causam um número significativo de doentes e mortes. Em geral, os recursos locais são sobrecarregados e a segurança e o funcionamento normal da comunidade ficam ameaçados. Como resultado, é preciso uma intervenção externa de ajuda, de caráter urgente. Mas assim como outros eventos catastróficos, esta são também verdadeiras tragédias humanas e, portanto, é necessário atender à aflição e às conseqüências psicológicas.

Do ponto de vista da saúde mental, uma epidemia de grande magnitude implica em uma perturbação psicossocial que pode ultrapassar a capacidade de enfrentamento da população afetada. Pode-se considerar, inclusive, que toda a população sofre tensões e angústias em maior ou menor grau. Essencialmente, estima-se um aumento da incidência de transtornos psíquicos (entre um terço e metade da população exposta pode vir a sofrer alguma manifestação psicopatológica, de acordo com a magnitude do evento e o grau de vulnerabilidade). Embora se deva destacar que nem todos os problemas psicológicos e sociais apresentados poderão ser qualificados como doenças, a maioria será reações normais diante de uma situação anormal.

Os efeitos para a saúde mental em geral são mais marcados nas populações que vivem em condições precárias, possuem recursos escassos e têm acesso limitado aos serviços sociais e de saúde.

Transtornos psíquicos nos sobreviventes

No plano individual, muitas pessoas podem enfrentar uma crise, definida como aquela situação gerada por um evento vital externo que ultrapassa a capacidade emocional de resposta da pessoa. Isto é, seus mecanismos de enfrentamento são insuficientes e ocorre um desequilíbrio e incapacidade de adaptação psicológica.

Diante uma situação com uma grande carga emocional – como sofrer de uma doença grave e/ou morte de entes queridos – determinados sentimentos e reações são

freqüentes. Então a recordação do evento ocorrido será parte da vida das vítimas e não se apagará de sua memória.

Mas, embora algumas manifestações psíquicas sejam a resposta compreensível e transitória diante das experiências traumáticas vividas, também podem ser indicadores de que se está passando para uma condição patológica. A avaliação deve ser feita no contexto dos fatos, determinando se podem ser interpretadas como respostas “normais ou esperadas” ou, pelo contrário, podem ser identificadas como manifestações psicopatológicas que requerem uma abordagem profissional.

Alguns critérios para determinar se uma manifestação emocional está se tornando sintomática são:

- Prolongação no tempo;
- Sofrimento intenso;
- Complicações associadas (por exemplo, conduta suicida);
- Comprometimento significativo do funcionamento social e cotidiano.

Os transtornos psíquicos imediatos mais frequentes nos sobreviventes são os episódios depressivos e as reações de estresse agudo de tipo transitório. O risco de surgimento destes transtornos aumenta de acordo com as características das perdas e outros fatores de vulnerabilidade. Em situações de emergência, também foi observado, às vezes, aumento de comportamentos violentos, bem como o consumo excessivo de álcool.

Entre os efeitos tardios estão luto patológico, além da depressão, transtornos de adaptação, manifestações de estresse pós-traumático, abuso do álcool ou outras substâncias que causam dependência e transtornos psicossomáticos. Também os padrões de sofrimento prolongado se manifestam como tristeza, medo generalizado e ansiedade expressos corporalmente, sintomas que com frequência adquirem um caráter grave e de longa duração.

Os transtornos de adaptação são caracterizados por um estado de mal-estar subjetivo, alterações emocionais que afetam a vida social e dificuldade para ajustar-se à mudança vital que as perdas significam.

O estresse pós-traumático (ou algumas manifestações sintomáticas deste quadro) é um transtorno de tipo tardio ou retardado que surge como consequência de acontecimentos excepcionalmente ameaçadores ou catastróficos; a vivência de uma epidemia de grande magnitude, especialmente para pessoas que tiveram perdas importantes, pode ser causadora de sintomas de estresse pós-traumático.

O luto

É esperado que depois da morte de um ou vários entes queridos a pessoa apresente tristeza, sofrimento e aflição. O período de luto é aquele em que a pessoa assimila o que ocorreu, entende e supera o ocorrido e reconstrói sua vida. Este é um

processo normal que não deve ser apressado nem se tentar eliminá-lo, muito menos considerá-lo como uma doença.

Em todas as sociedades existem ritos, normas e formas de expressão do luto que são derivados de diferentes concepções da vida e da morte. A realização dos rituais que a cultura comunitária estabelece faz parte do processo de recuperação dos sobreviventes.

O luto é vivido com uma mistura de tristeza, angústia, medo e ira; no momento mais crítico chega aos extremos de dor emocional muito intensa e o desespero. Depois vem o alívio progressivo e termina com expressões de confiança e esperança renovadas. O processo de luto envolve:

- Liberar-se ou deixar para trás a relação com a pessoa perdida;
- Adaptar-se ao mundo em outras condições;
- Esforço para estabelecer novas relações.

O modo de enfrentar a perda e vivenciar o luto adequadamente tem estreita relação com os seguintes fatores:

- A personalidade do sobrevivente e a força de seus mecanismos de enfrentamento;
- A relação com a pessoa perdida;
- As circunstâncias em que ocorreram os fatos;
- Rede de apoio social (família, amigos e comunidade).

As manifestações psicológicas mais frequentes do luto são: recordações muito vívidas e reiterativas do morto e do ocorrido, nervosismo, medo, tristeza, choro, desejos de morrer, distúrbios de sono e o apetite, problemas de memória e concentração mental, fadiga, pouca motivação e dificuldade para retornar ao nível normal de atividade, tendência ao isolamento, mescla de sentimentos ou emoções (por exemplo, sentir culpa, acusar os outros, sentir frustração, impotência, raiva, opressão etc.), descuido da aparência e higiene pessoal e manifestações corporais diversas não específicas (como enjôos, náuseas, dor de cabeça, opressão no peito, tremores, dificuldade respiratória, palpitações, secura da boca).

Em casos de grandes catástrofes, o luto envolve a necessidade de enfrentar muitas perdas e tem um sentido mais amplo e comunitário; implica na ruptura de um projeto de vida, com uma dimensão não apenas familiar, como também social, econômica e política.

O luto complicado é aquele que não evolui de “forma natural” e se transforma em patológico; em geral leva a um transtorno depressivo que é caracterizado pela tristeza profunda, perda da capacidade de se interessar pelas coisas e aproveitá-las, redução do nível de atividade e cansaço exagerado. Também são assinalados sintomas como: redução da atenção e da concentração, perda de confiança em si mesmo,

sentimentos de inferioridade e de culpa, perspectivas sombrias de futuro, pensamentos ou atos suicidas, transtornos do sono e perda do apetite.

São muitas as circunstâncias que dificultam o enfrentamento de um processo de luto, mas entre estas podem ser citadas a vulnerabilidade pessoal e a magnitude das perdas. O processo de luto alterado conduz, freqüentemente, ao surgimento de transtornos psiquiátricos que requerem intervenções mais especializadas.

Foram descritos os medos e os sentimentos que os sobreviventes de situações de epidemias e mortes de um grande número de pessoas experimentam:²

- Pesar e aflição pela perda de familiares e amigos, que em certos casos coexistem com perdas materiais. Também existem perdas mais sutis e às vezes intangíveis, como a perda da fé em deus, perda do sentido da vida etc.;
- Medos práticos: Os temores de assumir novos papéis impostos pelo desaparecimento de um familiar (a mulher viúva que se transforma em chefe de família ou o pai viúvo que é responsável pelos filhos);
- Medos recorrentes de que possa ocorrer algo novamente ou que a morte vai ceifar outros familiares ou membros da comunidade;
- Medo pessoal de morrer: Medo do desconhecido ou de enfrentar deus;
- Sentimentos de solidão e abandono: É comum os sobreviventes se sentirem abandonados pelos familiares e amigos em momentos difíceis;
- Medo de esquecer ou ser esquecido;
- Raiva: Sentem-se aborrecidos contra os que os morreram e descontam em familiares ou amigos próximos;
- Sentimentos de culpa: Sentem-se culpados, de certa forma, pela morte de entes queridos e por terem sobrevivido. Em alguns casos, fatos ocorridos depois da morte aumentam este sentimento;
- Vergonha depois da morte de um ente querido, devido às circunstâncias que envolveram a morte da pessoa (seu comportamento, humilhações etc.). Ou vergonha pelas condições em que a família ficou depois do ocorrido.

IV. ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

A experiência adquirida demonstra que os planos de saúde mental não podem se limitar a ampliar e melhorar os serviços especializados oferecidos diretamente aos afetados, mas é necessário estender a visão para um campo de competência muito mais amplo.

² OPAS/OMS. Procedimento em relação aos cadáveres em situações de calamidade e emergência. Publicado pela OPAS/OMS. Washington D.C., 2002.

Por exemplo, destaca-se a relação dos serviços de saúde mental com uma ampla classe de atividades, tais como:

- Ajuda humanitária e social;
- Apoio psicológico à população e grupos de risco;
- Comunicação social.

Também se reconhece que, depois de grandes catástrofes, os problemas de saúde mental requerem atenção aos sobreviventes durante um período prolongado, quando precisam enfrentar a tarefa de reconstruir a própria vida. Isto nos coloca diante da necessidade de prever planos de recuperação psicossocial de médio e longo prazo.

Do ponto de vista da atenção, é necessário distinguir três momentos (antes, durante e depois) e quatro grupos de pessoas:

- Os doentes;
- Os que sofreram da doença e sobreviveram;
- Os que não estão doentes, mas podem potencialmente adoecer; e podem ter sofrido perdas importantes (mortes ou doentes entre seus familiares, amigos ou vizinhos);
- Os membros das equipes de resposta que trabalham na emergência.

Ações de saúde mental de acordo com as fases

Fases/manifestações psicológicas e sociais da população:	Ações de saúde mental:
<p><u>Antes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Expectativa de inevitabilidade com alto grau de tensão na população; – Supervalorização ou subvalorização (negação) da possível epidemia; – Características humanas preexistentes são potencializadas (positivas e negativas); – Ansiedade, tensão, insegurança e vigilância obsessiva dos sintomas da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> – Comunicação de risco à população; com ênfase aos grupos vulneráveis; – Sensibilização e informação sobre o assunto; – Localização de pessoal competente em saúde mental; – Capacitação de equipes de saúde mental e profissionais de atenção primária de saúde no assunto. Preparação de grupos de apoio emocional e psicológico; – Identificação dos grupos vulneráveis do ponto de vista psicossocial; – Proteção preventiva: imposta autoritariamente, caso necessário; – Estímulo ao espírito solidário e incentivo à participação da comunidade;

	<ul style="list-style-type: none"> - Organização dos serviços de saúde mental para uma resposta adequada de emergência, em especial com a formação de equipes móveis, unidades de intervenção em situações de crise e serviços de ligação com hospitais gerais; - Coordenação interinstitucional; criação de redes de trabalho.
<p><u>Durante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Medos, sentimentos de abandono e vulnerabilidade; - Necessidade de sobrevivência; - Perda de iniciativa; - Lideranças espontâneas (positivas ou negativas); - Aparecem condutas que podem oscilar entre: heróicas ou mesquinhas; violentas ou passivas; solidárias ou egoístas; - Adaptação a mudanças nos padrões habituais de vida: restrições de movimentos, uso de máscaras, redução nos contatos físicos diretos, fechamento temporário de escolas etc.; - Ansiedade, depressão, lutos, estresse peritraumático, crises emocionais e de pânico, reações coletivas de agitação, descompensação de transtornos psíquicos preexistentes, transtornos psicossomáticos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação rápida das necessidades psicossociais da população nas condições específicas do lugar onde a epidemia se desenvolve; - Apoio às ações fundamentais de detecção precoce, notificação, atenção e controle da propagação; - Comunicação social. Informação e orientação sobre: o que está ocorrendo, o que se está fazendo e o que as pessoas devem fazer. Transmitir: organização, segurança, autoridade, moral, sossego, apoio e ânimo; - Continuação da capacitação in loco durante a emergência; - Apoio e atenção psicossocial (individual e em grupo) a pessoas, famílias e comunidades afetadas; - Promover mecanismos de auto-ajuda e ajuda mútua. Inclui grupos e ajuda de seus pares. Recuperar a iniciativa e elevar a auto-estima; - Contribuir para o controle da desorganização social; - Primeira ajuda emocional por pessoal não especializado (de saúde e de ajuda humanitária), em especial a famílias enlutadas; - Atenção psiquiátrica a pessoas com transtornos mentais definidos; - Serviços especializados em função da atenção à pandemia: grupos móveis para trabalhar na comunidade e

	atenção primária de saúde, unidades de intervenção em situações de crise em lugares selecionados (como necrotérios, grandes hospitais etc.) e serviços de ligação com hospitais gerais;
<ul style="list-style-type: none"> - Depois: a pandemia está sob controle - Medo de uma nova epidemia; - Comportamentos agressivos e de protesto contra autoridades e instituições. Atos de rebeldia e/ou de delinquência; - Seqüelas sociais e de saúde mental: depressão, lutos patológicos, estresse pós-traumático, abuso de álcool e drogas, bem como violência; - Começa um processo lento e progressivo de recuperação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuação de uma estratégia boa de comunicação social que favoreça a recuperação; - Capacitação contínua para o serviço das equipes que trabalham na recuperação; - Implementação da atenção à saúde mental individual e de grupo às pessoas, famílias e comunidades que foram afetadas, como parte de um plano de recuperação psicossocial de médio prazo (6 meses, no mínimo); - Atenção à saúde mental aos que ajudaram (equipes de resposta); - Reabilitar é marchar para frente e “recuperar a esperança”. Devem ser fortalecidos os novos projetos de vida; - Consolidar a coordenação inter-institucional e a organização comunitária; - Discutir as experiências e as lições aprendidas.

Existem três mensagens essenciais:

1. Não pensar apenas na psicopatologia, mas também na ampla gama de problemas de alto conteúdo social;
2. Necessidade de ampliação do campo de competência dos profissionais da saúde mental;
3. Os problemas psicossociais podem e devem ser atendidos, em grande proporção, por pessoal não especializado.

Sobre a atenção psicológica e social

Em um primeiro momento será necessário utilizar técnicas de intervenção para situações de crise para os que não estão doentes, mas apresentam reações psicológicas significativas. Os profissionais da área da saúde e de ajuda humanitária

devem estar preparados para o uso de técnicas básicas de primeira ajuda emocional. É de importância especial dispor de serviços de saúde mental com possibilidade de intervenção para situação de crise nos principais centros de saúde onde os doentes estejam sendo cuidados, criando-se um dispositivo de atenção para os familiares e acompanhantes.

Algumas recomendações para os sobreviventes e os que sofreram perdas importantes:

- Tratar-los como sobreviventes ativos e não como sujeitos passivos;
- Não medicalizar a atenção, nem necessariamente tratar as pessoas como doentes psiquiátricos;
- Assistir e mostrar preocupação pela segurança física e da saúde;
- Assegurar-se de atender suas necessidades básicas;
- Proporcionar apoio emocional e um senso de conexão com outras pessoas;
- Assegurar a privacidade e o sigilo na comunicação;
- Facilitar para que expressem ou contem sua história e deixem suas emoções aflorar;
- Quem está oferecendo a ajuda psicológica deve desenvolver um sentido de escuta responsável, cuidadosa e paciente. Os membros das equipes de resposta devem explorar suas próprias concepções e preocupações sobre a morte e não devem impor sua visão aos que estão ajudando;
- Mais que conselhos se deve abrir a reflexão sobre o ocorrido e como enfrentar o futuro. As orientações devem se referir a questões práticas e abertura de canais de ajuda;
- Prover o máximo de informação possível e escutar os problemas para ajudar com que sejam canalizados;
- Promover o retorno à vida cotidiana, o quanto antes;
- Evitar a intrusão da imprensa ou de outros grupos;
- O apoio espiritual ou religioso é, geralmente, um instrumento valioso para acalmar os familiares.

Os critérios de encaminhamento a um especialista (psicólogo ou médico psiquiatra) são limitados e específicos:

- Sintomas persistentes e/ou agravados que não aliviaram com as medidas iniciais;
- Dificuldades profundas na vida familiar, social ou no trabalho;
- Risco de complicações, em especial o suicídio;
- Problemas coexistentes como alcoolismo ou outras dependências;
- Depressão maior, psicose e transtorno por estresse pós-traumático são quadros psiquiátricos graves que requerem de atenção especializada.

O uso de medicamentos deve ser restrito aos casos estritamente necessários e apenas prescritos por especialistas. Não é recomendável o uso indiscriminado e por

períodos prolongados de psicofármacos; alguns deles, como os tranqüilizantes, têm efeitos secundários importantes e causam dependência.

A grande maioria dos casos pode e se deve ser atendida no ambulatório, em seu contexto familiar e comunitário. A hospitalização, em geral, não é necessária. É na vida cotidiana que se ativa a recuperação psicossocial das pessoas depois de eventos traumáticos importantes.

Para as crianças sobreviventes recomenda-se:

- Uma estratégia de atenção psicossocial flexível e não profissionalizada;
- Considerar a escola, a comunidade e a família como espaços terapêuticos fundamentais;
- Os professores, o pessoal comunitário, os grupos das mulheres e de jovens se transformam em agentes de trabalho com os menores;
- Fortalecer a capacitação, a atenção e a motivação do pessoal que trabalha com crianças;
- As técnicas lúdicas em grupo e as atividades recreativas são instrumentos essenciais para a recuperação psicossocial das crianças;
- Favorecer o retorno, o quanto antes, à vida normal incluindo a escola;
- Aproveitar as tradições populares com relação aos cuidados e tratamentos aos menores afetados.

Princípios básicos para um Plano Nacional de Saúde Mental em situação de epidemia ou pandemia:

- O Plano NÃO deve se centrar apenas no impacto traumático (a doença epidêmica), deve ser amplo e dimensionar o indivíduo e seu contexto, bem como utilizar estratégias positivas de enfrentamento nas esferas ideológica, cultural e religiosa (para os que não forem laicos);
- Definir objetivos sobre bases realistas e objetivas. Um objetivo fundamental é de caráter preventivo (diminuir as probabilidades de sofrer danos psicossociais).
- Definir ações (curto, médio e longo prazo) com base nos objetivos traçados. Em todas as ações, deve-se definir claramente um responsável, os executores e as datas para o cumprimento;
- A intervenção psicossocial deve ser precoce, rápida e eficiente;
- As metodologias de trabalho devem ser ágeis, simples, concretas e adaptáveis às características étnicas e culturais;
- Em um primeiro momento, é necessário a avaliação rápida das necessidades psicossociais e das situações de maior vulnerabilidade, que sirva de base às atuações em sua fase inicial;
- Não considerar a atenção apenas como demanda de assistência clínica psiquiátrica.
- Criar ambientes seguros, promovendo a vida comunitária, bem como apoiando o reagrupamento familiar;

- Readaptação ativa significa o reinício das atividades cotidianas da comunidade, incluindo o trabalho e a atividade escolar das crianças;
 - Criar espaços comunitários de apoio mútuo, expressão, diminuição da tensão, compreensão e atenção ao que se diz onde o impacto é socializado de tal maneira que permita que seja reelaborado e os recursos mobilizados;
 - Dar atenção às demandas das pessoas em seus próprios espaços sociais ou informais e não esperar que elas venham aos serviços de saúde
-
- O apoio emocional deve ser integrado às atividades cotidianas dos grupos organizados nas comunidades e fazer parte da satisfação das necessidades básicas da população;
 - Suporte emocional às pessoas enlutadas e criar condições para funerais e ritos culturalmente aceitos;
 - Enfoque de gênero;
 - Estabelecer alianças e conseguir a participação dos diversos atores sociais;
 - No plano operacional, é priorizado o âmbito grupal e comunitário, sem que isto implique em não abordar o nível individual e familiar;
 - Flexibilidade. A dinâmica psicossocial em emergências deste caráter é muito variável, razão pela qual todo plano deve ser extremamente flexível;
 - Sustentabilidade das ações a médio e longo prazo, buscando-se, como consequência destas ações, o fortalecimento dos serviços existentes e melhoria da atenção em saúde mental no país.

Linhas de ação:

1. Diagnóstico rápido das necessidades psicológicas e sociais da população;
2. Atenção psicossocial por pessoal não especializado;
3. Atenção clínica especializada direta a pessoas com transtornos psíquicos mais complexos;
4. Atenção priorizada a grupos de maior risco;
5. Capacitação;
6. Promoção e educação para a saúde; organização comunitária, participação social e auto-responsabilidade;
7. Comunicação social;
8. Coordenação intersetorial.

Organização dos serviços

É realizada de acordo com as possibilidades e necessidades do país ou região em questão.

Nível primário:

- Equipes de atenção primária em saúde (APS) com preparação básica em saúde mental, que lhes prepare para enfrentar processos simples de apoio psicossocial (como primeira ajuda emocional) e identificar e/ou encaminhar os casos mais complexos;
- Serviços de apoio emocional e psicológico;
- Equipes de saúde mental em serviços ambulatoriais (centros de saúde mental comunitários ou outros) que oferecem apoio à APS, atendem as pessoas encaminhadas e se mobilizam em função das necessidades, toda vez que estes serviços forem viáveis.

Nível secundário:

- Unidades de intervenção em situações de crise (especializadas) em lugares selecionados, como serviços de emergências;
- Unidades de saúde mental em hospitais gerais com grande número de doentes de influenza hospitalizados (serviços de ligação que atendem interconsultas).

V. PROCEDIMENTO EM RELAÇÃO AOS CADÁVERES

A existência de grande número de cadáveres como conseqüência de uma pandemia cria temor na população pelas informações inexatas sobre o risco que representam. Também existe tensão e um sentimento de luto generalizado; o caos reinante e o clima emocional podem gerar condutas de difícil controle. Esta situação requererá intervenções psicossociais individuais e comunitárias apropriadas por parte dos líderes.

Um mito considerável é que os cadáveres são perigosos e devem ser incinerados ou enterrados rapidamente. É necessário divulgar informação válida sobre os riscos que os cadáveres (dos que morreram como conseqüência da epidemia) significam para a saúde dos sobreviventes.

Independentemente do poder das autoridades a cargo da condução da emergência e de motivos epidemiológicos que possam apressar a disposição dos restos mortais, devem ser adotadas medidas que respeitem e considerem os costumes da população, evitando situações como o sepultamento em fossas comuns ou cremação, geralmente proibido pelas disposições legais e em violação dos direitos humanos fundamentais.

O procedimento em relação aos cadáveres e sua disposição são um problema com sérias implicações psicológicas para a família e os sobreviventes, além de outras considerações políticas, socioculturais e de saúde.

A notificação da morte e o reconhecimento de cadáveres

A notificação da morte pode ser feita em casa, em um centro de saúde, no hospital, necrotério ou em outro cenário. É um momento crítico e difícil de ser enfrentado pois pode produzir reações emocionais fortes. Algumas recomendações úteis são as seguintes:

- Anteriormente à notificação, deve-se reunir toda informação possível sobre o falecido e as características de seu caso (evolução da doença, complicações etc.);
- Obter informação sobre as pessoas a serem notificadas;
- Assegurar-se de que o familiar adulto mais apropriado receba a notícia primeiro;
- A notificação será realizada diretamente e em pessoa;
- A notificação deve ser feita, preferivelmente, por duas pessoas;
- Usar as regras comuns de cortesia e respeito;
- Não levar à entrevista objetos pessoais do falecido;
- Convidar os familiares para que se sentem e fazer o mesmo por parte de quem vai fazer a notificação;
- Observar cuidadosamente o ambiente para prevenir riscos e esteja preparado para atender crianças ou outras pessoas;
- A mensagem deve ser direta e simples. Para a maioria das pessoas, as características da cena farão com que prevejam que algo terrível aconteceu, razão pela qual não se deve prolongar sua agonia ou ansiedade;
- Esteja preparado para responder perguntas;
- Se os familiares pedirem, eles devem ser ajudados a informar outras pessoas;
- Dar atenção e atender às necessidades imediatas dos familiares, bem como devem ser lembrados os seus direitos.

A notificação da morte sempre deve ser individual (caso por caso), evitando-se dar uma informação desta natureza a um grande número de pessoas ou em grupo. Se necessário, deverão ser formadas várias equipes ou duplas para distribuir o trabalho.

As pessoas (às vezes, adolescentes), que enfrentam o momento difícil da notificação e do reconhecimento de cadáveres de familiares ou pessoas próximas, são expostas a situações traumáticas. Entre as manifestações apresentadas pelos que vão reconhecer e receber os corpos de seus entes queridos estão o desespero, a frustração e às vezes eles manifestam seu protesto ou inconformidade com o tratamento que o morto recebeu ou os procedimentos sendo usados etc.

É importante contar com serviços médicos e de atenção à saúde mental o mais perto possível do local em que se realiza o reconhecimento de cadáveres a fim de oferecer assistência física e emocional aos familiares.

Em geral, os familiares pedem para ver o cadáver o quanto antes. Recomenda-se o seguinte:

- A decisão de quem vai ver o cadáver deve ser tomada pelos próprios doentes;

- Não permitir que os familiares entrem sozinhos para fazer o reconhecimento, é preferível que estejam acompanhados por pessoal qualificado que possa proporcionar um pouco de apoio emocional;
- Oferecer privacidade e respeito para que possam se despedir, inclusive deixar que toquem o corpo, se quiserem;
- Respeitar nesse momento qualquer tipo de reação que os familiares possam ter;
- Quase sempre, um apoio necessário é transportar os familiares para o local onde está o cadáver e assegurar o retorno;
- Prover condições mínimas de comodidade e garantir um atendimento humano no local de reconhecimento dos cadáveres.

Um elemento importante para lidar com o luto é favorecer a rápida tramitação dos serviços funerários e conseguir que estes sejam gratuitos ou acessíveis para as pessoas de poucos recursos. A demora na entrega dos cadáveres e a incerteza acerca dos recursos para o pagamento dos serviços funerários causam ainda mais angústia e sofrimento.

Com frequência, as autoridades não dão maior importância ao problema dos serviços funerários, sobretudo em meio à situação de caos criada pela epidemia. Entretanto, para os familiares, isso tem grande significado e pode ser motivo para protestos e mal-estar coletivo.

VI. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀS EQUIPES DE RESPOSTA QUE TRABALHAM NA ATENÇÃO À EPIDEMIA

Um grupo especialmente vulnerável são os membros das equipes de resposta que trabalham na epidemia e os encarregados da manipulação dos cadáveres. A estes se juntam os encarregados de realizar as autópsias, os quais se sentem angustiados e sobrecarregados de trabalho quando ocorrem situações de mortes em um grande número.

Nem todos os profissionais e voluntários são aptos para estes trabalhos e isso depende de condições relacionadas com a vulnerabilidade e as circunstâncias; deve-se levar em consideração fatores como idade, personalidade, experiências anteriores, crenças sobre a morte etc. Eles devem ser amplamente informados sobre as características dos trabalhos a serem realizados e deve-se evitar que pessoas com menos de 21 anos participem ou realizem trabalhos de grande impacto humano.

Existem fatores de risco que aumentam a probabilidade de sofrer transtornos psíquicos:

- Exposição prolongada a experiências muito traumáticas;
- Confrontação com aspectos éticos;
- Exposição simultânea a outros traumas ou situações estressantes recentes;
- Antecedentes de transtornos físicos ou psíquicos;

- Condições de vida desfavoráveis;
- Um processo de seleção do pessoal profissional pouco rigoroso.

É provável que o pessoal das equipes de resposta, ao término de seus trabalhos na emergência, apresente dificuldades ao voltar à sua vida cotidiana. Estas não devem necessariamente ser consideradas como expressão de doença e devem requerer, sobretudo, apoio e acompanhamento familiar e social.

Não existe nenhum tipo de treinamento ou preparação prévia que possa eliminar completamente a possibilidade de que uma pessoa, que trabalha com doentes e mortos em situações de catástrofe, seja afetada por sintomas de estresse pós-traumático ou outros transtornos psíquicos. Ao se evidenciar manifestações psicopatológicas importantes, os casos devem ser canalizados para receber ajuda especializada.

Algumas recomendações gerais para a atenção aos membros das equipes de resposta são as seguintes:

- Levar em consideração as características e os padrões de conduta específicos das pessoas que trabalham na emergência. Eles, em geral, se sentem satisfeitos pelo que realizaram e desenvolvem um espírito altruísta;
- Mantê-los em atividade é positivo, libera estresse e reforça a auto-estima;
- Incentivar a rotatividade de funções e organizar adequadamente os horários de trabalho; por exemplo, os que se ocuparam dos procedimentos em relação aos cadáveres durante um tempo, devem depois realizar tarefas de menor impacto;
- Estimular o cuidado próprio físico e fazer intervalos de descanso periódicos;
- Quem oferece apoio emocional deve manter uma atitude responsável ao dar atenção, bem como garantir o sigilo e conduta ética das situações pessoais e da organização;
- Redefinir as crises como uma possibilidade para o crescimento;
- Incluir a família em processos de ajuda e sensibilização;
- Redução dos condicionantes de estresse e avaliação de estados emocionais subjacentes antes e durante a emergência;
- Criação de espaços para a reflexão, catarse, integração e sistematização da experiência. Reconhecer o sentimento de raiva expresso por alguns, não como algo pessoal, mas como expressão de frustração, culpa ou preocupação. Estimular que se manifeste entre eles o apoio, solidariedade, reconhecimento e gratidão mútua;
- Sempre que seja possível, as equipes implicadas na emergência devem passar por um processo de atenção ou acompanhamento psicológico em grupo.

Orientações para o pessoal que trabalhou na emergência, depois que ser reintegrado à vida cotidiana:

- Voltar à sua rotina o quanto antes;
- Realizar exercícios físicos e de relaxamento;
- Buscar contato com a natureza;
- Descansar e dormir o suficiente;

- Alimentar-se de forma balanceada e regular;
- Não tentar diminuir o sofrimento com o uso de álcool ou drogas;
- Buscar companhia e falar com outras pessoas;
- Participar de atividades familiares e sociais;
- Observar e analisar seus próprios sentimentos e pensamentos. Refletir sobre a experiência que viveu e o que ela significa como parte de sua vida.

VII. ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL: A IMPORTÂNCIA DE INFORMAÇÕES VÁLIDAS, ADEQUADAS E OPORTUNAS

Disponer de informações fidedignas, transparentes, adequadas e oportunas é vital para o controle emocional dos familiares e da população. Estas informações devem compreender várias dimensões:

- Direta individual;
- Direta grupal e comunitária;
- Pelos meios de comunicação.

As autoridades e líderes comunitários devem estar preparados para oferecer informação direta quer seja individual ou em grupos, bem como para responder perguntas e se dispor a buscar soluções.

Os meios de comunicação são caracterizados por uma dualidade em sua natureza, por um lado são empresas comerciais com fins lucrativos e por outro têm uma enorme responsabilidade social pelo serviço público que oferecem. As informações sobre catástrofes como as pandemias podem ser usadas de forma a potencializar e manipular o interesse mórbido do público. No entanto, deve ser nosso objetivo insistir no perfil ético e dos aspectos de sensibilidade humana com que se deve lidar com a informação sobre estes acontecimentos; os meios de comunicação devem contribuir de forma responsável para a tranquilidade cidadã, proporcionando notícias fidedignas e equilibradas que orientem corretamente.

Um problema freqüente é o número de pessoas que circulam pelos hospitais, centros de saúde, necrotérios ou outros locais em busca de familiares ou conhecidos (doentes ou mortos). Isto cria inconveniente pelo congestionamento e desorganização que podem ocorrer, entretanto deve-se buscar soluções que respondam adequadamente, com humanidade e respeito a estas pessoas.

O setor da saúde deve coordenar com as autoridades públicas e organizações de ajuda humanitária para a contenção, atenção e controle do público, que na maioria dos casos não é agressivo mas, devido ao seu grande número, é indispensável organizá-lo para proporcionar informações adequadas. Além disso, deve-se controlar a entrada às instalações de saúde de forma individual ou em pequenos grupos.

Para as tarefas de informação é importante buscar o apoio oportuno de vizinhos e organizações comunitárias quem tem, além de talento humano, um grande conhecimento da população e seus costumes.

Convém que as autoridades e as instituições públicas disponham de porta-vozes que se encarreguem especificamente da condução da informação e apoiem a contenção emocional da população. Convém ter horários regulares para dar informações e fazer uso de comunicados oficiais, evitando a ambigüidade.

Os preparativos devem incluir aspectos psicossociais

A diretora da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Mirta Roses, afirmou recentemente em Valência que, diante da gripe aviária, "não é necessário alarmar-se, mas sim ficar em alerta", porque tudo indica que "estamos muito próximos de poder ter uma pandemia de dimensões importantes e sérias repercussões". "A atitude responsável por parte da sociedade e das autoridades é se preparar para aliviar o impacto que possa ocorrer e não esperar que ocorra para lamentar os resultados". Ela também assinalou que "não é necessário entrar em pânico, mas em atividade" e, a seu ver, "isso é o que o mundo está fazendo".

Mirta Roses mostrou seu desejo de que o vírus "seja contido", mas assegurou que sempre se deve pensar "que tudo aquilo a que o ser humano não tem memória, isto é, nunca entrou em contato, é potencialmente muito sério" e, no caso deste vírus, acrescentou, "o ser humano ainda não tem uma resposta preparada".

A diretora da OPAS considerou que está sendo feito "um trabalho muito coordenado entre os meios, as autoridades e o público".

A informação ao público sobre as possibilidades de enfrentar uma grande pandemia não é uma opção, mas uma medida que deve ser adotada sem a menor dúvida. As razões são claras:

- As pessoas podem se preparar e contribuir para preparar os seus ambientes coletivos (família, comunidade, local de trabalho etc.);
- A comunidade pode colaborar com os esforços oficiais do governo e demais autoridades;
- Uma vez iniciada a epidemia, as pessoas informadas poderão atuar de maneira mais apropriada e proteger melhor a si mesmas e à sua família.

A comunicação do risco é essencial e a estratégia fundamental é criar um clima de confiança mútua entre a população, as autoridades e os comunicadores.

O objetivo da comunicação anteriormente à epidemia é obter um ponto médio em que se consiga informar corretamente sobre os perigos e riscos existentes, criando

um nível apropriado de temor com conhecimento, ao mesmo tempo em que se proporciona ajuda para enfrentar o problema e se preparar para ele. O objetivo é afastar dos extremos, isto é, desde avisos breves que não rompem a apatia da população, ou o contrário, relatórios alarmistas que geram medo exagerado que pode chegar ao pânico.

Recomendações para comunicar o risco:³

1. Coloquem-se no lugar do público;
2. Não tenham medo de assustar as pessoas;
3. Reconheçam a incerteza da situação;
4. Compartilhem os dilemas;
5. Permitam que as pessoas participem;
6. Estejam dispostos a especular de maneira responsável;
7. Não se deixem apanhar pelo jogo dos números;
8. Enfatizem a magnitude e não a probabilidade;
9. Orientem a reação de ajuste;
10. Informem ao público rapidamente e tentem ser totalmente francos e transparentes.

A comunicação do risco é essencial do ponto de vista da saúde mental. Uma boa estratégia de comunicação social é fundamental para manter a calma e um estado emocional apropriado; uma população bem informada pode atuar de modo adequado, proteger-se melhor e ser menos vulnerável do ponto de vista psicossocial.

VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfrentamento de uma situação de emergência epidêmica em que há grande número de doentes e cadáveres não é apenas um problema do setor da saúde; neste estão envolvidos outros atores como instituições governamentais, ONGs, autoridades locais e a própria comunidade. Entre as medidas imediatas mais gerais que contribuem para criar um clima de ordem e tranquilidade emocional estão:

- Uma resposta acertada e ordenada por parte das autoridades;
- Informações fidedignas e oportunas. Uma boa estratégia de comunicação social é fundamental para manter a calma e um estado emocional apropriado em todas as etapas (antes, durante e depois);
- Favorecer a cooperação interinstitucional e a participação da comunidade;
- Garantir os serviços básicos de saúde, inclusive o componente psicossocial;
- Atenção à saúde mental priorizada aos grupos mais vulneráveis e levar em consideração as diferenças relacionadas com o gênero e a idade;

³ Sandman, P.M., Lanard, J...A gripe aviária: como comunicar o risco. In Perspectivas, Revista da OPAS. Vol. 10, No.2, 2005.

-
- A primeira ajuda emocional aos doentes e sua família é dada, em grande parte, por uma eficiente atenção de saúde e apoio humanitário.
 - Prever o aumento do número de pessoas com manifestações de luto patológico ou portadores de transtornos psiquiátricos e facilitar sua atenção adequada;
 - Garantir o procedimento cuidadoso e ético em relação aos cadáveres, estabelecendo uma forma ordenada e individualizada de realizar as notificações das mortes.
 - Evitar cremações ou enterros em fossas comuns. Promover a entrega rápida dos cadáveres a seus familiares, respeitando-se os desejos e costumes da população.

É necessário que as vivências traumáticas, bem como as perdas e o luto adquiram diferentes formas de expressão, segundo a cultura. Os conceitos predominantes sobre a vida e a morte e a realização dos ritos de despedida dos entes queridos adquirem relevância nos processos de aceitação e reelaboração do evento ocorrido.

Os planos de saúde mental não podem se limitar a melhorar os serviços especializados e torná-los mais acessíveis, mas é necessário ampliar o campo de competência para atender a uma série de problemas e necessidades psicossociais da população.

A organização dos serviços de saúde mental deve ser adaptada às necessidades existentes em uma situação de epidemia. No nível primário, as equipes de APS devem dispor de uma preparação básica em saúde mental, que lhes permita enfrentar processos simples de apoio psicossocial; também é necessário prever serviços de apoio emocional e psicológico, bem como equipes ambulatoriais de saúde mental de apoio à APS. No nível secundário, é importante planejar unidades de intervenção em situação de crise em locais selecionados (como serviços de emergências e necrotérios) e em serviços de saúde mental em hospitais gerais com grande número de doentes de influenza hospitalizados.

Deve-se levar em consideração os efeitos tardios (a médio e longo prazo) que surgem em situações de catástrofes com o propósito de planejar estratégias de intervenção apropriadas para a sua prevenção e controle eficaz. No entanto, as respostas institucionais mais freqüentes se baseiam no cuidado psiquiátrico individual e atendem apenas a um número muito reduzido das pessoas afetadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Caldas, J.M. Mental health services for victims of disasters in developing countries: a challenge and an opportunity. *World Psychiatry* 2002; 1 (3):155-157.
2. Caldas, J.M, Rodríguez, J. The Latin American and Caribbean Experiences. In *Disasters and Mental Health*, Chapter 14:201-217. WPA, John Wiley & Sons. England, 2005.
3. Desjarlais, R. y cols. *Salud Mental en el mundo*. Versión en español editada por la OPS/OMS. Washington, 1997.
4. James, J.W. y Friedman, R. *The grief recovery handbook*. Harpel Perennial, New York, 1998.
5. Matsakis, A. *Survivor guilt: A self-help guide*. New harbinger Publications.
6. OPS/OMS. Boletín de la OPS de septiembre del 2005 (www.paho.org)
7. OPS/OMS. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Publicado por la OPS/OMS. Washington DC, 2002.
8. OPS/OMS. *Manejo de cadáveres en situaciones de desastres y emergencias*. Publicado por la OPS/OMS. Washington DC, 2002.
9. OPS/OMS. Comunicado de Prensa / Noticias e Información Pública. Lee Jong-wook (OMS) - "Serán catastróficos los efectos y costos de una pandemia de gripe. *Washington, 28 de septiembre del 2005*.
10. OPS/OMS. PAHO Strategic and Operacional Plan for Responding to Pandemic Influenza. Draft. September 2, 2005.
11. OMS. *Plan Mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza*. Ginebra, 2005.
12. OMS. CIE 10 / Trastornos mentales y del comportamiento / Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Publicado por la OMS. Edición en español por MEDITOR. Madrid, 1992
13. Peters, C.J. Hacia un desastre microbiano?. En *Perspectivas*, la revista de la Organización Panamericana de la Salud. Edición Especial del Centenario. Volumen 7, Número 2. Washington, 2002.
14. Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental "Simón Bolívar". *Desastres, consecuencias psicossociales. La experiencia latinoamericana*. Serie de Monografías Clínicas No. 2. Publicado por el Centro de la Familia Hispánica, Illinois, USA, 1989.
15. Rodríguez, J, Ruiz, P. *Recuperando la esperanza*. Editado por la OPS/OMS en Guatemala. Guatemala, 2001.
16. Rodríguez, J. *Psicoterapia: una relación de ayuda*. Editado por EMPRETEC. Guatemala, 1999.