

Missão e atuação do INEM nos Incêndios de 17 de Junho e de 15 de Outubro de 2017 na região Centro: Intervenção Psicossocial através das Unidades Móveis de Intervenção Psicológica em Emergência (UMIPE)

Catástrofe

Acontecimento que “provoca uma destruição de tal forma severa que excede grandemente a capacidade de confronto e os recursos psicológicos dos indivíduos da comunidade afectada.” (Weisaeth, 1995)

De uma forma geral, podemos distinguir ou considerar a existência de 3 fases numa catástrofe após o impacto:

1. **Fase de Alarme:** Esta fase inicia-se imediatamente após o impacto. Corresponde ao período de destruição e morte, desorientação e confusão. Traduz a fase de Emergência, nas primeiras 72 horas.
2. **Fase Pós-Impacto Precoce:** Período após o impacto a curto prazo. Análise concreta da situação e início do processo de reconstrução. Corresponde ao espaço de tempo que medeia entre o 3º dia após o impacto até 3 meses.
3. **Fase de Restauração:** Exploração dos recursos da comunidade e encaminhamento das situações. Período após o impacto a longo prazo, desde os 3 meses até 3 anos.

Paralelamente às diferentes fases de uma catástrofe, podemos identificar também diferentes fases de resposta biopsicossocial da comunidade:

1. **Fase Heróica:** Caracteriza-se por um aumento de energia, direccionada para o salvamento, ajuda, abrigo, limpeza. Prolonga-se normalmente durante os 3 primeiros dias.
2. **Fase de Lua-de-Mel:** Apesar das perdas e do “alarme”, esta fase é caracterizada pelo otimismo dos sobreviventes e da comunidade. Estes vivenciam a chegada de recursos materiais, a comunicação social está atenta à situação, surge muitas vezes a visita de figuras públicas que asseguram que o equilíbrio será restaurado, são iniciadas investigações, etc. A comunidade acredita que o seu quotidiano será restaurado rapidamente, sem complicações. Algumas semanas ou meses depois, os recursos começam a escassear, a cobertura da

comunicação social diminui, as figuras públicas deixam de visitar a zona de impacto e a complexidade de reconstrução e restauração torna-se visível. Nesta altura, o aumento de energia que os sobreviventes e a comunidade inicialmente experienciaram começa a diminuir e o cansaço instala-se, surgindo a fase seguinte.

3. **Fase de Desilusão:** Fadiga intensa, insatisfação e a perceção do que é necessário para restaurar a normalidade, conduzem à desilusão. Confrontam-se com a ausência das promessas políticas, com a desresponsabilização das seguradoras e com as injustiças. Os sintomas podem intensificar-se e a esperança começa a diminuir. Pode verificar-se um aumento da agressividade e a energia começa a reemergir.
4. **Fase de Reorganização:** Recuperação da organização pré-impacto. A maioria das pessoas recupera o nível de funcionamento, adaptando-se à situação. Algumas pessoas atingem este nível após 6 meses, contudo para alguns pode ser necessário 18 a 36 meses. Para algumas pessoas o 1º aniversário do desastre precipita a exacerbação dos sintomas de Perturbação Pós *Stress-Traumático* (PPST). A maioria dos sobreviventes atribui a valorização das relações interpessoais e da vida, bem como a confiança para lidar com situações difíceis, à aprendizagem resultante do confronto com a catástrofe.

Modelo teórico do INEM para atuação na fase de emergência – situações multivítimas Modelo SRP: Segurar - Restabelecer – Prevenir



(INEM, 2007)

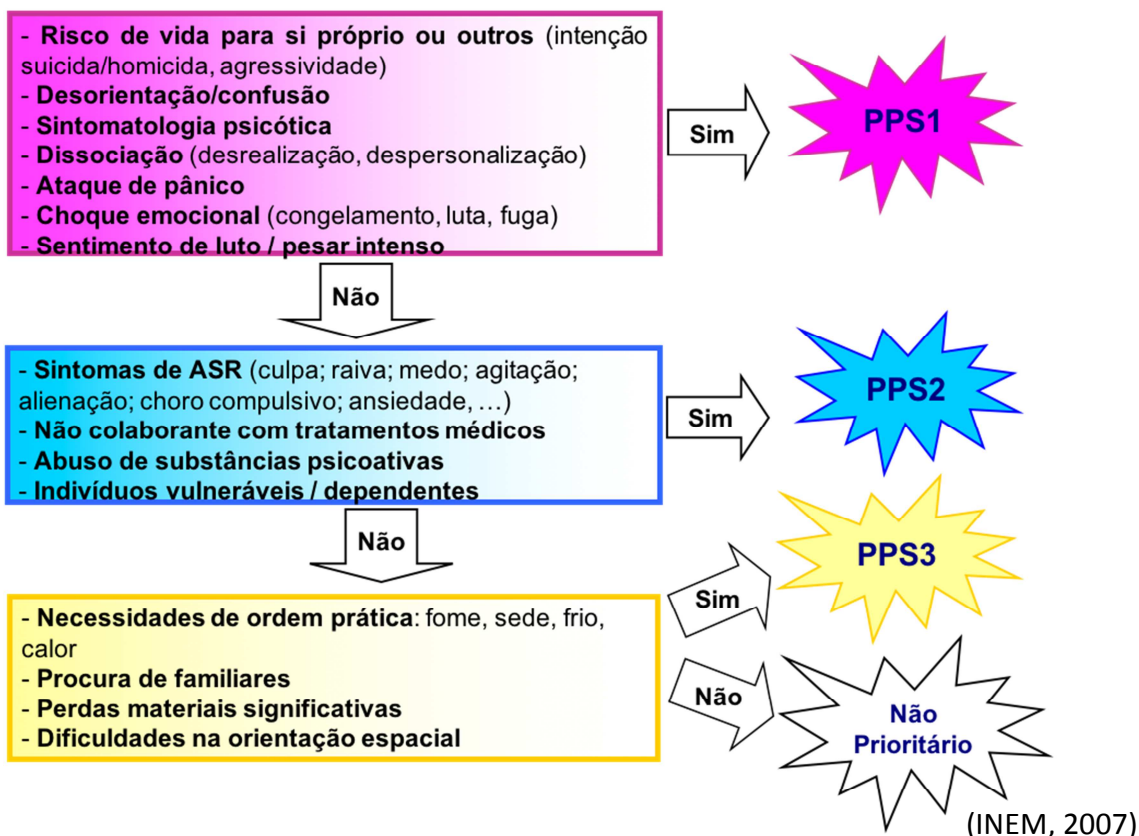
1. Contextualização

A primeira fase do modelo tem como objetivo a recolha de dados. Assim, é importante obter informação para resposta às seguintes questões:

- O quê e como aconteceu?
- Quais as consequências imediatas?
- Número de vítimas? Gravidade?
- Condições de segurança?
- Identificação das necessidades prioritárias
- Meios de emergência no terreno e outras entidades presentes no local
- Ações já realizadas
- Meios necessários à intervenção

É prioritária nesta fase a sinalização dos indivíduos mais expostos e que necessitem de intervenção psicológica imediata. Impõe-se estabelecer critérios de prioridade, através de Protocolos de Triagem, que definam quais as situações que devem ser atendidas com maior ou menor urgência.

Protocolo de Triagem Psicossocial



2. Primeiro Contacto/ Estabelecimento da Relação

Tal como acontece numa situação de crise individual, também numa situação de catástrofe é neste momento que se estabelece o primeiro contacto com as pessoas vitimadas, sendo um momento crucial na intervenção a realizar. Nesta fase, as vítimas já estão identificadas por prioridade de intervenção, sendo que as PPS1 são as mais emergentes e as PPS3 as menos urgentes, podendo aguardar algum tempo.

3. Segurança e Conforto

Depois de triadas as vítimas, e estabelecido o primeiro contacto, é prioritário que estas sejam colocadas em segurança, constituindo Centros de Acolhimento sempre que as estruturas foram ou estão a ser comprometidas. Assim sendo, o principal objetivo desta 3ª fase é restabelecer a sensação de segurança, proporcionando às pessoas envolvidas condições para que se sintam protegidas e confortáveis.

- Afastar os envolvidos do local do incidente e dirigi-los para locais mais calmos e seguros. Não descurar que, pela sintomatologia que podem apresentar (desorientação, estado de choque), estas pessoas podem não conseguir sair do

local de maior destruição, o que se pode constituir como risco, tanto físico como psicológico.

- Direcioná-los para longe de vítimas com ferimentos graves, de forma a evitar a exposição a estímulos que possam ser traumáticos. É importante não esquecer que quanto maior a exposição a estímulos potencialmente traumáticos, maior a probabilidade de se desenvolver patologia posterior.
- Protegê-los da exposição aos meios de comunicação social.
- Afastá-los dos indivíduos que de alguma forma se possam constituir como uma ameaça, e dos mais descontrolados, evitando o contágio emocional.
- Explicar de forma clara os motivos de estarem a ser dirigidos para outros locais, de forma a restabelecer a previsibilidade e a sensação de controlo.
- Ajudá-los a estabelecer um contínuo de acontecimentos e ações, dando-lhes uma maior compreensão acerca do que aconteceu.
- Na organização de Centros de Acolhimento, sempre que existe compromisso das estruturas e ameaça à integridade das pessoas envolvidas, considerar os seguintes aspetos:
 - Temperatura
 - Humidade
 - Alimentação
 - Condições de Higiene
 - Condições físicas que permitam dormir / descansar
 - Existência de brinquedos / jogos / livros infantis
 - Existência de espaços distintos que permitam evitar o contágio emocional

4. Avaliação

Nesta fase procede-se a uma avaliação mais detalhada da situação e das pessoas afetadas. É importante avaliar nomeadamente:

- O que fez antes, durante e depois do incidente, de forma a estabelecer um contínuo de acontecimentos que facilite a integração cognitiva da situação vivenciada.

- Perceção que o indivíduo tem do acontecimento e os significados que lhe atribui, uma vez que a atribuição errónea de significados dificulta a compreensibilidade da situação em causa e, conseqüentemente, dificulta a sua integração.
- Capacidade de focalização no futuro e em tarefas a realizar, ou seja, até que ponto é que a pessoa consegue avaliar as conseqüências do sucedido e como responder.
- Forma de lidar com a dor emocional e com as perdas, atendendo ao tipo de estratégias que normalmente implementa.
- Perceção que o indivíduo tem dos seus recursos pessoais e sociais.
- Presença de psicopatologia prévia.
- Funcionalidade e capacidade de resposta face às necessidades imediatas.

5. Reaquisição do Controlo sobre Si

Realizada uma avaliação mais detalhada, é importante validar o sofrimento das pessoas afetadas, normalizando a sintomatologia que apresentam. Esta é uma forma de contribuir para a reaquisição do controlo emocional e para o restabelecimento do nível de funcionamento anterior ao incidente. Neste sentido, importa:

- Validar o sofrimento: reconhecer os sentimentos e falar claramente sobre eles, de forma a facilitar a expressão emocional.
- Normalizar os sinais e sintomas decorrentes da exposição à situação (Reação Aguda de Stress - RAS).
- Dar informação adequada sobre o que aconteceu, permitindo que o indivíduo estabeleça um contínuo de acontecimentos
- Utilização de outras técnicas de estabilização emocional:
 - *Grounding*, Controlo Respiratório, Relaxamento Muscular

6. Reaquisição do Controlo sobre o Processo

Nesta fase pretende-se orientar as pessoas afetadas no sentido da aquisição de uma postura proativa, ou seja, no sentido da autorresponsabilização e do controlo sobre a situação. É adequada a utilização da técnica de resolução de problemas.

7. Ativação da rede social

Esta fase é de extrema importância em todas as ocorrências, mas particularmente em situações multivítimas, em que é frequente existirem pessoas desaparecidas e familiares desesperados por notícias dos seus conhecidos ou entes queridos.

Assim, os técnicos no local devem encorajar as pessoas a conectarem-se com os seus recursos, nomeadamente:

- Reunir grupos de familiares no local
- Contacto com familiares, amigos, vizinhos
- Contacto com agentes da comunidade, instituições locais, etc.

É também de especial relevância fomentar as interações adaptativas e de suporte e promover atividades que envolvam dinâmicas sociais. Em determinadas situações multivítimas, as pessoas afetadas podem permanecer em Centros de Acolhimento durante muito tempo, pelo que se torna fundamental o estabelecimento de redes de apoio dentro do próprio centro. De referir também que o facto de se sentirem úteis, e de poderem ajudar em aspetos práticos, contribui também para uma maior e mais rápida estabilização.

8. Promoção do *coping* adaptativo- Psicoeducação

Nesta fase o principal objetivo é a promoção de estratégias adequadas para lidar com a situação e com as consequências que daí advêm.

Assim, é adequado fornecer informação às pessoas envolvidas relativamente a:

- Reações normais de *stress*.
- Estratégias adaptativas para lidar com a sintomatologia de Reação Aguda de *Stress* (RAS)
- Recursos disponíveis e rede social de apoio.
- Sinais de alerta que justifiquem um pedido de ajuda profissional ao nível da saúde mental.
- Comportamentos que devem ser evitados e riscos associados à automedicação e ao abuso de substâncias.

9. *Follow-up* e Referenciação

Pretende-se nesta fase avaliar a evolução da sintomatologia e estratégias utilizadas na tentativa de reaquisição da funcionalidade e estabilidade emocional.

No local da ocorrência são sinalizadas as situações que necessitem de referenciação imediata, seja por questões psicológicas, seja por questões sociais, uma vez que a intervenção no terreno é multissetorial.

Nos casos em que não há necessidade de referenciação imediata, é posteriormente realizado um *follow-up* telefónico, com o objetivo de avaliar a necessidade ou pertinência de encaminhamento para outros serviços/instituições/organismos.

Missão das UMIPE

Compete às UMIPE realizar e coordenar a intervenção psicossocial junto da população vitimada, nomeadamente, vítimas diretas, familiares, comunidade e operacionais, em articulação com as entidades competentes, na fase de emergência e alarme (cerca de 72 horas após impacto), após o incidente crítico ou catástrofe.

Na prossecução da sua missão, as UMIPE atuaram nas seguintes vertentes nos incêndios que assolaram a região Centro do país, com início a 17 de junho de 2017 e a 15 de outubro de 2017:

- Identificação das pessoas mais expostas e com reações mais exacerbadas, com necessidade de intervenção psicológica imediata. Para este efeito é realizada a triagem primária de acordo com o Protocolo de Triagem Psicossocial do INEM.
- Promover a segurança e conforto, com recurso à criação de Centros de Acolhimento a deslocados, em articulação com as Autarquias e Instituto de Segurança Social.
- Identificar as necessidades mais prementes da população e agir no sentido da sua resolução.
- Realizar a estabilização emocional e promoção da funcionalidade das pessoas envolvidas.
- Promover postura proativa e mobilização dos recursos pessoais, nomeadamente, através da Psicoeducação e mobilização de estratégias de *coping*.

- Reforçar as interações sociais e o contacto com os recursos da comunidade, apontados na comunidade científica internacional como um dos fatores protetores mais importantes na recuperação da exposição traumática.
- Articular com as entidades presentes no terreno e coordenar as ações no âmbito da intervenção psicossocial de emergência. Nos incêndios com início a 17 de junho e que atingiram o Pinhal Interior Norte, a resposta psicossocial de emergência integrou as seguintes entidades, em articulação com o INEM: Cruz Vermelha Portuguesa, Polícia de Segurança Pública, Exército, Instituto de Segurança Social, Polícia Marítima, Câmara Municipal de Gondomar, Autoridade Nacional de Proteção Civil. Por sua vez, nos incêndios com início a 15 de outubro e que assolaram diversos concelhos da região Centro, a resposta psicossocial incluiu o INEM, Cruz Vermelha Portuguesa, Instituto de Segurança Social e Juntas de Freguesia e Municípios afetados.
- *Follow-up* das vítimas e familiares com as quais foi realizada intervenção, com o intuito de avaliar a evolução das reações e a necessidade de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.
- Referenciação dos casos que necessitam de continuidade de cuidados ao nível da saúde mental.
- Fornecer informação às entidades competentes, nomeadamente à PJ, no que respeita aos dados das pessoas desaparecidas.

Casuística

Nos incêndios de 17 de junho, a UMIPE Coimbra foi acionada às 21:06 deste dia e as UMIPE de Lisboa e Porto foram acionadas imediatamente após a confirmação do cenário de catástrofe. As Equipas de psicólogos, incluindo o INEM e entidades que integraram o dispositivo, empenharam 60 psicólogos no terreno e **realizaram 863 intervenções diretas**. Saliendo a salutar articulação com as diferentes instituições, numa abordagem multidisciplinar e multisectorial.

Nos incêndios de 15 de outubro, a UMIPE Coimbra foi acionada às 19:00 deste dia e mais três UMIPE (2 de Lisboa e 1 do Porto) foram acionadas às 7:30 de dia 16 de outubro. Na fase de emergência integraram este dispositivo 14 psicólogos e **realizaram 192 intervenções diretas**.

Promoção da continuidade de cuidados de saúde mental

O papel das UMIPE no terreno terminaram com a fase de emergência, atendendo ao âmbito de atuação do INEM, e considerando a janela de tempo da fase de alarme (cerca de 72 horas após impacto). Na primeira ocorrência, a resposta no terreno foi mantida até ao dia 23 de junho de 2017, excedendo a duração da resposta de emergência internacionalmente reconhecida. Nos incêndios de outubro, a resposta no terreno, incluindo deslocações aos INML de Viseu e de Coimbra, decorreu até ao dia 20 de outubro de 2017.

De acordo com o protocolo de atuação da UMIPE, foram mantidos os contactos telefónicos de *follow-up*, com o intuito de avaliar a evolução das reações, identificar sinais de gravidade e referenciação para os cuidados de saúde mental de continuidade.

Na medida em que a região do Pinhal Interior Norte contemplava a existência de equipa de Saúde Mental Comunitária, foi estabelecido, no imediato, o contacto com a Coordenadora da mesma equipa, Dra. Ana Araújo. Ato contínuo, foi acordado o envio da base de dados dos casos a referenciar para acompanhamento por esta equipa de saúde mental, cumprindo, assim, um dos princípios internacionalmente advogados no que respeita à promoção dos recursos de saúde da comunidade. Como garante desta continuidade de cuidados de saúde, e não obstante a comunicação via correio eletrónico, foram realizadas deslocações ao terreno e estabelecidos contactos pessoalmente com a Coordenadora da equipa de Saúde Mental Comunitária, com o intuito de realizar reuniões de trabalho e gizar estratégias de articulação.

Nos incêndios de outubro, os concelhos afetados não contemplavam a mesma organização no que respeita à Saúde Mental. Assim, em Oliveira do Hospital, existindo a equipa de Saúde Mental Comunitária, coordenada pela Dra. Célia Franco, a resposta e referenciação foi facilitada. Nos restantes concelhos, a referenciação foi realizada para os respetivos Centros de Saúde, não obstante a diferente capacidade de resposta destas unidades de saúde.

Importa destacar três aspetos do ponto de vista Humano na resposta a esta catástrofe:

- O sofrimento emocional, intenso e crítico, das vítimas, familiares e comunidade afetada, porém, e em resposta a esta provação, a notável resiliência individual e comunitária. Com relevo para a solidariedade e suporte social.

- A articulação proficiente entre as entidades oficiais no terreno, num empenho unificado e coerente.

- A inextinguível abnegação e profissionalismo dos operacionais e profissionais das centrais de emergência, que abdicaram da sua vida pessoal, conforto, necessidades e limites das capacidades em prol de quem estava em sofrimento.