

THE TENTS GUIDELINES

FOR PSYCHOSOCIAL CARE
FOLLOWING DISASTERS AND MAJOR INCIDENTS



www.tentsproject.eu

Orientações do projecto TENTS para o Apoio Psicossocial
após Desastres e Incidentes Majores
Versão Traduzida para Português pelo Centro de Trauma
CES – Universidade de Coimbra

As orientações apresentadas foram desenvolvidas na Universidade de Cardiff, Wales, United Kingdom (2008) por J. Bisson (DM, FRCPPsych) e B. Tavakoly (PhD) com contributos dos parceiros do *The European Network for Traumatic Stress*.

Parceiros Associados

Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands - Dr. M. Olf / Dr. A.B. Witteveen
Cardiff University, Wales (UK) - Dr. J. Bisson / Dr. B. Tavakoly
Catholic University of Applied Social Sciences, Berlin, Germany - Prof. Dr. N. Gurriss
Haukeland University -RVTS West, Bergen, Norway - Dr. D. Nordanger / Dr. V. Johansen
Uppsala University – NCDP, Uppsala, Sweden – Mrs. K. Bergh-Johannesson
Tampereen University, Helsinki, Finland – Prof. Dr. R. Punamaki
SEPET + D, Madrid, Spain – Dr. F. Orengo Garcia
Zagreb University, Croatia – Prof. Dr. D. Ajdukovic
Turkish Psychological Association, Istanbul, Turkey - Dr. U. Sezgin

Parceiros Colaboradores

University of Warsaw, Poland - Prof. Dr. M. Lis-Turlejska
Edinburgh Traumatic Stress Centre, Scotland (UK) - Dr. C. Freeman
University of Zurich, Switzerland - Prof. Dr. U Schnyder / Dr. L. Wittmann
Centre Hospitalier Universitaire Tenon, Paris, France - Dr. L. Jehel
University of Vienna, Austria - Dr. B. Lueger-Schuster
University of Aarhus, Denmark - Prof. Dr. A. Elklit
WHO Europe, Copenhagen, Denmark - Dr. Matt Muijen

Orientações do TENTS

Este conjunto de orientações foi desenvolvido através uma revisão sistemática da investigação actual sobre o apoio psico-social pós-desastres ou incidentes maiores, acrescido da aplicação de um processo Delphi, envolvendo 106 profissionais e peritos de 25 países diferentes.

É reconhecido que o conteúdo e organização destes serviços diferem de país para país. Por isso, as orientações do TENTS são recomendadas como um modelo a seguir em todos os países europeus mas sem qualquer carácter obrigatório.

Estas orientações apontam para a prestação de apoio psico-social em áreas com uma população entre 250,000 a 500,000 pessoas embora possam ser adaptadas para áreas maiores ou menores. Estão divididas em seis secções que incluem: planeamento, preparação e gestão; componentes gerais e componentes específicos a serem incluídos em fases particulares da resposta. Vários dos componentes focam-se nas pessoas, mas a totalidade dos aspectos do apoio psicossocial só pode ser proporcionado com a consciência do imprescindível envolvimento social dos indivíduos, especialmente das suas famílias e comunidades.

1. Planeamento, preparação e gestão

1.1 Cada área deve ter um grupo multidisciplinar para planeamento do apoio psicossocial. Deve incluir profissionais de saúde mental com experiência em stress pós-traumático e terá a responsabilidade de assegurar o apoio psicossocial após desastres ou incidentes maiores. As pessoas afectadas devem estar também representadas neste grupo.

1.2 Cada área deve ter orientações/*guidelines* sobre a prestação de apoio psicossocial em emergências (plano de apoio psicossocial), as quais devem ser integradas num plano global de gestão de incidentes maiores e regularmente actualizadas.

1.3 Devem ser estimulados o planeamento e a coordenação entre as organizações que actuam neste âmbito, de modo a garantir a eficácia dos planos de apoio psicossocial.

1.4 Os serviços de apoio psicossocial existentes devem ser mapeados e integrados nos planos de apoio psicossocial.

1.5 Os planos de apoio psicossocial devem ser testados em exercícios.

1.6 Os órgãos públicos de gestão devem ser envolvidos nos exercícios de treino.

1.7 Deverá existir um programa de treino em cada área para garantir que as pessoas envolvidas no apoio psicossocial estão preparadas para desempenhar as suas funções e responsabilidades.

1.8 Todas as pessoas que prestam cuidados devem receber uma formação específica e contínua, apoio e supervisão.

1.9 O conteúdo e nível de formação devem ser cuidadosamente adaptados aos papéis e responsabilidades das pessoas que prestam cuidados.

1.10 As pessoas que prestam cuidados (profissionais e voluntários) devem ser recrutados com antecedência, se possível, e seleccionados antes de actuarem.

1.11 O grupo de planeamento deve monitorizar possíveis reacções de traumatização secundária e *burn out*.

1.12 Os governos/autoridades devem providenciar financiamento adequado que permita manter um plano de apoio psicossocial eficaz a ser activado em caso de ocorrência de um desastre ou incidente major.

2. Componentes Gerais da Resposta

2.1 A resposta deve promover sensações de segurança e de eficácia individual e comunitária, fomentando as redes sociais e desenvolvendo sentimentos de calma e esperança.

2.2 Os direitos humanos deverão ser expressamente considerados.

2.3 Devem ser facilitadas condições para práticas espirituais, culturais ou religiosas como meio de alívio de sofrimento.

2.4 As respostas devem contemplar um apoio geral, nomeadamente apoio físico, social e psicológico.

2.5 As respostas devem envolver e prestar apoio tanto à pessoa como à família.

2.6 As respostas devem facultar informação sobre as reacções ao trauma e como lidar com elas.

2.7 Intervenções específicas formais como sessões únicas individuais de *debriefing* para todas as pessoas afectadas não devem ocorrer.

2.8 A identificação formal/*screening* de todas as pessoas afectadas não deve ocorrer por rotina, mas todos os que prestam cuidados devem estar conscientes da necessidade de identificar os indivíduos com dificuldades significativas.

2.9 Onde os recursos locais são limitados, a prioridade deve assentar nas necessidades das pessoas afectadas e de outros grupos especiais.

2.10 As respostas devem incluir o acesso à avaliação e intervenções psicológica e farmacológica, quando necessário.

2.11 As intervenções de auto-ajuda são relevantes como resposta às necessidades de grandes massas populacionais afectadas.

2.12 Indivíduos que pertençam a culturas e/ou comunidades específicas deverão ser envolvidos como membros do grupo de apoio psicossocial em causa.

2.13 Os médicos de família/delegados de saúde deverão estar sensibilizados para as possíveis sequelas psicopatológicas.

2.14 Devem existir esforços no sentido de identificar os recursos de apoio disponíveis (família, comunidade, escola, amigos,...)

2.15 Devem ser disponibilizados outros serviços, nomeadamente assistência financeira e aconselhamento jurídico.

2.16 Memoriais e cerimónias deverão ser planeadas em articulação com os grupos afectados.

3. Componentes Específicos da Resposta Inicial (durante a primeira semana)

3.1 A resposta inicial deve ser de ajuda prática e apoio pragmático, e veiculada de forma empática.

3.2 Informações sobre a situação e preocupações das pessoas afectadas devem ser obtidas e transmitidas de forma honesta e aberta.

3.3 Folhetos com informação sobre a resposta a situações traumáticas, estratégias de alívio e onde procurar ajuda podem ser distribuídos, se necessário.

3.4 As pessoas afectadas devem ser activamente informadas e elucidadas sobre as reacções ao trauma, se nisso estiverem interessadas.

3.5 Durante a resposta inicial as reacções psicológicas devem ser normalizadas.

3.6 As pessoas afectadas não deverão se incentivadas nem desencorajadas a fornecer detalhes sobre a situação vivida.

3.7 Deverá ser activada uma linha telefónica de apoio, com profissionais experientes que prestem aconselhamento.

3.8 Deverá ser criado um website com questões de apoio psicossocial.

3.9 Deve ser estabelecido um centro em actividade contínua de assistência humanitária onde funcione um conjunto de serviços eventualmente necessários.

3.10 Quem supervisiona a resposta psicossocial inicial deve trabalhar em conjunto com os media.

3.11 Deve ser considerada a hipótese de criar uma base para registo de dados pessoais.

4. Componentes Específicos da Resposta Precoce

(durante o primeiro mês)

4.1 Indivíduos com dificuldades psicossociais devem ser formalmente avaliados para posterior seguimento.

4.2 Intervenções que incluam a terapia cognitivo-comportamental focada no trauma (TF-CBT) devem ser disponibilizadas para pessoas com distúrbio de stress agudo ou stress pós-traumático agudo.

4.3 Devem ser disponibilizadas intervenções baseadas na evidência empírica para pessoas com outros problemas de saúde mental.

4.4 Pessoas com níveis elevados de stress devem ser activamente estimulados a manter seguimento.

4.5 A opção de seguimento posterior deve ser disponibilizada às pessoas afectadas e suas famílias.

5. Componentes Específicos da Resposta (entre o primeiro e o terceiro mês após a situação)

5.1 Pessoas com dificuldades psicossociais devem ser formalmente avaliados por profissionais experientes, para definição das suas necessidades físicas, psicológicas e sociais antes de qualquer intervenção específica.

5.2 A intervenção com Terapia Cognitivo-Comportamental Focada no Trauma (TF-CBT) deve ser disponibilizada para pessoas com distúrbio de stress pós-traumático agudo e recomendada como tratamento de escolha.

5.3 Para pessoas com o distúrbio de stress pós-traumático crónico, quando a TF-CBT não está disponível ou não é tolerada, devem estar disponíveis outros tratamentos.

5.4 Intervenções baseadas na evidência empírica deverão estar disponíveis para pessoas com outros problemas de saúde mental.

5.5 Pessoas com níveis elevados de stress devem ser activamente estimulados a manter o seguimento.

5.6 A opção de seguimento posterior deve ser disponibilizada às pessoas afectadas e suas famílias

6. Componentes Específicos da Resposta Contínua

(para além dos três meses)

6.1 Pessoas com dificuldades psicossociais deverão ser formalmente avaliados por profissionais experientes, para definição das suas necessidades físicas, psicológicas e sociais antes de qualquer intervenção específica.

6.2 Intervenções baseadas na evidência empírica deverão estar disponíveis para pessoas com problemas de saúde mental.

6.3 Oportunidades de trabalho/reabilitação devem ser dadas às pessoas afectadas para readaptação às rotinas do dia-a-dia e autonomização.

6.4 O planeamento com autoridades e instituições locais, do financiamento e provisão de serviços de apoio deve manter-se durante alguns anos após o desastre.