



TERAPIA OCUPACIONAL EM CONTEXTO DE CATÁSTROFE*

OCCUPATIONAL THERAPY IN A CATASTROPHE CONTEXT

Elisabete Roldão

Politécnico de Leiria, ciTechCare
Escola Superior de Saúde (Portugal)ORCID 0000-0002-5317-9855 elisabete.roldao@ipleiria.pt

RESUMO

No âmbito da catástrofe de Castanheira de Pera em 2017, a Médicos do Mundo implementou a Missão Esperança, com o objetivo de prestar apoio humanitário à população. Esta contou com a Equipa Técnica de Rua, de intervenção comunitária, constituída por 1 terapeuta ocupacional, 2 finalistas do curso de Terapia Ocupacional, 1 enfermeiro e 1 facilitador. Foi a primeira vez em Portugal que, profissionais de Terapia Ocupacional, participaram numa missão humanitária em contexto de catástrofe. Neste estudo com carácter intervencional, relata-se a intervenção da Terapia Ocupacional, implementada em 3 vertentes: Domiciliária, com adaptação do contexto, inserção de produtos de apoio, ensino de conservação de energia e counselling; Institucional, com implementação de atividades de grupo, para promover a partilha e resolução de problemas e criação de hábitos/rotinas saudáveis na população; e Comunitária, ao nível da educação para a saúde, de atividades culturais e artesanais como a tapeçaria ou a comemoração do Dia Mundial da Saúde Mental. Pretendemos dar a conhecer a intervenção da Terapia Ocupacional, neste contexto, para promoção da autonomia e participação.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, missão humanitária, intervenção comunitária, catástrofe.

ABSTRACT

In the wake of the Castanheira de Pera disaster in 2017, Médicos do Mundo implemented the Hope Mission, with the aim of providing people with humanitarian support. It involved the Equipa Técnica de Rua [Technical Street Team], for community intervention. This consisted of one occupational therapist, two final year Occupational Therapy degree students, one nurse, and one local facilitator. It was the first time in Portugal that Occupational Therapy professionals participated in a humanitarian mission in the context of a disaster. In this interventional study, the occupational therapy was implemented in three strands: Home, with adaptation of the context, insertion of support products, teaching energy conservation, and counselling; Institutional, with implementation of group activities to promote the sharing and solving of problems, and the creation of healthy habits/routines in the population; Community, in terms of health education, cultural and artisanal activities such as tapestry or the commemoration of World Mental Health Day. We intend to raise awareness about the Occupational Therapy intervention in this context, to encourage autonomy and participation.

keywords: Occupational therapy, humanitarian mission, community intervention, disaster.

* O texto desta nota corresponde a uma comunicação apresentada no I Seminário do Grupo de Medicina de Catástrofe, tendo sido submetido em 01-08-2022, sujeito a revisão por pares a 13-09-2022 e aceite para publicação em 06-11-2023.

Esta nota é parte integrante da Revista *Territorium*, n.º 30 (I), 2023, © Riscos, ISSN: 0872-8941.

Introdução

O termo desastre significa qualquer destruição e tragédia causada por acontecimentos resultantes de causas naturais ou tecnológicas que, embora possam ter consequências diferentes, afetam um elevado número de pessoas (Derani e Vieira, 2014). Desastres naturais ou artificiais estão a ocorrer cada vez mais em todo o mundo. As alterações climáticas, resultantes do aquecimento global que vivemos atualmente, constituem uma ameaça à sobrevivência quer do homem quer do planeta. Estas podem conduzir a desastres naturais, tais como inundações, tempestades, ciclones, aumento do nível do mar, períodos de seca extrema e incêndios (Tavares, 2018). Entre a década de 2005 a 2014, registaram-se, em média, 335 ocorrências relacionados com as condições meteorológicas, um aumento de 14% em comparação com a década anterior, e quase o dobro do registado entre 1985 e 1995 (United Nations Office for Disaster Risk Reduction, 2015). Portugal, em 2017, sofreu graves incêndios florestais causados por um longo período de seca extrema. A maioria destes incêndios ocorreu na região centro do interior do país onde existem extensas florestas e matas pouco organizadas e limpas, muitas vezes sem vias de acesso por entre estas. Em algumas destas florestas existem pequenas aldeias ou aglomerados de casas dispersos, desorganizados sob o ponto de vista de planeamento urbano e com acessos rudimentares. Nestas condições, o fogo propaga-se facilmente e, se não for controlado, afeta os habitantes locais e toda a comunidade. Segundo os registos da Base de Dados Nacional de Incêndios Florestais do Instituto da Conservação da Natureza e das Florestas (2017), no período mediado entre 1 de janeiro a 31 de outubro de 2017, ocorreram 16.981 incêndios, que resultaram em 442.418 hectares de floresta portuguesa ardida. Comparando estes valores com o histórico dos 10 anos anteriores, nota-se que houve menos 3,6% de ocorrências e mais 428% de área ardida em relação à média anual o que denota que, embora haja menos focos de incêndio, estes têm dimensões e impacto maior. No ano de 2017, em Portugal, foi registado o 6º maior número de ocorrências de incêndios e a maior área ardida, desde 2007.

Numa situação de catástrofe, como a que aconteceu em 2017, Castanheira de Pera, toda a comunidade é afetada. É, pois, necessário a intervenção pós-catástrofe quer no âmbito da restauração das rotinas, papéis e atividades perdidas quer no âmbito da saúde mental. Na Terapia Ocupacional estas questões são trabalhadas através de atividades. Muitas destas atividades surgem relacionadas com a cultura e história local, neste caso em particular com a agricultura, tecelagem e lanifícios, que estão presentes na vida desta comunidade de Castanheira de Pera.

A articulação com as estruturas locais como o Centro de Saúde, a Câmara Municipal e Instituições Particulares de Solidariedade Social, revelam-se fulcrais para o

sucesso dos Projetos Comunitários implementados para promoção da Saúde Mental. Desta forma pretendemos apresentar a intervenção da Terapia Ocupacional, em contexto de Catástrofe, em Castanheira de Pera no período de outubro de 2017 a junho de 2018.

O Contexto da Catástrofe

Castanheira de Pera, no distrito de Leiria, foi uma das áreas mais afetadas pelos incêndios de 2017, tendo estes sido classificados como catástrofe. Esta é uma zona rural com indústria associada à extração de madeira e à transformação e tingimento de lanifícios. É uma vila simples, atravessada por um rio e rodeada de montanhas. Grande parte da população idosa vive em casas pequenas, isoladas e afastadas do centro da vila. A maioria das casas tem escadas para aceder ao primeiro andar, o piso habitacional, porque o piso térreo foi originalmente usado como estábulo para os animais. Os transportes públicos na zona são escassos e efetuam a ligação com a cidade mais próxima, Coimbra.

A maioria da população afetada por este incêndio era idosa e com baixo nível de educação, alguns eram inclusivamente analfabetos. Há um reduzido nível de literacia em saúde e a população é de baixo nível socioeconómico (Médicos do Mundo, 2017). O impacto de um desastre numa comunidade é maior se a população é rural e depende da agricultura de subsistência (Souto Gómez, Talavera Valverde e Moruno Miralles, 2013), como é o caso de Castanheira de Pera.

À data, as autoridades responderam rapidamente à situação, mas as condições atmosféricas, as características geográficas, os poucos meios e os escassos recursos humanos não foram favoráveis. Verificou-se igualmente uma falha no sistema de comunicações e as organizações envolvidas na resposta não conseguiram desenvolver uma estratégia integrada para lidar atempadamente com as alterações constantes e súbitas da situação. Muitas pessoas não queriam deixar as suas casas, as suas coisas, os seus animais, dizendo: “Prefiro morrer em minha casa a ficar sem nada nesta idade”. Muitas ficaram até ao último instante na tentativa de proteger os seus bens, colocando mesmo a sua vida em perigo. Estas situações dificultaram o trabalho das equipas de bombeiros, que tinham de usar algum do seu tempo para convencer os residentes a abandonar as suas casas e bens.

Este incêndio causou 64 mortos e 253 feridos, sete deles com gravidade. Destruiu quase 500 casas e 50 instalações fabris. Este foi classificado como o 11º incêndio mais mortal a nível mundial desde 1900. As ações humanitárias em contextos de catástrofe visam proteger a integridade física e moral das pessoas que se encontram nestes cenários, atenuando as carências resultantes a curto prazo e pautando-se pelos princípios da humanidade,

imparcialidade, neutralidade e independência. Os efeitos adversos gerados em situações de catástrofe influenciam não só a saúde, mas também o desempenho profissional dos envolvidos (Souto Gómez *et al.*, 2013).

Após uma situação de catástrofe dá-se uma mudança na capacidade das pessoas para realizarem algumas das suas atividades diárias, causando uma interrupção nos seus hábitos, rotinas e papéis que irão criar vulnerabilidades a nível individual e coletivo (Souto Gómez *et al.*, 2013). A participação nas atividades profissionais pode ficar condicionada em situações que limitam: o “fazer” por falta de recursos, as políticas rígidas ou as limitações impostas por fatores fisiológicos. “Ser e tornar-se” promove o espírito humano e coletivo e estimula o significado do fazer, através do envolvimento em atividades do dia-a-dia. A “pertença” é afetada quando uma pessoa é impedida de participar ou excluída das ocupações típicas de uma sociedade (Townsend e Marval, 2013). Estes três construtos integram-se no conceito de justiça ocupacional, usado por terapeutas ocupacionais para se referirem à sequência das ações que englobam o “fazer, ser, tornar-se e pertencer” (Wilcock, 1999).

A Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais sugere que os terapeutas ocupacionais podem colaborar com comunidades traumatizadas para facilitar a reconstrução das suas vidas e o recomeço de ocupações significativas (Sinclair, Pattison e Thomas, 2005). A recuperação do desastre pode provocar várias mudanças nas pessoas, nas comunidades e até nas sociedades: tal como a ave mítica, a Fénix, estas podem renascer das cinzas. Esta abordagem inovadora capacitará as pessoas a voltarem a fazer, ser, tornar-se e pertencer. A nível global, esta abordagem já se desenvolve na Ásia, América e Austrália, uma vez que são áreas fortemente atingidas por ciclones, *tsunamis*, terramotos e incêndios. Em Portugal, este tipo de intervenção foi pioneiro em 2017 porque esta foi a primeira vez, nos últimos 240 anos, que o país sofreu uma catástrofe.

A Médicos do Mundo

A Médicos do Mundo é uma organização não-governamental (ONG) que tem como objetivo prestar assistência comunitária e cooperação para o desenvolvimento, sem filiação partidária ou religiosa. Foi fundada em 1980, em Paris, na sequência da operação “um barco através do Vietname”, que teve origem em divergências de opinião entre os fundadores dos Médicos Sem Fronteiras, dando assim origem aos Médicos do Mundo (Médicos do Mundo, 2017). Com a colaboração de mais de 3000 voluntários, esta ONG opera em cerca de 80 países, com 400 programas. Em Portugal, foi implementada em 1999 por um grupo de médicos. A sede é em Lisboa e conta com cerca de 167 voluntários

ativos e 71 parceiros, apoiados por uma equipa técnica. Visam não só combater a doença, mas também proteger os mais desfavorecidos (Médicos do Mundo, 2017). Quando os incêndios ocorreram em Portugal, no verão de 2017, a Médicos do Mundo implementou um projeto a que chamaram “Missão Esperança”, com o objetivo de prestar apoio humanitário (logístico, alimentar e cuidados de saúde em geral) às pessoas afetadas por esta catástrofe. Este projeto foi apoiado por vários grupos empresariais que financiaram toda a logística associada. A população portuguesa colaborou com diversos donativos, como roupas, água, alimentos para pessoas e animais, eletrodomésticos, mobiliário e muitos outros itens. Estiveram também envolvidas nesta missão, entidades locais como a Câmara Municipal, os Bombeiros, Centro Paroquial e o Centro de Saúde.

A Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria

A Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria situa-se no mesmo distrito de Castanheira de Pera e tomou a decisão de assumir um papel ativo neste projeto. Estabeleceu uma parceria com os Médicos do Mundo e, durante vários meses após os primeiros 15 dias da fase de emergência, esteve envolvida com a Missão Esperança. Neste âmbito foi criado o Projeto Humaniter que visa cooperar com ONG's, ou instituições de carácter humanitário, promovendo a integração de estudantes do Curso de Licenciatura em Terapia Ocupacional em diferentes níveis de estágio, sendo este efetuado em contexto comunitário, com populações desfavorecidas.

A Missão Esperança, para além do pessoal afeto às questões logísticas, criou uma equipa técnica composta por: um enfermeiro e um facilitador, como membros permanentes e remunerados da equipa; um Professor, com papel de supervisor educacional e quatro estudantes de Terapia Ocupacional, da Escola Superior de Saúde de Leiria. Esta equipa prestou apoio e intervenção a toda a população afetada pelos incêndios em Castanheira de Pera em cerca de 66,78 km² com 1300 habitantes. Assim, pela primeira vez em Portugal, terapeutas ocupacionais integraram uma missão humanitária, com o intuito de implementar intervenções terapêuticas na área da Terapia Ocupacional.

Verificou-se que a população de Castanheira de Pera sofria de privação ocupacional na sequência deste incêndio. O termo privação ocupacional descreve um estado em que as pessoas são impedidas de se envolverem em ocupações desejadas devido a fatores que estão fora do seu controlo (Whiteford, 2000). Efetivamente, a perda dos seus postos de trabalho, das suas hortas, casas, animais, e em alguns casos os familiares, levou-os a sofrerem grandes alterações nas suas rotinas e perda de alguns dos papéis que tinham (pais, amigos, avós, filhos, donas de casa, ...).

Por conseguinte, era adequado que os terapeutas ocupacionais participassem no projeto, uma vez que têm competências para apoiar o desenvolvimento de novos hábitos, rotinas, papéis e funções através da participação ativa das pessoas em atividades significativas. A intervenção foi implementada pela equipa técnica de campo que opera ao nível dos cuidados de saúde primários na comunidade, através de visitas domiciliárias e atividades em grupo ou de grupo bem como individualmente. Os membros da equipa assumiram diferentes funções: o mediador comunitário facilitou o contacto com a população; o enfermeiro coordenou todas as atividades da equipa, verificou a situação medicamentosa e articulou com o médico de família; o terapeuta ocupacional identificou as situações que condicionavam o desempenho ocupacional das pessoas e identificou estratégias e possíveis soluções para as mesmas. Inicialmente, o Professor Supervisor de Terapia Ocupacional frequentava o projeto semanalmente enquanto os alunos estagiários frequentavam diariamente. Numa fase posterior, juntaram-se a eles duas terapeutas ocupacionais voluntárias a tempo inteiro. As estudantes eram membros plenos da equipa e trabalhavam com pessoas ou famílias que se encontravam em situações de isolamento social, em dificuldades económicas ou com qualquer condição de saúde que exigisse acompanhamento. As ações da equipa foram concebidas para promover a autonomia e minimizar a dependência, criando antes oportunidades de participação social para combater o isolamento e a exclusão. Foram selecionadas atividades, pelo seu potencial e pelo interesse manifestado pelas pessoas para as realizar. Foram dadas às pessoas as ferramentas para melhorar a sua autonomia e independência.

Resposta à Catástrofe

O ciclo de resposta a desastres tem sido descrito como tendo quatro etapas: mitigação, preparação, resposta e recuperação (Maguire e Hagan, 2007). Portugal não

é um país propenso a desastres. Devido à raridade das catástrofes, Portugal não implementou as fases de mitigação e preparação do ciclo. Não existiam programas públicos de educação e sensibilização em vigor, nem planos de resposta, procedimentos ou exercícios de formação em que todos os intervenientes treinassem em conjunto. Por causa desta falta de consciencialização, o povo português não estava preparado para esta tragédia e muitas coisas não decorreram tão bem como podiam. A fase de resposta a desastres centrou-se em salvar vidas durante os cinco dias de incêndios intensos.

Durante os primeiros 15 dias após os incêndios, o principal objetivo da resposta foi responder às necessidades básicas da população; com a prestação de cuidados de saúde primários, apoio psicossocial e distribuição de alimentos, roupas e medicamentos. Nestas primeiras semanas, a Médicos do Mundo assumiu toda a coordenação logística, de voluntariado, psicossocial e de apoio médico, bem como a gestão dos muitos bens que foram doados por pessoas e empresas de todo o país. Entre os produtos doados estavam géneros alimentícios, roupas, brinquedos, mobiliário, eletrodomésticos, produtos de limpeza e higiene pessoal, medicamentos, produtos para os animais de estimação, dispositivos eletrónicos, máquinas de cozinha elétricas e muitos outros itens. Estes foram doados em kits de apoio a 166 agregados familiares: 709 kits alimentares; 402 kits de limpeza e 491 kits de higiene. Foram identificadas 64 situações em que era necessário apoio psicossocial e ao nível da saúde, e estas foram atendidas. Foram realizadas cerca de cinquenta limpezas de detritos nas casas afetadas. Após este período de emergência, iniciou-se a fase de recuperação, na qual colaboraram diferentes entidades e partes interessadas. Esta foi a fase em que a Terapia Ocupacional teve um papel ativo na identificação de rotinas e novos papéis para as pessoas, de forma a dar sentido e estrutura às suas atividades diárias.

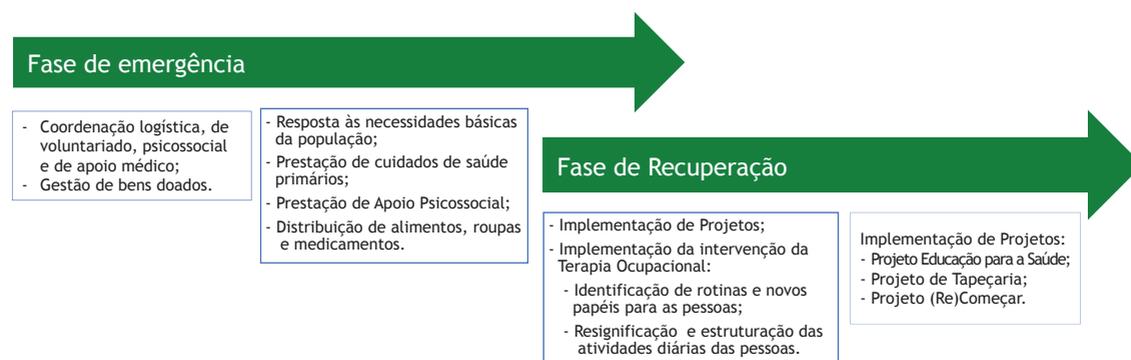


Fig. 1 - Cronograma da atuação ao longo da fase de Emergência e Recuperação.

Fig. 1 - Schedule of action throughout the Emergency and Recovery phase.

Fase de Recuperação

Após a fase inicial de emergência, na qual participaram muitos voluntários de todo o país, seguiu-se uma fase de recuperação, que consistia em: reavaliação de todos os casos, acompanhamento sempre que necessário e identificação de outros problemas (Médicos do Mundo, 2017). No que diz respeito às visitas domiciliárias, o mediador comunitário fez sempre o primeiro contacto. Esta abordagem é recomendada em contexto de catástrofe pois a população afetada está num estado de fragilidade e responde melhor ao contacto com o mediador como membro conhecido na comunidade. Durante uma visita domiciliária, o contexto doméstico era avaliado. Verificou-se que algumas casas tinham fraca acessibilidade; muitas pessoas encontravam-se isoladas, algumas delas sozinhas, durante todo o dia; não conseguiam gerir as suas próprias atividades de vida diária e dependiam dos seus familiares ou vizinhos para lhes darem assistência. O objetivo das visitas domiciliárias era aconselhar, entregar produto de apoio e treinar a pessoa na utilização destes, quando esta era a solução identificada e adaptar a casa quando necessário. Também eram sugeridas estratégias para simplificar as atividades e tarefas, como reorganizar os utensílios na cozinha, ter os mais pesados e usados ao nível da cintura sendo de fácil alcance, usar descascadores em detrimento das facas, antiderrapantes quer na cozinha quer na casa de banho, retirar os tapetes, reduzir o número de móveis e de decorações aumentando o espaço livre.

As pessoas tiveram a possibilidade de participar em intervenções de grupo ou em grupo, para ajudar a prevenir quedas, manter a mobilidade, promover a socialização e a manutenção das competências cognitivas (Cole, 2005). Foram também oferecidas intervenções terapêuticas individuais quando existia uma condição de saúde pré-existente, como um Acidente Vascular Cerebral. Durante a visita domiciliária, o enfermeiro usou um formato de entrevista semiestruturada, a partir da qual a Terapeuta Ocupacional poderia extrair informações, e fazer algumas questões adicionais para criar o perfil ocupacional da pessoa. A observação da pessoa no seu contexto doméstico permitiu o rastreio da sua performance. Os resultados foram analisados e discutidos pela equipa e com a pessoa. Quaisquer necessidades identificadas foram resolvidas através da disponibilização de recursos ou intervenções adequadas, tais como: entrega de kits de alimentos; agendamento ou acompanhamento a consultas no centro de saúde ou no hospital; integração das pessoas em projetos comunitários; facilitação do envolvimento em atividades comunitárias e formação e aconselhamento sobre produtos ou tecnologias assistidas. Em todas as visitas domiciliárias, foi realizado um processo consultivo para sugerir várias estratégias de facilitação que poderiam ser implementadas no contexto

domiciliário diariamente. As atividades do grupo foram planeadas e desenvolvidas pela equipa técnica da Missão Esperança, em conjunto com serviços e estruturas locais, como a Câmara Municipal, Centro de Saúde, Centros Sociais e Paroquiais e Escolas.

Para o desenvolvimento das diversas atividades foram criados e implementados três projetos diferentes: o Projeto Educação para a Saúde, implementado pelo enfermeiro, contava com a colaboração das estagiárias, nomeadamente na realização de contactos, horários e folhetos de informação e dinamização de tarefas. Este projeto foi uma parceria com um grupo de escolas do 5º ao 9º ano. Uma vez por semana, a equipa técnica implementou atividades numa das escolas, com o objetivo de promover o conhecimento e a participação na educação em saúde. Isto foi conseguido de duas formas: abordando questões em torno de decisões adequadas para a criação de hábitos saudáveis e manutenção do bem-estar físico, social e mental e abordando temas como a depressão, a doença mental ou a deficiência, a fim de desmistificar o estigma associado a estas condições. O Projeto Tapeçaria desenvolveu-se como forma de reutilizar o excesso de roupa doado durante o período de emergência, tendo em conta a capacidade de reserva e o número de pessoas necessitadas. Baseado na cultura e tradição locais associadas à lã e aos têxteis, este projeto teve como objetivos: combater o isolamento e a exclusão social; promover a autoestima; instilar uma sensação de pertencer a um grupo; construir uma sensação de autoeficácia e realização pessoal, e incentivar a participação em atividades de grupo. O projeto visou envolver a comunidade em atividades significativas de forma a combater o isolamento, melhorar a autoestima e aumentar a socialização. As sessões desenvolvidas neste projeto foram realizadas semanalmente, durante três a quatro horas, com um grupo de pessoas identificadas durante visitas domiciliárias. Nestas sessões, o grupo cortou primeiro as peças de roupa em tiras, entrançou-as e coseu-as à mão, até formar um círculo grande o suficiente para fazer um tapete. Outras tiras foram usadas também para fazer tapetes e individuais, mas com recurso um tear. Havia sempre um ambiente muito informal nestas sessões. O Projeto (Re)Começar promoveu o desenvolvimento de iniciativas comunitárias, como a “Sopa Comunitária”. Esta foi uma atividade de grupo para onde todos os membros da comunidade trouxeram um vegetal da sua horta reconstruída ou, se não tivessem, cooperavam na confeção da sopa a ser partilhada por todos num almoço de grupo, ou colocavam a mesa. Outra atividade comunitária foi a plantação simbólica de um castanheiro no centro da vila, como homenagem às vítimas do incêndio. Estes projetos foram implementados pela equipa técnica em cooperação com os serviços comunitários e entidades locais. Todos os resultados destas atividades foram registados numa base de dados.

Após algum tempo, duas terapeutas ocupacionais foram integradas voluntariamente no projeto a tempo inteiro e as visitas deixaram de contar com a presença do enfermeiro, uma vez que a orientação da parte medicamentosa e os tratamentos a feridas existentes estavam já solucionados. O principal objetivo destas visitas, à data, era a realização de uma reavaliação geral da pessoa, do seu agregado familiar e contexto, fazendo os ajustes necessários, o encaminhamento para os serviços, como hospitais e/ou cuidados de saúde primários. Era realizada uma entrevista semiestruturada e aplicados os instrumentos necessários para se recolherem informações em cada caso e, desta forma os terapeutas ocupacionais obtinham as informações necessárias e identificar se era necessária uma intervenção adicional. A intervenção poderia ir desde tornar a casa mais acessível à entrega de produtos de apoio, proporcionar sessões individuais em casa e/ou integrar a pessoa nas atividades do Projeto (Re)iniciar. As terapeutas ocupacionais fizeram recomendações para a adaptação da habitação, identificaram necessidades de atribuição de produtos de apoio, angariaram-nos através de donativos de empresas, entregaram os dispositivos e forneceram formação e treino para a sua utilização. Foram implementadas sessões de estimulação cognitiva em grupo, com o objetivo de promover e manter as competências cognitivas das pessoas e evitar perdas significativas das funções, motoras e sensoriais. Foram também realizadas sessões de movimento para retificar posturas incorretas, estimular o uso ativo e correto do corpo, melhorar o equilíbrio e prevenir quedas para manter um estilo de vida saudável e promover o envelhecimento ativo. Foram feitos alguns contactos com as instituições locais, nomeadamente o Centro de Saúde, a Câmara Municipal, o Centro Social e Paroquial e a Cooperativa de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas, para cooperar em estratégias e estabelecer parcerias ou para empreender ações concertadas. Por último, realizaram-se palestras, nomeadamente sobre risco e prevenção de quedas, em parceria com as instituições locais.

Ocupações em contexto de catástrofe

A ocupação está ligada à saúde e ao bem-estar e tem o potencial de melhorar a qualidade de vida. Identificada como um direito humano básico, a ocupação pode ser vista como uma medida de igualdade (World Federation of Occupational Therapists, 2014). Um foco na ocupação chama a atenção para as condições sociais do dia-a-dia através das formas que condiciona ou permite oportunidades de participação e desenvolvimento. A ocupação é um meio simbólico e transformador de influenciar padrões de pensamento, ação e interação. Tem valor terapêutico uma vez que pode ser usada para curar sistemas humanos e sociais, facilitar

a resiliência, permitir opções e ser um mediador terapêutico (Rushford e Thomas, 2015). A ocupação é, portanto, o meio através do qual as pessoas respondem e recuperam do desastre, preparam-se para futuras catástrofes, desenvolvem resiliência e sustentam as suas comunidades (Rushford e Thomas, 2015). Esta tem uma relação transacional com o contexto em que é realizada; num cenário de desastre, molda e é moldada pelo contexto da catástrofe. Durante a intervenção descrita acima, os terapeutas ocupacionais sempre tiveram em mente o papel da ocupação na mitigação do desastre e na promoção do desenvolvimento. Tomaram em consideração as atividades e interesses com que os participantes estavam mentalmente envolvidos e pretendiam realizar. Um terceiro fator que foi considerado foi o envolvimento emocional das pessoas com os outros, incluindo as relações com as pessoas significativas nas suas vidas (Bar-Tur, LevyShiff e Burns, 1998). Desta forma, também em contexto de catástrofe, é essencial que a pessoa seja o fulcro do processo de intervenção e a abordagem seja centrada nesta, respeitando as suas escolhas e decisões.

Resultados

Todos os dias havia uma reunião matinal onde as atividades e visitas do dia eram preparadas. Este calendário nem sempre era cumprido, uma vez que a realidade no terreno exigia muitas vezes mais tempo do que o previsto e, por vezes, surgiram outras situações que não estavam previamente sinalizadas, mas eram de intervenção urgente.

A equipa técnica efetuou 197 visitas domiciliárias a 118 pessoas, numa média de 78 visitas por mês. De todas as pessoas abrangidas pelos diversos projetos e visitas, 114 (52,3%) eram do género feminino e 104 (47,7%) do género masculino, com idades compreendidas entre os 10 e os 90 anos, com uma média de 68 anos. As condições de saúde mais frequentes e diagnosticadas eram as perturbações depressivas (34,5%), a hipertensão (18,9%), diabetes (10,3%) e demência (8,6%). Também Ehring, Razik e Emmelkamp (2011), no seu estudo sobre os preditores das desordens pós traumáticas, após catástrofe, identificaram níveis clinicamente relevantes de distúrbios emocionais, como depressão e ansiedade (cerca de 20%). Os restantes diagnósticos (27,6%) incluíam distúrbios aditivos, em particular o abuso de substâncias alcoólicas, cancro, acidente vascular cerebral e queimaduras. Ao todo, os projetos envolveram 116 pessoas que participaram ativamente, algumas das quais em mais de um projeto. O projeto Educação para a Saúde incluiu 110 crianças, com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos. Seis mulheres participaram no projeto Tapeçaria, com idades compreendidas entre os 51 e os 72 anos. Trinta

mulheres participaram no Projeto (Re)Começar. Foram entregues 61 kits de comida e higiene durante as visitas domiciliárias, mesmo depois da fase de emergência. Diferentes tipos de intervenções podem ser eficazes em situações de trauma (Brooks, Rubin e Greenberg, 2019) pelo que as sessões de grupo, individuais, os diversos projetos e abordagens implementadas pretenderam ir ao encontro destes pressupostos. Segundo Patterson, Weil e Patel (2010), as organizações comunitárias e outras sem fins lucrativos envolvem-se em esforços de recuperação, a longo e curto prazo, demonstrando a importância das comunidades na gestão de desastres. Também em Castanheira de Pera o envolvimento das diversas organizações, comunitárias e religiosas, com a Médicos do Mundo, permitiu a participação ativa da comunidade no seu processo de recuperação.

Implicações para situações similares

Em Portugal, esta foi a primeira participação de terapeutas ocupacionais num cenário pós-catástrofe. A primeira vez que algo é implementado, é natural que existam falhas, e esta não foi uma exceção. Os terapeutas ocupacionais não prepararam o término do projeto com antecedência. Estavam tão focados na realização de intervenções diárias que não planearam assegurar a continuidade dos projetos e atividades que instauraram na comunidade. Em retrospectiva, é evidente que os profissionais que trabalham no Centro de Saúde não só deveriam ter participado ativamente no projeto de Educação para a Saúde, como deveriam tê-lo liderado, e desta forma dar continuidade ao mesmo no futuro. Os programas de promoção da saúde deveriam ter sido criados e implementados em parceria com outras organizações locais, como o Centro de Saúde. Este projeto mostrou que é difícil visualizar o fim de uma intervenção como esta porque ainda há muito mais que poderia ser feito e muitas questões que não tinham resolução expectável. Recomenda-se que para futuras atuações, a equipa tenha formação específica em gestão de stress, estratégias de coping e resiliência. A identificação de mais do que um elemento-chave na comunidade, um facilitador, que possa cooperar com a equipa é também primordial para o sucesso de projetos e identificação de necessidades. Por outro lado, a continuidade deste tipo de intervenção, com recurso a terapeutas ocupacionais e psicólogos, ao longo de mais tempo, pode vir a garantir melhores resultados e consolidação dos alcançados.

Os terapeutas ocupacionais podem também planear a evacuação de pessoas com incapacidades, sejam estas físicas ou mentais, e promover a adaptação do local onde estas irão ficar, antes de uma situação de catástrofe. Deste modo, garantem a autonomia nas suas atividades de vida diária, a sua segurança e bem-estar. Imediatamente após a catástrofe podem promover a

educação e treino de competências de resiliência e coping, evitando situação de *distress* através de uma abordagem de reabilitação na comunidade (Jeong, Law, DeMatteo, Kim & Stratford, 2015). Tendo em conta que os terapeutas ocupacionais podem gerar nas populações a consciência sobre o direito à participação nas ocupações como uma necessidade humana, podem estar envolvidos em decisões estratégicas a nível social e político, defendendo e garantindo a justiça ocupacional (World Federation of Occupational Therapists, 2014).

Conclusão

Os graves incêndios que ocorreram em 2017 levaram o governo português a reconhecer a necessidade de tratar este tipo de incidentes objetivamente e quer para preparar o país, quer para mitigar o impacto de eventos futuros, envolvendo todas as estruturas ligadas à prevenção e proteção de incêndios florestais. As soluções sugeridas incluem o reajustamento das funções e responsabilidades das instituições envolvidas, aumentando assim a sua eficácia nas ações de prevenção, deteção e vigilância, capacidade operacional e unidade no planeamento e coordenação das operações de proteção e socorro. Tal implicará o reforço das organizações a nível local, onde se consolidam e integram as diferentes ações de prevenção e proteção de incêndios florestais. A intervenção da população e dos agentes locais deverá ser reforçada, conferindo aos municípios a responsabilidade de coordenar e apoiar a implementação dessas ações, uma vez que estes conhecem a realidade local. Nas zonas de catástrofe, é importante criar programas que promovam a sustentabilidade das rotinas e hábitos, tomada de decisão e participação em ocupações significativas, gerando oportunidades para os sobreviventes se juntarem e partilharem através do contacto com outras pessoas (Townsend e Marval, 2013). Os terapeutas ocupacionais da Castanheira de Pera conseguiram-no através de diferentes atividades implementadas na e com a comunidade (fig. 2).

A presença de terapeutas ocupacionais no contexto do desastre em Portugal demonstrou ser uma mais-valia no trabalho dos Médicos do Mundo. Na Terapia Ocupacional, a intervenção em contexto comunitário, facilita a redução de riscos, a adaptação e capacitação das pessoas aumentando a sua resiliência (McInnes e Schaad, 2020).

Esta ONG reconheceu o contributo da Terapia Ocupacional e envolveu posteriormente terapeutas ocupacionais noutros projetos implementados em Lisboa para populações desfavorecidas. A abordagem centrada na pessoa dos terapeutas ocupacionais era essencial para que a equipa técnica pudesse satisfazer as necessidades das pessoas. A promoção do envolvimento nas ocupações de um grupo comunitário permitiu o desenvolvimento da

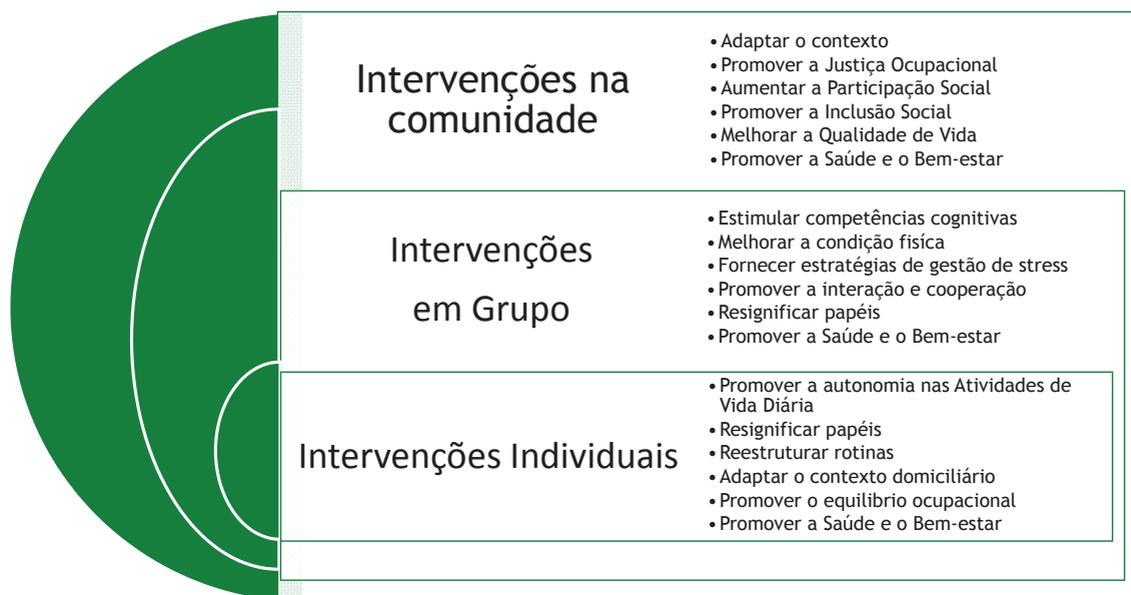


Fig. 2 - Resultados da atuação da Terapia Ocupacional.

Fig. 2 - Results of Occupational Therapy activities.

união e a partilha dentro da população, bem como de partilha entre aqueles que sofreram perdas significativas, não só de pessoas e bens, mas também de confiança, hábitos, rotinas e papéis. O feedback dado pelos participantes foi positivo. Identificaram os benefícios da intervenção da Terapia Ocupacional para as suas atividades de vida diárias, dizendo que tinha contribuído para a restauração de rotinas e interações sociais que tinham sido interrompidas pelo desastre. Recomenda-se que, no futuro envolvimento de terapeutas ocupacionais neste tipo de situações, em Portugal ou noutros países, especialmente aqueles que têm pouca experiência de resposta a desastres, seria útil incentivar mais atividades em grupo e restaurar as rotinas e hábitos de mais pessoas (World Federation of Occupational Therapists, 2016). As atividades em grupo foram consideradas uma das intervenções mais importantes porque promoveram a criação de laços entre os participantes e a partilha de experiências e estratégias para fazer face à crise. Verificou-se que a colaboração era inestimável na identificação de necessidades e reconstrução de pomares, pastagens, casas, estábulos e outras estruturas. Isto incluiu um maior envolvimento das organizações e serviços locais. Os processos têm de ser implementados de forma a envolver a população e a minimizar quaisquer barreiras arquitetónicas que possam surgir. Por último, seria interessante re-administrar o questionário de satisfação a todas as pessoas que participaram em todos os projetos e comparar os resultados. Isto permitiria que as equipas verificassem o significado destas atividades a esta população e fizessem algumas recomendações para responder a situações futuras em comunidades semelhantes.

Referências bibliográficas

- Bar-Tur, L., Levy-Shiff, R., & Burns, A. (1998). Well-being in aging: Mental engagements in elderly men as a moderator of losses. *Journal of Aging Studies*, 12(1), 1-17.
- Brooks, S. K., Rubin, G. J., & Greenberg, N. (2019). Traumatic stress within disaster-exposed occupations: Overview of the literature and suggestions for the management of traumatic stress in the workplace. *British Medical Bulletin*, 129(1), 35-51.
DOI: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldy040>
- Cole, M. (2005). *Group dynamics in occupational therapy* (3rd ed.). New Jersey: Slack. Derani, C., & Vieira, L. R. (2014). Os direitos humanos e a emergência das catástrofes ambientais: Uma relação necessária. *Veredas do Direito*, 11(22), 143-174.
- Ehring, T., Razik, S., & Emmelkamp, G. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers. *Psychiatry Research*, 185(1-2), 161-166.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.10.018>
- Gomes, M. D., Teixeira, L., & Ribeiro, J. (2021). *Domínio & Processo* (I. P. de Leiria (Ed.); 4a).
DOI <https://doi.org/10.25766/671r-0c18>
- INSTITUTO DE CONSERVAÇÃO DA NATUREZA E DAS FLORESTAS (2017). *10.º Relatório Provisório de Incêndios Florestais*. Lisboa: Departamento de Gestão de Áreas Públicas e de Proteção Florestal.
URL: <https://www.icnf.pt/api/file/doc/7b89239f0e8506f2>

- Jeong, Y., Law, M., DeMatteo, C., Kim, H., & Stratford, P. (2015). The role of occupational therapists in the contexts of a natural disaster: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 38(16), 1-12. DOI: <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1106597>
- McInnes, J., & Schaad, N. (2020). *Disaster Preparedness & Response Information & Resource Manual*.
- Maguire, B., & Hagan, P. (2007). Disasters and communities: Understanding social resilience. *The Australian Journal of Emergency Management*, 22(2), 16-20.
- MÉDICOS DO MUNDO (novembro de 2017). Encarte Missão Esperança - Castanheira de Pera. *Revista FACE*. Obtido de http://www.medicosdomundo.pt/uploads/cms/2017120417_5906_encarte_CP_-_Site.pdf
- Patterson, O., Weil, F., & Patel, K. (2010). The role of community in disaster response: Conceptual models. *Population Research and Policy Review*, 29(2), 127-141. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11113-009-9133-x>
- Rushford, N., & Thomas, K. (2015). *Disaster and development an occupational perspective* (1st ed.). China: Elsevier.
- Sinclair, K., Pattison, M., & Thomas, K. (2005). The world federation's response to the Indian Ocean tsunami disaster: Situational assessment and recommendations for future action. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 52(1), 5-8. DOI: <https://doi.org/10.1179/otb.2005.52.1.002>
- Souto Gómez, A. I., Talavera Valverde, M. A., & Moruno Miralles, P. (2013). Los desastres naturales desde la perspectiva ocupacional. *TOG A Coruña*, 10(8), 75-80. Tavares, A. (2018). O Impacto das Alterações Climáticas na Saúde. *Acta Médica Portuguesa*, 31(5), 241-242. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.10473>
- Townsend, E., & Marval, R. (2013). Profissionais podem realmente promover justiça ocupacional? *Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar. São Carlos*, 21(2), 229- 242. ISSN 0104-493113.
- UNITED NATIONS OFFICE FOR DISASTER RISK REDUCTION (2015). *UNISDR Annual Report 2015 - 2014 Biennium Work Programme Final Report*. Geneva, Switzerland: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.
- Whiteford, G. (2000). Occupational deprivation: Global challenge in the new millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204. DOI: <https://doi.org/10.1177/030802260006300503>
- Wilcock, A. A. (1999). Reflections on doing, being and becoming. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46, 1-11. DOI <https://doi.org/10.1046/j.1440-1630.1999.00174.x>
- WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (2016). Guide for Occupational Therapy First Responders to Disasters and Trauma. In *WFOT*. <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-in-disaster-risk-reduction-drr>
- WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (2016). *Occupational Therapy in Disaster Risk Reduction*. In *WFOT*. <https://www.wfot.org/resources/occupational-therapy-in-disaster-risk-reduction-drr>
- WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (2014). *Human Displacement (revised)*. In *WFOT*. <https://www.wfot.org/resources/human-displacement>