

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA
EM CRISE E CATÁSTROFE

TÍTULO
Intervenção Psicológica em Crise e Catástrofe

COORDENAÇÃO
Márcio Pereira

AUTORES:
Cátia Mendes Serra, Dulce Pires, Joana Faria,
Márcio Pereira, Rui Pedro Ângelo,
Verónica Oliveira Guerreiro

EDITOR
Ordem dos Psicólogos Portugueses

REVISÃO
Marisa Mendonça
DESIGN DE CAPA E PAGINAÇÃO
Ilídio J.B. Vasco

ISBN
978-989-99037-3-9
DEPÓSITO LEGAL
400231/15

1.ª EDIÇÃO: Outubro de 2015

Impresso por Isabelgráfica, Lda



TRAVESSA DA TRINDADE, N.º 16, 5.º A
1200-469 LISBOA
TEL: 213 400 250/1
www.ordemdospsicologos.pt

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CRISE E CATÁSTROFE

COORDENAÇÃO

Márcio Pereira

AUTORES

Cátia Mendes Serra

Dulce Pires

Joana Faria

Márcio Pereira

Rui Pedro Ângelo

Verónica Oliveira Guerreiro



ORDEM
DOS
PSICÓLOGOS

ÍNDICE

Agradecimentos	11
Prefácio	13
1. COMPREENDER A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA CRISE	17
1.1 Introdução	17
1.2 Nota histórica	18
1.3 Perfil do Psicólogo de Intervenção na Crise	21
1.4 Serviços de intervenção na crise	25
1.5 Crise Psicológica e Reações de Stress	27
1.6 Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD)	32
1.6.1 Prevalência	33
1.6.2 Comorbilidade	33
1.6.3 Curso Natural do Stress Pós-Traumático	34
1.6.4 Recomendações para a Intervenção Psicológica Precoce	35
1.7 Resiliência Psicossocial	37
1.8 Crescimento Pós-Traumático	41
1.9 Modelos de Intervenção na Crise	44
1.9.1 Modelo das sete fases na intervenção em crise de Roberts (1991)	45
1.9.2 Modelo de Primeiros Socorros Psicológicos adaptados ao quotidiano	49
1.9.3 Modelo de Tarefas de Myer, Lewis & James (2013)	52
2. INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA CRISE EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS	65
2.1 Intervenção na Crise Suicida	65
2.2 Intervenção no Luto e Comunicação de Más Notícias	85
2.2.1 Luto Complicado	96
2.2.2 Percepção de Morte nas Crianças ao Longo do seu Desenvolvimento	99
2.3 Crises Psicóticas	102
Intervenção Psicológica em Crise	102
Unidade Móvel de Intervenção Psicológica em Emergência	104

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CRISE E CATÁSTROFE

Crise Psicótica	104
Intervenção do Psicólogo de Emergência em situações de Crise Psicótica	107
2.4 Intervenção em Crise por Telefone	115
Perspectiva histórica e Objectivos da Intervenção em Crise por Telefone	115
Especificidades da Intervenção por Telefone	117
Intervenção em Crise por Telefone e Características Facilitadoras	118
Contactantes Regulares	119
Intervenção do Psicólogo no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU).	120
2.5 Intervenção com Profissionais de Socorro	124
2.5.1 Equipas de Apoio Psicossocial (EAPS) – Autoridade Nacional de Protecção Civil.	128
2.6 Intervenção em Crise em Contexto Escolar	135
A comunicação	137
Rituais fúnebres e memoriais	139
Intervenção psicológica e salas de apoio.	140
Intervenções em sala de aula.	143
Conclusão	148
2.7 Intervenção em Crise em Contexto Prisional	149
Introdução.	149
Intervenção em Crise em contexto prisional	155
Caso Prático	158
Conclusão	160
2.8 Intervenção Psicológica em Acidentes de Viação	163
2.9 Intervenção Psicológica em Crise nos Ataques de Pânico	169

3. COMPREENDER A INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL EM CATÁSTROFE

179

3.1 A Catástrofe, as suas Fases e Vítimas.	180
3.2 Considerações Éticas	189
3.3 Psicologia de Catástrofe – Papel dos psicólogos nas operações de protecção e socorro.	191
Psicologia de Catástrofe	192
Apresentação do Sistema Integrado de Operações de Protecção e Socorro (SIOPS)	192
Plano Nacional de Emergência de Protecção Civil (PNEPC)	193
Importante.	195
Ciclo de Gestão da Emergência	196

ÍNDICE

Apoio Psicossocial em Catástrofe - Papel dos Psicólogos nas várias fases do Ciclo de Gestão da Emergência	198
Conclusão	203
3.4 Terrorismo	204
Especificidades do Bioterrorismo	208
3.5 Modelos de Intervenção Psicossocial em Catástrofe.	210
3.5.1 princípios de Hobfoll	211
3.5.2 Modelo dos primeiros socorros psicológicos.	216
Conclusão	237
3.6 Especificidades dos Primeiros Socorros Psicológicos durante a Epidemia de Ébola	238
3.7 Linhas Orientadoras para a Colaboração das Vítimas com os Média	243
3.8 Lições Aprendidas em Incidentes Multi-vítimas e Catástrofes em Países Europeus	244
3.8.1 Terramoto na Grécia – Setembro de 1999 (adaptado de Vasso Boukouvala em EFPA, 2009)	247
3.8.2 Naufrágio na Noruega – Novembro de 1999 (adaptado de Atle Dyregov & Rolf Gjestad em EFPA, 2009).	249
3.8.3 Acidente ferroviário na Bélgica – Março de 2001 (adaptado de Olivier Serniclaes em EFPA, 2009)	250
3.8.4 Inundações na Áustria – Agosto de 2002 (adaptado de Eva Munker-Kramer em EFPA, 2009).	251
3.8.5 Queda de aeronave no Luxemburgo – Novembro de 2002 (adaptado de Marc Stein em EFPA, 2009).	252
3.8.6 Acidente de viação na Finlândia – Março de 2004 (adaptado de Salli Saari em EFPA, 2009)	254
3.8.7 Ataque terrorista em Espanha – 11 de Março de 2004 (adaptado de Catherine Perello Scherdel em EFPA, 2009).	255
3.8.8 Acidente ferroviário em Espanha – 24 de Julho de 2013 (adaptado de Arranz, 2014)	267
 4. AUTO-AJUDA E GESTÃO DE STRESS	 259
4.1 Antes da Intervenção	259
4.2 Durante a Intervenção	261
4.3 Após a Intervenção	264
4.4 Modelo de Primeiros Socorros para o Stress (2013)	265
 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	 273
 Glossário de Siglas	 279

AGRADECIMENTOS

Quero expressar a minha sincera gratidão à Ordem dos Psicólogos Portugueses pelo convite endereçado para a realização deste livro e pela importância reconhecida à área da intervenção psicológica em crise e catástrofe.

A todas as vítimas cujo destino fez com que nos cruzássemos num dos piores momentos das suas vidas, o meu mais sincero agradecimento pela partilha, por tudo o que me ensinaram, mas sobretudo por me recordarem a força e a resiliência existentes no ser humano.

A todos os autores que contribuíram com a sua experiência para a realização deste livro, o meu profundo agradecimento.

À minha mulher e aos meus filhos, um agradecimento especial. À minha mulher pelo apoio incondicional e aos meus filhos por me lembrarem diariamente, com os seus sorrisos e alegria inigualáveis, que o prazer e o bem-estar estão quase sempre nas coisas mais simples, bem como de que a esperança no futuro é inevitável.

À minha família e especialmente aos meus pais pelo amor incondicional e pelos valores transmitidos, sobretudo o valor de ajuda ao próximo.

Márcio Pereira

PREFÁCIO

A cada dia que passa assistimos ao desenrolar de novas catástrofes naturais ou crises humanitárias. Não se trata apenas do efeito de uma comunicação mais eficaz que nos permite conhecer o que se passa do outro lado do planeta em escassos minutos. Essas catástrofes fazem parte da vida de um planeta, a que se somam as que são criadas pela mão dos seres humanos, seja indirectamente pelas consequências da actividade na natureza ou pelas crises políticas geradoras de tantas crises humanitárias de proporções imensas. Num mundo com 60 milhões de refugiados o espaço da crise humanitária toma o lugar de muitas crises naturais.

Em qualquer dos casos, os danos causados afectam dramaticamente a vida das pessoas, com as perdas e traumas que daí derivam. Os danos psicológicos de longo prazo são uma realidade, podendo estender-se por toda uma vida, afectando todas as pessoas em qualquer etapa do seu desenvolvimento. Quando jovens o dano compõe-se pela possibilidade de condicionar os seus futuros, porque o dano não é apenas momentâneo, repete-se interiormente, condiciona a vida, impede o avanço, diminui o potencial. Quantas possibilidades perdidas por não se ter superado o trauma, o sofrimento, a perda, e possibilitado a adaptação e o desenvolvimento.

Felizmente o contacto com estas situações levou a um melhor conhecimento do seu impacto e ao desenvolvimento de métodos de

intervenção destinados a minimizar ou mesmo a eliminar o dano psicológico, permitindo às pessoas a continuidade da sua vida com um mínimo de afectação e consequências posteriores. Sabemos que é importante actuar a tempo, diferenciando quem necessita de intervenção e providenciando ajuda e continuidade de auxílio. Desenvolvemos formas de intervenção testadas e que se têm revelado de grande utilidade.

Por isso, deveria ser natural a utilização dos recursos disponíveis, mas estamos ainda longe de uma plena utilização. O desconhecimento sobre o impacto de longo prazo pode explicar como não utilizamos um mínimo de cuidados psicológicos, que podem ter um benefício enorme na vida das pessoas após passarem por uma crise ou catástrofe.

A Ordem dos Psicólogos Portugueses desde a sua constituição, em 2008, e sobretudo desde a existência dos primeiros corpos directivos, em 2010, sempre pautou a sua actividade pelo reconhecimento de que existe um dever de colaboração para com a sociedade portuguesa, pondo ao dispor de múltiplos organismos e estruturas o conhecimento para a atenuação ou eliminação do sofrimento humano. Daí que, sabendo do risco da existência de catástrofes naturais ou de crises humanitárias, que levam ao limite os recursos existentes, entendemos que devemos ter um papel activo na disponibilização de recursos adicionais para lidar com este tipo de situações.

Assim, estabelecemos como objectivo dotar o país de 1000 psicólogos preparados para intervir em catástrofe, que se juntarão a todos os que já têm a responsabilidade primária de actuação nos diversos organismos, sabendo que todos não somos demais para catástrofes ou crises de grandes dimensões.

Convidámos a Dr.^a Patrícia Watson, uma das mais eminentes psicólogas mundiais na área, para formar o primeiro grupo de psicólogos portugueses que, numa fase posterior, serviram de formadores para todos os outros colegas deste programa de intervenção. Nesta formação em cascata vamos a caminho de atingir o nosso objectivo de 1000 pessoas formadas, tendo já ultrapassado mais de 600 neste momento.

PREFÁCIO

Foram escolhidos psicólogos de todo o país, de acordo com o mapa de risco existente para Portugal. Assim, asseguramos que cada região pode contar com um contingente adicional de psicólogos para poder ser activado em caso de necessidade.

Entendemos ainda que seria importante disponibilizar uma obra que reunisse os conhecimentos de várias temáticas dentro do grande tema das catástrofes. E daí a ideia do presente livro que é um contributo de psicólogos portugueses para a área, aliando a dimensão teórica à experiência pessoal. Sob a coordenação e autoria do Dr. Márcio Pereira, teve ainda a colaboração dos psicólogos Dra. Cátia Mendes Serra, Dra. Dulce Pires, Dra. Joana Faria, Dr. Rui Pedro Ângelo e Dra. Verónica Oliveira Guerreiro.

Está aqui reunido um conjunto de textos de grande interesse e relevância para a intervenção em crise e catástrofe.

Completamos, assim, um círculo de conhecimentos, aprendizagem e disponibilidade que conflui num contributo cívico da Ordem dos Psicólogos Portugueses para com a sociedade portuguesa. Conscientes de que o nosso papel não se esgota na prestação de serviços nas mais diversas áreas de intervenção, mas estende-se ao pôr à disposição da população, nos momentos de maior vulnerabilidade, o conhecimento e a prática que ajudam na superação dos problemas psicológicos.

Lisboa, 9 de Outubro de 2015

Telmo Mourinho Baptista
Bastonário da Ordem dos Psicólogos Portugueses

1

COMPREENDER A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA CRISE

Márcio Pereira

1.1 INTRODUÇÃO

Vivemos numa era em que eventos súbitos, imprevisíveis e potencialmente geradores de trauma tornaram-se presentes no nosso dia-a-dia. Milhares de pessoas em Portugal passam por eventos potencialmente traumáticos e poderão necessitar de ajuda de profissionais de saúde mental.

A prevalência de problemas sociais e psicológicos tem aumentado nos últimos anos, provocando a agudização das patologias do foro mental. Existem ainda eventos que são susceptíveis de provocar trauma, como crimes violentos (assaltos, reféns, violência doméstica, violações ou abusos sexuais, homicídios), acidentes (de viação, aviação, marítimos), desastres naturais (inundações, tornados, tremores de terra, erupções vulcânicas) e outros stressores (divórcio, hospitalização, diagnóstico de doença grave ou perda do trabalho). Vejamos alguns números em Portugal:

- ➔ 1049 Mortes por suicídio em 2013 (Fonte: Relatório de Saúde Mental, 2013).

- ➔ 116 Mortes por homicídio voluntário em 2013 (Fonte: Relatório Anual de Saúde Interna (RASI), 2013).
- ➔ 344 Violações em 2013 (Fonte: RASI, 2013).
- ➔ 22.928 Crimes de violência doméstica participados em 2013 (Fonte: RASI, 2013).
- ➔ 9.056 Intervenções psicológicas dos psicólogos do Centro de Apoio Psicológico e de Intervenção em Crise do INEM em 2013 (Fonte: Relatório de Actividades, INEM, 2013).
- ➔ 518 Mortes e 38.872 feridos por acidente de viação em 2013 (Fonte: Pordata).

Todos estes eventos podem provocar episódios agudos de stress e evoluir para Perturbação Pós-traumática de Stress (PTSD). Desta forma, é crucial que os profissionais de saúde providenciem respostas precoces a estes eventos. De referir ainda que, de acordo com o Relatório de Saúde Mental de 2013, foram gastos em Portugal mais de 261 milhões de euros em psicofármacos, sendo o dobro da média europeia de consumo de antidepressivos.

1.2 NOTA HISTÓRICA

“Consta que Hipócrates, o pai da Medicina, após o fracasso de todos os médicos da corte, foi um dia chamado para tratar Perdicas II, que se encontrava profundamente melancólico por estar secretamente apaixonado por uma concubina do seu recém-falecido pai. Após conquistar a confiança do rei, continuou a sua intervenção interpretando-lhe os sonhos, ajudando-o a reconhecer e a aceitar as verdadeiras causas do seu sofrimento e, finalmente, incentivando-o a agir de acordo com os seus sentimentos. Consta, igualmente, que foi bem-sucedido!”

VASCO, 2006

Desde 400 A.C. que existem relatos de vivências de crises como eventos de risco para a vida. O próprio Hipócrates definiu a crise como um estado súbito que ameaça a vida. Contudo, só no século XX existiu o desenvolvimento de teorias e intervenções estruturadas para lidar com a crise.

De acordo com Roberts (2005), o movimento para ajudar pessoas em crise teve início em 1906, com o primeiro centro de prevenção do suicídio (“The National Save-a-Life”) em Nova Iorque. No entanto, só na década de 1940, a teoria e a prática da intervenção em crise começaram a ser formalmente elaboradas por Erich Lindemann e por Gerald Caplan.

Lindemann (1944) focou o seu trabalho nos sobreviventes de um incêndio num clube nocturno de Boston, analisando os seus sintomas e prevenindo o luto não resolvido nos familiares das vítimas mortais. Encontrou os seguintes sintomas nos indivíduos em luto: queixas somáticas, preocupação com a imagem do falecido, culpa, reacções hostis, outras alterações do comportamento.

Mais tarde, Lindemann concluiu que a duração da reacção de luto depende da forma como a pessoa faz o seu trabalho de luto. No geral, o trabalho de luto envolve adquirir emancipação do falecido, reajustar-se a um ambiente em que o falecido não está presente e desenvolver novas relações.

Aprendemos com Lindemann que as pessoas necessitam de ser encorajadas a ter um período de luto que lhes permita reajustar-se à vida sem o ente querido. O seu trabalho de depressa foi adaptado aos veteranos da 2.ª Grande Guerra Mundial que sofriam de “neurose de combate” e aos familiares em processo de luto.

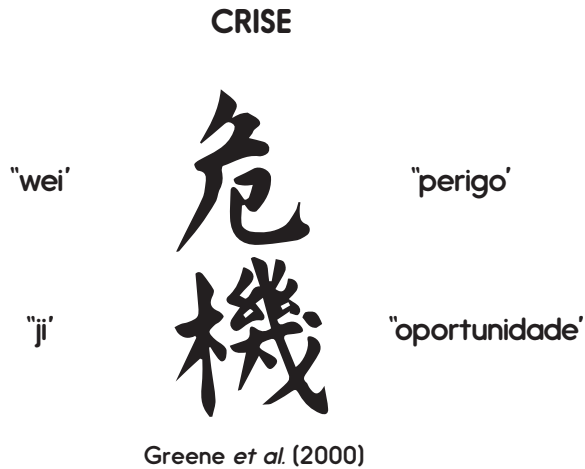
Caplan estudou várias reacções de crise desenvolvimentistas, como os partos prematuros, a infância e a adolescência, bem como as crises acidentais derivadas de doenças e da morte. Foi o primeiro autor a relacionar o conceito de homeostase à intervenção na crise e a descrever fases da crise. De acordo com Caplan (1961), a crise é despoletada quando o indivíduo encontra um obstáculo que não consegue ultrapassar utilizando as suas estratégias habituais de resolução de problemas, quebrando a homeostase.

Caplan (1964) descreveu ainda quatro fases na reacção de crise. A primeira fase é o início da subida da tensão emocional que é derivada do evento precipitador. A segunda fase é caracterizada pelo aumento do nível de tensão e a disrupção do quotidiano porque a pessoa não consegue resolver a crise rapidamente. Ao tentar resolver a crise e ao falhar, a tensão da pessoa aumenta a tal nível de intensidade que poderá entrar em depressão. Na última fase, a pessoa pode colapsar mentalmente ou pode resolver a crise utilizando novas formas de lidar com o problema.

Rapoport (1967) apontou que para ajudar o cliente em crise o mesmo tem de ter um acesso célere à ajuda. A autora afirmou: “Um pouco de ajuda, dirigida por um racional e focada num objectivo estratégico durante um tempo limitado é mais efectiva do que ajuda mais extensa dada num período de menor acessibilidade emocional” (Rapoport, 1967, p. 38).

O trabalho de Rapoport encontrou eco em Naomi Golan (1978), que concluiu que durante a crise a pessoa está mais receptiva a sugestões e à mudança. Estes dados sugerem que o trabalho intensivo, curto e focado, quando a pessoa está motivada pelo sofrimento, é mais efectivo que o trabalho psicoterapêutico a longo prazo quando a pessoa não está motivada.

Greene *et al.* (2000) vão ainda mais longe ao sugerir que a intervenção na crise é uma oportunidade única para a pessoa aprender novas formas de lidar com os problemas, enquanto identifica, mobiliza e melhora os mecanismos de *coping* que já possui. Dão como exemplo deste paradigma o ideograma Mandarim para crise, que contém dois caracteres, o primeiro, “wei”, indica uma situação crítica e perigosa, o segundo, “ji”, significa tempo para a pessoa ficar alerta e pronta para a acção e uma oportunidade de mudança.



Actualmente podemos conceber a intervenção psicológica em crise tendo como objectivo a recuperação do equilíbrio psicológico através da ajuda na resolução do problema, promovendo novas ou existentes estratégias de *coping* para que a pessoa as possa utilizar num problema futuro, constituindo desta forma também uma oportunidade de mudança.

Por último, a ênfase na intervenção psicológica em crise está a deslocar-se em direcção à prestação de primeiros socorros psicológicos, para ajudar as pessoas após uma experiência potencialmente traumática (Ruzek, 2007, cit. por Myer *et al.*, 2013).

1.3 PERFIL DO PSICÓLOGO DE INTERVENÇÃO NA CRISE

“O factor mais responsável pelo resultado terapêutico é a qualidade da aliança terapêutica.”

NORCROSS, 2002

A intervenção psicológica na crise tem por base um quadro teórico específico, diferente da psicoterapia, que exige do psicólogo estratégias específicas. Contudo, tal como na psicoterapia, a qualidade da relação terapêutica criada irá determinar o sucesso da intervenção.

De acordo com Vasco *et al.* (2003) “podem apresentar-se aquelas que poderão ser consideradas as características de um “bom terapeuta:” (a) cuida adequadamente da aliança no que diz respeito às rupturas desta nas suas vertentes de laço, acordo relativo a objectivos e a tarefas (Bordin, 1979; Safran & Muran, 2000), e acordo relativo à representação do problema (Vasco & Conceição, 2002); (b) é sensível às diferenças individuais dos pacientes para além do mero diagnóstico nosológico (Beutler & Harwood, 2000; Prochaska & Norcross, 2002); (c) auxilia o paciente a identificar os seus padrões interpessoais, cognitivos e afectivos (Benjamim, 2003); (d) auxilia a bloquear padrões não-adaptativos (Benjamim, 2003); (e) fomenta a responsabilidade e a vontade de mudar no paciente (Benjamim, 2003); (f) promove experiências de aprendizagem de novos padrões interpessoais, cognitivos e afectivos (Benjamim, 2003); (g) consolida as mudanças, ajuda a atribuir estas aos esforços do paciente e antecipa dificuldades futuras; e (h) respeita uma sequência temporal de objectivos estratégicos (Vasco & Conceição, 2003)”.

Mitchell, em Leonhardt & Vogt (2006), aponta as seguintes diferenças entre a psicoterapia e a intervenção psicológica em crise a ter em conta no perfil do psicólogo:

Dimensões	Psicoterapia	Intervenção em Crise
Contexto	1. Reparar o dano psicológico existente 2. Reconstruir a auto-estima 3. Desenvolvimento pessoal	1. Prevenir o dano psicológico 2. Mitigar a reacção aguda de stress 3. Restabelecer o funcionamento adaptativo
Foco Estratégico	1. Origem consciente e inconsciente da psicopatologia	1. Processos conscientes 2. Stressores ambientais 3. Factores situacionais
Localização	1. Ambiente seguro e calmo 2. Consultório 3. Instalações hospitalares	1. Próximo do stressor 2. Em casa, no local de trabalho 3. Onde for necessário

COMPREENDER A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA CRISE

Propósito	<ol style="list-style-type: none"> 1. Crescimento pessoal 2. Mudança na experiência de vida 3. Alteração do comportamento 4. Redução da disfunção familiar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primeiros socorros emocionais 2. Mitigar o impacto do evento 3. Voltar a um estado de funcionamento adaptativo 4. Melhorar a coesão e performance quando a intervenção é com grupos
Foco Temporal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Passado 2. Algum presente 3. Algum futuro 	<ol style="list-style-type: none"> 1. O presente imediato 2. No aqui e agora
Interventores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profissionais de saúde mental 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profissionais de saúde mental 2. Leigos com formação para acompanhar a pessoa em crise 3. Profissionais de serviços de emergência e socorro 4. Clero
Papel do Interventor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar 2. Colaborar 3. Consultar 4. Observar 5. Comentar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proteger 2. Ouvir em escuta activa 3. Oferecer alternativas 4. Facilitador 5. Educador
Janela Temporal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipicamente semanas ou meses após o acontecimento que provoca sofrimento 2. Distante do stressor 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Durante o evento crítico ou logo após a exposição ao evento 2. Próximo do stressor
Duração	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipicamente de 8 a 12 sessões (de 45 min.) para processos breves ou o tempo que for necessário 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3 a 5 contactos que podem ter a duração de poucos minutos
Objectivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduzir os sintomas 2. Reduzir as dificuldades 3. Tratar da psicopatologia 4. Desenvolvimento Pessoal 5. Reconstruir 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabilizar 2. Mitigar o impacto 3. Reduzir as dificuldades 4. Mobilizar recursos 5. Normalizar a experiência 6. Restabelecer o funcionamento adaptativo 7. Resolver o estado imediato de crise 8. Referenciar para o próximo nível de cuidados

Devido às características da intervenção na crise, é importante que o psicólogo possua as seguintes características e competências de acordo com James & Guilliland (2012):

- **Equilíbrio** – A natureza da intervenção em crise obriga a que o psicólogo se encontre muitas vezes exposto a material exigente e a pessoas com reacções exacerbadas. Uma das melhores ajudas que o psicólogo pode dar é manter-se calmo, equilibrado e controlado, podendo desta forma modelar o seu comportamento.
- **Criatividade e Flexibilidade** – A criatividade e a flexibilidade são duas importantes ferramentas quando o psicólogo se depara com problemas complexos e aparentemente sem solução.
- **Energia e Resiliência** – Funcionar em áreas desconhecidas ou fora das nossas áreas de conforto, que são características da intervenção em crise, requer energia, organização e acção sistemática. Por outro lado, o psicólogo terá também de ser resiliente. Pela natureza do trabalho em crise, em que é constante a vivência de situações difíceis, nas quais muitas vezes e independentemente do treino, do esforço ou da dedicação, o resultado final poderá ser negativo, o psicólogo deve possuir a capacidade de recuperar rapidamente da situação.
- **Reflexos Mentais Rápidos** – Na intervenção em crise o factor tempo é crucial, pelo que requer do psicólogo mais actividade e maior directividade na intervenção. Face aos assuntos que emergem e à quantidade de temas muitas vezes abordados, é necessário que possua rápidos reflexos mentais. O psicólogo que não consiga pensar rapidamente e objectivamente terá muitas dificuldades a gerir a crise.
- **Assertividade** – Muitas pessoas em crise têm por vezes comportamentos agressivos, pelo que é da máxima importância que o psicólogo consiga ajudar, ao mesmo tempo que mantém os limites de forma a não se deixar agredir verbalmente ou fisicamente.

São ainda importantes outras características como:

- ➔ Facilidade no estabelecimento da relação – poderá não haver oportunidade de reparar uma ruptura na relação;
- ➔ Capacidade para aceitar tarefas que inicialmente não pareçam ligadas à saúde mental;
- ➔ Capacidade para trabalhar com diferentes culturas, etnias, idades e religiões;
- ➔ Capacidade para trabalhar em ambientes caóticos e imprevisíveis;
- ➔ Capacidade para identificar sinais de stress (em si próprio e nos outros) e de implementar estratégias activas que minimizem as suas consequências.

1.4 SERVIÇOS DE INTERVENÇÃO NA CRISE

O objectivo primário de um programa de intervenção na crise é intervir o mais precocemente possível. Desta forma, e dada a imediatidade e a rápida resposta da intervenção via telefone, foram sendo criadas linhas de resposta a situações de crise (Waters & Finn, 1995).

Fruto da crescente necessidade da existência de serviços de resposta à crise e à prevenção do suicídio em Portugal, foi criado em 1978 o primeiro telefone de ajuda em Portugal, o Centro SOS-Voz Amiga.

Desde então múltiplos programas de resposta à crise surgiram em Portugal, com o aparecimento de linhas telefónicas dedicadas a problemáticas específicas (violência doméstica, dependências, incapacidades, entre outras) e com a existência de resposta dos serviços de saúde mental, como as urgências psiquiátricas e os serviços de saúde mental comunitários.

Ao nível da linha 112, surgiu em 2004 o Centro de Apoio Psicológico e de Intervenção em Crise (CAPIC) no Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). O CAPIC é constituído por psicólogos afectos às Delegações Regionais do INEM, que asseguram a resposta

a situações de emergência, nas quais se avalie a necessidade de intervenção psicológica. O psicólogo intervém nos seguintes contextos:

a) Intervenção no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Existe um psicólogo de serviço num dos CODU em permanência 24 horas por dia, 365 dias por ano, gratuito e acessível a qualquer cidadão. Numa chamada 112, após realizar triagem médica, o Técnico Operador de Telecomunicações de Emergência (TOTE) pode transferir a chamada para o psicólogo de serviço (mediante indicação do fluxo de triagem) nas seguintes situações: Tentativas e risco de suicídio; Crises de Ansiedade e Ataque de Pânico; Violações/abuso sexual; Emergências Psiquiátricas; Violência Doméstica; Situações sociais; Aconselhamento na Notificação de Morte; Apoio e Aconselhamento às Equipas no Terreno.

Ainda no CODU, os Psicólogos do CAPIC intervêm junto dos profissionais, apoiando na gestão de chamadas difíceis e/ou problemáticas.

b) Intervenção em Emergência no terreno - Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência (UMIPE), cuja missão é intervir no local da ocorrência com vítimas e familiares em situações potencialmente traumáticas, como acidentes de viação e outros, mortes inesperadas ou traumáticas, abuso ou violação física ou sexual, em emergências psicológicas e psiquiátricas com necessidade de negociar aceitação de ajuda e/ou situações que envolvam crianças ou outros dependentes, entre outras.

Em 2001, surgiu a Linha Nacional de Emergência Social (LNES) - Linha 144 - funcionando ininterruptamente 24 horas por dia, 365 dias por ano, de utilização gratuita e acessível a qualquer cidadão.

Na LNES são tratados essencialmente dois tipos de situações:

Crise – caracteriza-se por uma situação de grande vulnerabilidade e desprotecção, resultante de não estarem asseguradas, a breve prazo, as condições mínimas de sobrevivência pelo que se impõe uma intervenção urgente e encaminhamento para os Serviços Locais de Acção Social (SLAS).

Emergência – qualquer situação aguda, imprevista, que é estimada como ameaçante e que coloca as pessoas em situação de perigo e desprotecção, decorrentes da ausência de condições mínimas de sobrevivência e exigindo uma resposta imediata.

O público-alvo são todas as pessoas em situação de emergência social. Existem grupos prioritários – pessoas e famílias em situação de violência em contexto doméstico, abandono, desalojamento, sem-abrigo ou crianças e jovens em situação de perigo. Neste centro, os técnicos que atendem as chamadas fazem de imediato a triagem e respectivo encaminhamento, levando à intervenção das Equipas de Emergência da Segurança Social existentes em cada distrito, que têm como função diagnosticar/avaliar e resolver a situação ou indicar qual o serviço ou organismo competente para intervir no caso concreto apresentado.

A resposta à intervenção em crise deverá ser integrativa e ter um conjunto de serviços comunicantes entre si, para que assim o processo assistencial seja integrado. As linhas telefónicas de resposta à crise são um importante recurso, contudo, é igualmente importante que existam serviços abertos à comunidade para onde as pessoas em crise se possam deslocar e ser atendidas ou unidades móveis (como as UMIPE do INEM) que possam ir aos cenários e contextos de crise permitindo uma avaliação e intervenção no local, bem como serviços de internamento de curta e longa duração.

1.5 CRISE PSICOLÓGICA E REACÇÕES DE STRESS

Podemos definir a **crise psicológica** como um período de desequilíbrio psicológico, experienciado como o resultado da vivência de um evento ou de uma situação exigente, em que os mecanismos normais de *coping* não têm êxito, resultando na diminuição do funcionamento adaptativo (Roberts, 2005).

As reacções de stress podem resultar de uma variedade de eventos exigentes. Antes, durante ou na sequência de um incidente, os sobre-

viventes podem experienciar traumas adicionais, tais como: acidentes com risco de vida, abuso sexual ou agressão física, sequestro ou tortura, ou o testemunho de coisas terríveis que aconteceram a outras pessoas. É importante não assumir que um desastre envolve o mesmo tipo e intensidade de experiências para todos os sobreviventes nem que todos os sobreviventes trazem consigo uma história pessoal de trauma semelhante.

Embora as reacções individuais variem, os investigadores têm identificado um padrão de comportamento, biológico, psicológico e de respostas sociais entre os indivíduos expostos directa ou indirectamente a eventos de risco de vida. Este padrão inicial de resposta é conhecido como Reacção Aguda de Stress (Young *et al.*, 2001):

Reacções Emocionais:

- Choque emocional
- Depressão
- Ansiedade / Pânico
- Culpa
- Raiva
- Medo
- Desespero
- Irritabilidade
- Embotamento afectivo
- Sentimento de luto/pesar
- Vulnerabilidade

Reacções Cognitivas:

- Atenção dispersa
- Dificuldade de concentração
- Dificuldade de tomada de decisão
- Baixa auto-eficácia
- Descrença
- Negação

- Alteração da memória
- Confusão
- Distorção
- Pensamentos intrusivos
- Preocupação

Reacções Físicas:

- Hipertensão arterial
- Taquicardia
- Hiperventilação
- Fadiga
- Insónia
- Hiper-alerta
- Queixas somáticas
- Náuseas
- Sede
- Alteração do apetite
- Arrepios e suores

Reacções Comportamentais:

- Luta ou fuga
- Imobilização
- Obediência automática
- Alienação
- Abandono de actividades
- Desconfiança
- Problemas no trabalho
- Conflito
- Agitação

É importante ajudar os sobreviventes a reconhecer a normalidade das reacções de stress face ao evento anormal que vivenciaram. Apesar de estas reacções serem, numa primeira fase, normais e adaptativas,

em alguns casos a Reacção Aguda de Stress pode evoluir para psicopatologia. Posteriormente e ao longo do tempo pode observar-se a evolução das reacções para psicopatologia (Kuntz & Bleich, in Danieli *et al.*, 2005).

Reacções de Stress no tempo:

- ➔ Reacção Aguda de Stress (ICD 10) – Das primeiras 8 horas até às 48 horas seguintes.
- ➔ Perturbação Aguda de Stress (DSM-4) – Dos 2 dias até às 4 semanas.
- ➔ Perturbação Aguda de Stress Pós-Traumático – De 1 a 3 meses.
- ➔ Perturbação Tardia de Stress Pós-Traumático – Sintomas aparecem pelo menos 6 meses após o stressor.

Torna-se, desta forma, importante a monitorização das reacções iniciais de stress, de forma a prevenir a sua evolução e consolidação em síndromes clínicas. Na monitorização deverá ser avaliada a intensidade, a frequência e a duração das reacções, que num bom padrão de adaptação diminuem com o passar do tempo (por exemplo, é provável que uma pessoa após uma situação de risco de vida possa ter insónia. Contudo, é também expectável que a insónia vá diminuindo de intensidade, frequência e duração com o passar dos dias).

A literatura sugere que na exposição ao trauma os antecedentes pessoais e as experiências após o incidente podem estar relacionados com a evolução das reacções de stress.

Neste sentido, várias investigações foram realizadas com o objectivo de perceber quais os factores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia posterior e quais os factores de protecção. Começamos por ver os primeiros.

Factores de Risco Pré-Incidente:

- ➔ História psiquiátrica (Young *et al.*, 2001);
- ➔ Luto não resolvido (Joseph *et al.*, 1994);

- ➔ Características de Personalidade (traços de personalidade evitante) (Young *et al.*, 2001);
- ➔ Fraco suporte social (Ruzek *et al.*, 2004);
- ➔ Experiência prévia de acontecimentos traumáticos (Ruzek *et al.*, 2004);
- ➔ Estratégias de *coping* desadaptativas e desadequadas (Haligan & Yehuda, 2000);
- ➔ Género feminino (Watson, 2014);
- ➔ Pertença a minoria étnica (Watson, 2014);
- ➔ Morte de um progenitor na infância (Ozer *et al.*, 2003).

Factores de Risco Peri-Incidente:

- ➔ Exposição a destruição massiva, trauma físico ou a cadáveres (Young *et al.*, 2001);
- ➔ Exposição a contaminação tóxica (Young *et al.*, 2001);
- ➔ Ameaça real ou percebida (Raphael, 2000);
- ➔ Dissociação peri-traumática ou desrealização (McNally, 2003);
- ➔ Falta de previsibilidade e controlo dos acontecimentos (Raphael, 2000);
- ➔ Evento intencional provocado pelo Homem (Ozer *et al.*, 2003).

Factores de risco Pós-Incidente:

- ➔ Existência de stressores contínuos ou adicionais (fome, frio, fadiga, medo, desalojamento, ...) (Raphael, 2000);
- ➔ Baixo nível de suporte social e emocional ou elevadas exigências sociais (Young *et al.*, 2001);
- ➔ Estratégias de *coping* desadequadas (evitamento, culpabilização, consumo de substâncias, ...) (Young *et al.*, 2001);
- ➔ Pouca informação acerca da natureza e razões do acontecimento (Raphael, 2000);
- ➔ Pouco apoio de *follow-up* (Raphael, 2000).

Nas famílias parece ainda haver uma relação recíproca entre a reacção aguda de stress do cuidador e a da criança (Green *et al.*, 1991).

Paralelamente à existência de factores de risco, existem também factores de protecção que devem ser potenciados na intervenção psicológica:

- ➔ Retomar actividades normais do dia-a-dia e assumir uma postura activa face às consequências do incidente (Ommeren *et al.*, 2005);
- ➔ Existência e disponibilidade de suporte social (Young *et al.*, 2001);
- ➔ Sucesso em acontecimentos traumáticos anteriores (Ruzek *et al.*, 2004);
- ➔ Obtenção de informação adequada (Raphael, 2000);
- ➔ Criação de uma sensação de segurança, de auto-eficácia e eficácia da comunidade e de esperança (Hobfoll, 2007).

1.6 PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (PTSD)

A PTSD, antes considerada como um tipo de perturbação de ansiedade, é agora vista pelo DSM-5 como parte das perturbações relacionadas com trauma e stress, podendo assim levar a uma maior aceitação da PTSD como um distúrbio ligado a eventos externos e não como uma doença mental relacionada com ansiedade.

Vejamos alguns dos critérios de diagnóstico para PTSD (adaptado do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5*):

- A. Exposição a ameaça de morte, morte real, ferimento grave ou violência sexual.
- B. Presença de sintomas intrusivos cujo início é posterior ao acontecimento traumático.
- C. Evitamento persistente dos estímulos associados ao acontecimento traumático, com início após o acontecimento traumático.

- D. Alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao acontecimento traumático, com início ou agravamento após o acontecimento traumático.
- E. Alterações significativas na activação e reactividade associadas ao acontecimento traumático, com início ou agravamento após o acontecimento traumático.
- F. Duração da Perturbação superior a um mês.
- G. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante de funcionamento.
- H. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, medicamentos, álcool) ou a outra condição médica.

1.6.1 Prevalência

Num estudo realizado nos Estados Unidos da América, “National Comorbidity Survey Replication”, entre 2001 e 2003, revelou-se uma prevalência de PTSD de 6.8% na população durante a vida, sendo que para os homens obteve-se uma prevalência de 3.6% e para as mulheres uma prevalência de 9.7%. Estudos de grupos de risco (por exemplo, combatentes, vítimas de erupções vulcânicas, violação, assalto, genocídio) apresentaram taxas de prevalência variando entre 3% a 58%. O grupo das agressões sexuais/violação é o que apresenta uma maior prevalência.

De notar ainda que Norris (1992) encontrou prevalências de PTSD de 12% nas pessoas que tiveram um acidente de viação. Se multiplicarmos este valor pelo número de pessoas que têm acidentes de viação (38.872 feridos por acidente de viação em 2013 em Portugal), depressa compreendemos que é o evento potencialmente mais causador de PTSD em Portugal.

1.6.2 Comorbilidade

De acordo com Brady (1997), a PTSD ocorre frequentemente em simultâneo com outras perturbações psiquiátricas. Dados epidemio-

lógicos indicam que aproximadamente 80% dos indivíduos com PTSD satisfazem os critérios de pelo menos um outro diagnóstico psiquiátrico. A PTSD é particularmente susceptível de apresentar comorbilidade com perturbações afectivas, outras perturbações de ansiedade, somatização, abuso de substâncias e perturbações dissociativas. A comorbilidade pode afectar a forma como se apresenta a PTSD e o seu desenvolvimento clínico.

1.6.3 Curso Natural do Stress Pós-Traumático

A investigação demonstra que a maioria das pessoas recupera de eventos traumáticos sem consequências mentais graves (Bonanno, 2004).

Galea *et al.* (2003) investigaram a tendência quanto à prevalência de uma provável PTSD no conjunto da população de Nova Iorque nos primeiros 6 meses após o ataque terrorista de 11 de Setembro de 2001. Foram feitos inquéritos por telefone a adultos daquela cidade passados 1 mês, 4 meses e 6 meses sobre o dia 11 de Setembro. A prevalência de provável PTSD relacionado com os ataques do 11 de Setembro em Manhattan diminuiu de 7,5% ao fim de 1 mês para 0,6% ao fim de 6 meses. Estes dados apontam para uma resolução rápida da maioria dos sintomas de PTSD provável na população nova-iorquina, em geral durante os primeiros 6 meses a seguir aos ataques. Não obstante a prevalência de sintomas de PTSD ser consistentemente superior entre as pessoas mais directamente afectadas pelos ataques, um número substancial de pessoas não directamente afectadas por aqueles ataques também apresentavam critérios correspondentes a PTSD provável. As consequências psicológicas de uma catástrofe em grande escala ocorrida numa área densamente povoada podem estender-se para além das pessoas directamente afectadas pela catástrofe, abrangendo assim outros elementos da população em geral.

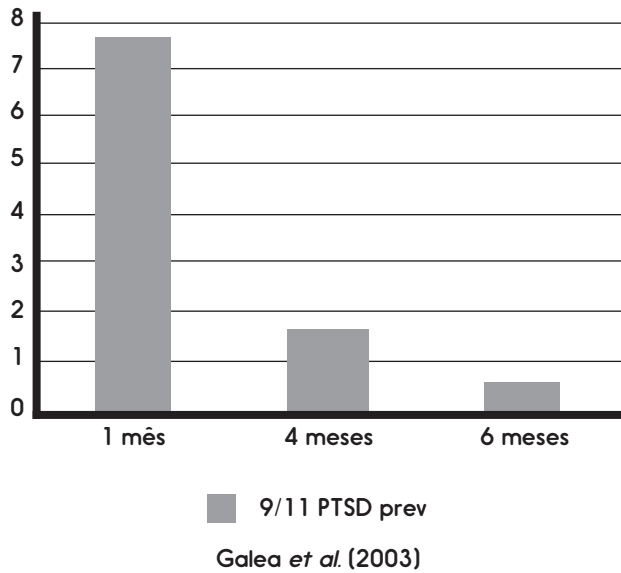


Figura 1 - Prevalência de provável PTSD em Manhattan passados 1 mês, 4 meses e 6 meses sobre o dia 11 de Setembro de 2001.

1.6.4 Recomendações para a Intervenção Psicológica Precoce

A intervenção inicial recomendada após a ocorrência de uma situação potencialmente traumática é a aplicação dos primeiros socorros psicológicos. No entanto, e em alguns casos, as reacções de stress persistem no primeiro mês com prejuízo do funcionamento diário da pessoa.

De acordo com as linhas orientadoras para a gestão de condições relacionadas com o stress da OMS (2013), são propostas, para além dos primeiros socorros psicológicos no primeiro mês, as seguintes intervenções (no caso de existir compromisso do funcionamento diário da pessoa):

- Na **Perturbação Aguda de Stress** (re-experiência, evitamento, hiperactivação):
 - A terapia cognitivo-comportamental focada no trauma deve ser considerada em adultos com sintomas de stress

traumático agudo, associados a um prejuízo significativo no funcionamento diário.

- Com base na evidência disponível, não existe recomendação específica para a resolução de problemas aplicada de forma independente, assim sugere-se terapia EMDR, relaxamento ou psicoeducação para adultos com sintomas de stress traumático agudo associados com prejuízo significativo no funcionamento diário no primeiro mês após um evento potencialmente traumático.
 - Com base na evidência disponível, nenhuma recomendação específica pode ser feita em intervenções psicológicas precoces (que abrangem a resolução de problemas, relaxamento, psicoeducação, a terapia EMDR e terapia cognitivo-comportamental) para crianças e adolescentes com sintomas de stress traumático agudo associado a prejuízo significativo no funcionamento diário.
 - As benzodiazepinas e os antidepressivos não devem ser oferecidos aos adultos, adolescentes ou crianças, para reduzir os sintomas de stress traumático agudo associado a prejuízo significativo no funcionamento diário, no primeiro mês após um evento potencialmente traumático.
- Na **Insônia** após um evento potencialmente traumático:
- As técnicas de relaxamento (por exemplo, relaxamento muscular progressivo ou equivalentes culturais) e o aconselhamento sobre higiene do sono (incluindo conselhos sobre psico-estimulantes, tais como: café, nicotina e álcool) devem ser considerados para adultos com insônia aguda no primeiro mês após a exposição a um potencial evento traumático.
 - Com base na evidência disponível, nenhuma recomendação específica pode ser feita para intervenções psicológicas precoces em crianças e adolescentes com insônia

aguda no primeiro mês após um evento potencialmente traumático.

- As benzodiazepinas não devem ser utilizadas por adultos, adolescentes ou crianças com insônia no primeiro mês após um evento potencialmente traumático.

- Na **Enurese** após um evento potencialmente traumático:
 - Psicoeducação sobre os efeitos negativos das respostas punitivas deve ser dada aos cuidadores de crianças com enurese não orgânica secundária no primeiro mês após um evento potencialmente traumático.
 - Treino de competências parentais e a utilização de intervenções comportamentais simples (ou seja, mapas de estrelas, ir à casa de banho antes de dormir e reforçar sempre que não urina na cama) devem ser considerados. Onde os recursos financeiros permitirem, os alarmes devem ser considerados.

- Na **Hiperventilação** após um evento potencialmente traumático:
 - Respirar para um saco de papel não deve ser considerado para adultos, adolescentes ou crianças com hiperventilação no primeiro mês após um evento potencialmente traumático – não há evidência da eficácia e existem riscos significativos nas pessoas com patologia cardíaca e com asma.
 - Deverá ser encorajada a respiração abdominal normal (nem mais profunda nem mais rápida que o normal).

1.7 RESILIÊNCIA PSICOSSOCIAL

De acordo com Fonseca (2011), o conceito de resiliência surgiu em Inglaterra com os trabalhos de Michael Rutter e nos Estados Unidos com o trabalho de Emmy Werner. Um trabalho de referência para o

estabelecimento da resiliência como tema de investigação foi um estudo longitudinal de Werner ao longo de 30 anos com 698 crianças do Havai que viviam em condições desfavorecidas. Werner verificou que 80% das crianças havia crescido positivamente e se tornado em adultos competentes e bem integrados (Werner & Smith, 1982, 1992, cit. por Rodriguez, 2008). Os estudos com crianças resilientes mostram que esta suposição de impacto negativo não tem fundamento científico e que uma criança que passa por uma experiência exigente não está necessariamente condenada a ser um adulto fracassado (Rodriguez, 2008).

Outro elemento que se depreende dos estudos é que a resiliência não é uma característica absoluta, que se adquire uma vez e para sempre. É resultado de um processo dinâmico e evolutivo que depende da natureza do trauma, do contexto e da etapa de vida das pessoas, e pode manifestar-se de diferentes maneiras consoante a própria cultura dos indivíduos (Manciaux, Vanistendael, Lecomte & Cyrulnik, 2001, cit. por Poseck *et al.*, 2006).

A Resiliência Psicossocial é, de acordo com a UNISDR (2009): “a capacidade do sistema, comunidade ou sociedade expostos a riscos de resistir, absorver, acomodar e recuperar dos efeitos dos riscos, de forma atempada e eficaz, nomeadamente através da preservação e restabelecimento das suas estruturas e funções essenciais”.

Williams (2007) define a resiliência como a “capacidade da pessoa para, perante uma adversidade, uma ameaça ou desafio, se adaptar – psicológica, emocional e fisicamente – razoavelmente bem e sem prejuízo duradouro para si, para o seu relacionamento com os outros ou para o seu próprio desenvolvimento como indivíduo”. Isso não significa a ausência de problemas ou sintomas, mas sim a capacidade de se manter saudável, apesar dos desafios.

Bonanno (2005) afirma que, quando os profissionais falam sobre resiliência, eles estão realmente a falar de recuperação, da capacidade de recuperação do indivíduo depois de ter experienciado um evento

potencialmente traumático (*bounce back*). Nesta perspectiva de “recuperação rápida”, a pessoa é capaz de processar e de dar sentido ao que aconteceu, bem como de mobilizar os seus recursos para lidar com sucesso com essa crise.

Podemos comparar a resposta resiliente à imagem da bola que é atirada para o chão (ver Figura 2). Apesar de a bola se deformar quando bate no solo, recupera rapidamente a sua posição e forma original.

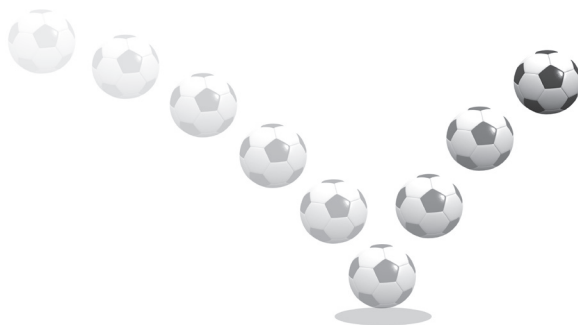


Figura 2 – Trajectória resiliente

Tents (2008) descreve três trajectórias na resposta a situação de catástrofe (ver Gráfico 1):

- Resistência – Um padrão estável ou continuado de ausência ou presença ténue de reacções de stress;
- Resiliência – Reacções de stress iniciais (moderadas) seguidas de uma diminuição pronunciada;
- Recuperação – Reacções de stress iniciais (moderadas a graves) seguidas de uma diminuição gradual ao longo do tempo.

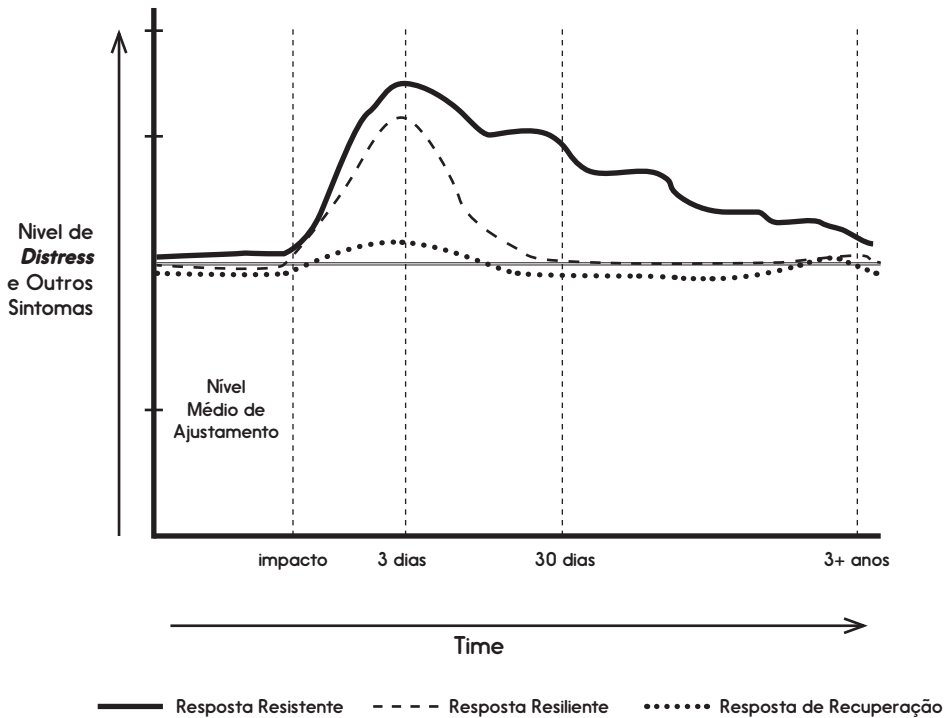


Gráfico 1 – Três trajectórias na resposta a situação de catástrofe
(Tents, 2008)

As pessoas seguem respostas diferentes às situações exigentes e potencialmente traumáticas. Hill (2009) aponta as seguintes características associadas à resposta resiliente:

- Suporte social;
- Aceitação da realidade;
- Capacidade de improvisação;
- Autonomia e Auto-confiança;
- Identidade pessoal positiva para o próprio;
- Flexibilidade;
- Esperança no futuro;

- Gestão de emoções complexas;
- Experiências emocionais positivas;
- Competências interpessoais e relacionais;
- Inteligência e capacidade de resolução de problemas.

É estimado que cada duas em três pessoas que são expostas a um evento potencialmente traumático recuperam sem consequências a longo prazo para a sua saúde mental (Bonanno, 2004).

1.8 CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO

Recentemente, tem havido um interesse crescente relativo à capacidade humana de crescer e encontrar aspectos positivos face a uma experiência traumática.

No decurso da vida, quase nenhum ser humano passa sem experienciar o trauma e muitas vezes este, mesmo quando extremamente doloroso, pode ser o ponto de partida para um processo de crescimento pessoal.

O conceito de Crescimento Pós-Traumático (CPT) define-se pela mudança positiva que o indivíduo experiencia como resultado de um processo de adaptação face à vivência de uma experiência traumática. “Crescimento” remete para uma alteração do funcionamento do sujeito para um nível superior, e “traumático” sublinha que o crescimento surge após a vivência de um evento significativo exigente (Calhoun & Tedeschi, 1999).

Tedeschi, Park & Calhoun (1996), após uma revisão de literatura sobre a superação pessoal a partir de situações traumáticas, agrupam as mudanças em 3 categorias:

- Mudanças no próprio: sentir-se mais forte e confiante em si mesmo, com mais experiência e capacidade de enfrentar dificuldades futuras. A pessoa desenvolve uma auto-imagem de maior força e confiança para lidar com futuras

adversidades. É possível considerar a coexistência de um lado positivo e negativo nesta mudança. Se, por um lado, a pessoa se sente mais forte e confiante, por outro há um sentimento de vulnerabilidade, de saber que é possível estar sujeito a outras experiências negativas a qualquer momento.

- Mudanças nas relações interpessoais: as relações com outras pessoas são fortalecidas, é habitual que as famílias se sintam mais unidas após eventos traumáticos (Affleck, Tennen & Gershman, 1985, cit. por Vázquez *et al.*, 2008). Por outro lado, pode surgir a necessidade de compartilhar a experiência e expressar sentimentos. Finalmente, também pode ocorrer uma maior necessidade de pedir ajuda, pelo que, neste sentido, pode ser aumentado o recurso ao apoio social (McMillen, Smith & Fisher, 1997, cit. por Vázquez *et al.*, 2008).
- Mudanças na espiritualidade e filosofia de vida: há uma maior apreciação do que se tem, os detalhes são mais valorizados e distingue-se entre o que é realmente importante e o que é secundário. Uma percentagem importante de pessoas muda os seus valores, dá prioridade a outros aspectos e passa a desfrutar das mais pequenas coisas (Pérez-Sales, 2001, cit. por Vázquez *et al.*, 2008).

Existem ainda os seguintes determinantes do Crescimento Pós-Traumático:

- Características do evento traumático e do processamento cognitivo: Tedeschi & Calhoun (2004, cit. por Fonseca, 2011) referem que o CPT só pode ocorrer em situações chamadas “sísmicas”, onde há uma intensidade tão forte que coloca em causa os esquemas básicos. O desafio dos esquemas básicos é predizer o CPT (Cann *et al.*, 2010;

Lindstrom, Cann, Calhoun & Tedeschi, 2013). Os desafios cognitivos levam ao processamento cognitivo do trauma, manifestando-se em dois tipos de ruminação: (a) ruminação automática/intrusiva – um processo inicial de pensamentos intrusivos e indesejados; e (b) ruminação deliberada – um processo subsequente de reflexão e de re-examinação propositada do trauma e dos assuntos relacionados. É teorizado que o CPT ocorre entre os indivíduos que se deslocam da ruminação automática para a ruminação deliberada.

- Variáveis sócio-demográficas: alguns autores sugerem que as mulheres experienciam mais CPT do que os homens, mas os resultados são inconsistentes. Quanto à idade é provável que os mais jovens possam reportar mais CPT, visto que os seus esquemas cognitivos sobre si e sobre o mundo ainda não estão consolidados e, como tal, são mais susceptíveis a rupturas e a mudanças (Powell, Rosner, Butollo, Tedeschi & Calhoun, 2003, cit. por Fonseca 2011).
- Tipos de personalidade: relativamente aos 5 traços de personalidade básicos estudados por Costa & McCrae (1992, cit. por Fonseca, 2011), parece que a “extroversão” e a “abertura à experiência” têm maior relação com o CPT. Segundo Calhoun & Tedeschi (2004, cit. por Fonseca, 2011) é possível que pessoas com estas características apresentem mais emoções e cognições positivas em situações de adversidade e tenham uma melhor base para pôr em prática os mecanismos de reflexão e reconstrução cognitiva pós-traumática.
- Estratégias de *coping* e apoio social: o *coping* focado na resolução do problema, a aceitação, a reinterpretção positiva e as estratégias religiosas positivas estão relacionadas de forma positiva com o CPT (Linley & Joseph, 2004; cit. por Fonseca 2011). De um modo geral, parece

que o apoio social percebido está associado com o CPT, mas não o apoio objectivamente recebido. Também é possível que contar com apoio efectivo e confiança possam ajudar a expressar narrativas sobre o trauma na direcção do crescimento (Pérez-Sales, Fernández-Liria & Rodríguez, 2006; Pérez-Sales, Cervellón, Vázquez, Vidales & Gaborit, 2005, cit. por Fonseca, 2011).

- Expressão de emoções: a possibilidade de expressar afectos através de diários escritos aumenta a possibilidade de ocorrer CPT (Ullrich & Lutgendorf, 2002, cit. por Fonseca 2011). Esta possibilidade expressiva está também relacionada com o contacto mais próximo com as redes sociais e a disponibilidade de confidentes.

1.9 MODELOS DE INTERVENÇÃO NA CRISE

Existem diversos modelos que foram desenvolvidos para a intervenção psicológica na crise. Em comum têm o facto de serem modelos estruturados em fases focando-se nos passos necessários para ajudar as pessoas em crise, diferenciando-se entre eles, sobretudo, no número de fases e nas especificidades da intervenção (por exemplo, Aguilera, 1998; Hoff, 2009; James, 2008; Kleespies & Richmond, 2009; Roberts, 2005; Greenstone & Levitón, 2011; Kanel, 2011; Collins & Collins, 2005; Echerling & McKee, 2005; Slaikou, 1990, cit. por Myer *et al.* 2013).

A seguir são apresentados alguns modelos de intervenção em crise com fases, contudo, deverão ser aplicados de forma não rígida. As fases deverão ser interpretadas como um conjunto de tarefas a que é importante o psicólogo dar atenção, sem que isso implique que se tenha de cumprir todas as fases em todas as intervenções em crise.

1.9.1 Modelo das sete fases na intervenção em crise de Roberts (1991)

O Modelo de Roberts (Figura 3) é utilizado para ajudar pessoas na fase aguda da crise psicológica, nas crises agudas situacionais e na perturbação aguda de stress.

As sete fases são as seguintes:

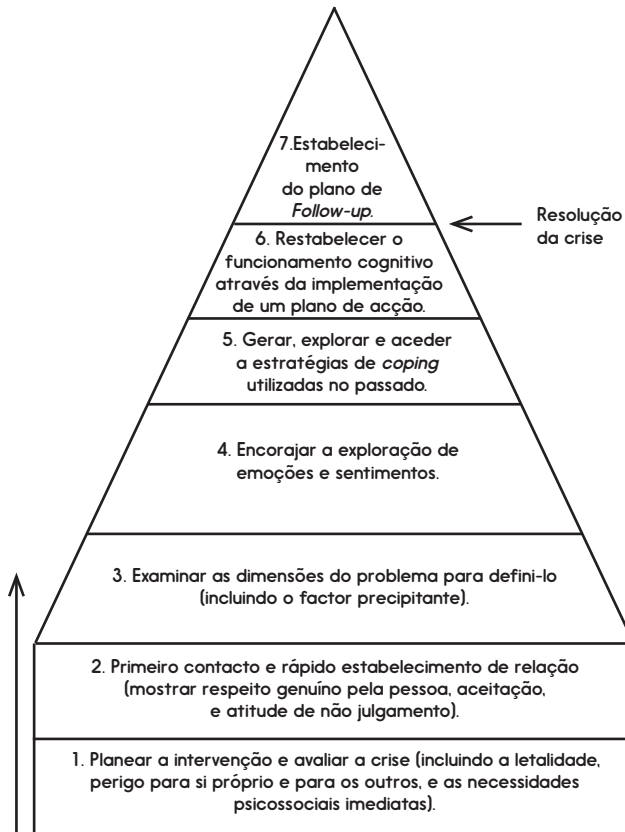


Figura 3 – Modelo das sete fases na intervenção em crise de Roberts (1991)

Vejamos com mais detalhe as fases:

1. Planear a intervenção e avaliar a crise (incluindo a letalidade, perigo para si próprio e para os outros e as necessidades psicossociais imediatas).

Em muitas situações, as fases 1 e 2 ocorrem ao mesmo tempo. Contudo, em primeiro lugar, devemos obter informação sobre se existe risco iminente. Os psicólogos que intervêm na crise estão treinados para realizar uma avaliação rápida e contínua das pessoas que estão em crise. No caso de existir risco iminente de suicídio ou de homicídio deverá ser contactada a emergência médica, mantendo a comunicação com a pessoa até à chegada das equipas de emergência.

A avaliação do risco iminente e da potencial letalidade deverá ter em conta os seguintes factores:

- Avaliar se a pessoa necessita de intervenção médica (intoxicação medicamentosa, tentativa de suicídio, violência doméstica).
- A pessoa está a pensar suicidar-se? (São pensamentos gerais ou a pessoa tem um plano específico com data, local e método específicos?).
- Determinar se a pessoa é vítima de violência doméstica, agressão sexual ou outro crime violento. Se o contactante é a vítima, questionar se o agressor está presente ou quando regressará.
- Avaliar se existem crianças em risco.
- A pessoa está sob a influência de drogas ou de álcool?
- A pessoa está a magoar-se (automutilações)?
- A pessoa está em surto psicótico com alucinações de comando?

2. Primeiro contacto e rápido estabelecimento da relação (mostrar respeito genuíno pela pessoa, aceitação e atitude de não julgamento).

A segunda fase envolve o primeiro contacto com a pessoa. A principal tarefa do psicólogo nesta fase é a de estabelecer uma relação de confiança baseada no respeito e na aceitação

da pessoa. A pessoa necessita muitas vezes de ouvir que poderá ser ajudada e que fez bem em contactar o serviço.

3. Examinar as dimensões do problema para defini-lo (incluindo o factor precipitante).

É importante identificar o seguinte: a) a “última gota”, ou o evento precipitante que a conduziu a procurar ajuda; b) mecanismos de *coping* passados; c) perigosidade ou letalidade. Estes itens devem ser explorados com questões directas. O foco deverá ser no “agora” e no “como” em detrimento do “antes” e do “porquê”. Por exemplo, as questões centrais serão: “O que aconteceu para que procurasse ajuda agora?” e “Quando é que essa situação ocorreu?”.

4. Encorajar a exploração de emoções e sentimentos.

Esta fase está intimamente relacionada com a fase anterior, particularmente no que respeita à exploração do factor precipitante. É apresentada como uma fase separada, porque muitos psicólogos tendem a negligenciar as emoções na tentativa de fazerem uma avaliação célere de forma a encontrarem o factor precipitante. É terapêutico para um cliente ventilar e expressar as suas emoções e sentimentos no contexto aceitante, privado e de não julgamento.

As técnicas principais a utilizar são a escuta activa e a validação. Isto implica que o psicólogo escute de uma forma empática e que dê suporte às reflexões e sentimentos da pessoa.

5. Gerar, explorar e aceder a estratégias de *coping* utilizadas no passado.

A maioria dos jovens e dos adultos desenvolveram um leque de estratégias para lidar com os problemas – umas adaptativas, outras menos adaptativas e algumas inadequadas. Basicamente, um evento exigente torna-se uma crise emocional quando as

estratégias habituais não funcionam. Um dos pontos centrais da intervenção na crise envolve identificar e alterar as estratégias de *coping* ao nível consciente.

Nesta fase deverão ser integradas estratégias derivadas das terapias baseadas na solução, como a pergunta milagre.

É importante ajudar a pessoa a gerar novas formas de lidar com o problema, bem como explorar se já teve um problema semelhante e como o resolveu ou o que ajudou. Nas situações em que a pessoa não consiga encontrar alternativas, o psicólogo pode sugerir novos mecanismos de *coping* e explorar juntamente com a pessoa os seus sentimentos relativamente às novas estratégias.

6. Restabelecer o funcionamento cognitivo através da implementação de um plano de acção.

A premissa nuclear da abordagem cognitiva à resolução da crise indica que a crise surge baseada nas cognições geradas por eventos externos exigentes. O psicólogo ao utilizar a abordagem cognitiva ajuda a pessoa a focar-se no porquê de um evento específico ter provocado a crise (por exemplo, violação das suas expectativas) e, simultaneamente, o que poderá fazer para lidar com a situação de uma forma eficaz, podendo utilizar essas estratégias também em futuros eventos similares.

Esta intervenção envolve três fases. Primeiramente, a pessoa necessita de obter uma compreensão realística do que aconteceu e do que a levou à crise – o que aconteceu, quem esteve envolvido, o porquê de ter acontecido e o resultado final (por exemplo, tentativa de suicídio, a morte de uma criança, divórcio, etc.).

Num segundo momento é importante compreender o significado específico do evento: como entra em conflito com as expectativas, objectivos de vida e crenças. Os pensamentos e

as crenças estão habitualmente presentes no discurso de quem se encontra em crise devendo o psicólogo ajudar a pessoa a identificar as distorções cognitivas ou crenças irracionais.

A última parte envolve a reestruturação das crenças irracionais e das distorções cognitivas, por crenças racionais e por novas cognições. Esta tarefa visa providenciar nova informação através da reestruturação cognitiva, dos exercícios de trabalho de casa, tais como: a automonitorização dos pensamentos ou a referenciação a grupos de suporte que vivenciaram a mesma situação de crise (luto, violação, adições, violência escolar, etc.).

7. Estabelecimento do plano de *Follow-up*.

No final a pessoa deverá ser informada de que se precisar poderá voltar a contactar o psicólogo ou o serviço e, se necessário, será estabelecido e acordado um plano de *follow-up* que poderá passar pelo agendamento de sessões ou de um telefonema em datas específicas.

1.9.2 Modelo de Primeiros Socorros Psicológicos adaptados ao quotidiano.

Os modelos dos Primeiros Socorros Psicológicos foram desenvolvidos para guiar a intervenção psicológica em catástrofes e em cenários com múltiplas vítimas e grande destruição material. Contudo, as equipas de emergência que intervêm diariamente em cenários súbitos de “catástrofe individual ou familiar” (como a morte de um ente querido, uma tentativa de suicídio ou suicídio consumado, um acidente grave ou atropelamento, ou qualquer outro incidente potencialmente traumático) rapidamente iniciaram a adaptação destes modelos à prática diária e à sua aplicação no quotidiano. Em seguida é apresentado o modelo Norte-Americano de *Curbside Manner*.”

1.9.2.1 Modelo de Intervenção *Curbside Manner* (2012)

O modelo de *Curbside Manner* foi desenvolvido por uma vasta equipa composta por Richard Gist e por Patricia Watson, entre outros autores, tendo por base os princípios dos Primeiros Socorros Psicológicos e o modelo Combat and Operational Stress First Aid (COSFA) para as equipas de emergência.

Os princípios descritos ajudam a promover a recuperação das pessoas que enfrentam a crise e a perda. O modelo está ligado a cinco princípios essenciais:

1. Ajudar na recuperação da sensação de segurança;
2. Restabelecer a tranquilidade reduzindo as reacções fisiológicas intensas e as emoções negativas;
3. Promover a sensação de auto-eficácia e a competência para lidar com as situações que provocaram stress;
4. Ajudar as pessoas a conectarem-se à rede social de suporte;
5. Ajudar a recuperar a sensação de esperança e a confiança em si próprio e no mundo.

O modelo de *Curbside Manner* consiste nos cinco princípios descritos na tabela seguinte: Proteger, Tranquilizar, Conectar, Competência e Confiança.

Cada princípio do modelo tem três componentes:

- **Abordagem:** Demonstrar uma abordagem que transmita respeito, cuidado e compaixão.
- **Informação:** Receber e dar informações de forma útil.
- **Direccionar:** Orientar as pessoas de forma a focarem-se e a reduzir o sofrimento.

COMPREENDER A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA CRISE

	ABORDAGEM	INFORMAÇÃO	ORIENTAR
Proteger (Promover a sensação de segurança)	→ Demonstrar respeito. → Apresentar-se. → Pedir e usar o nome sempre que possível. → Transmitir que está lá para ajudar e para mantê-lo seguro.	→ Perguntar sobre as preocupações. → Dar informações simples e exactas sobre as actividades de socorro. → Reassegurar a segurança.	→ Deslocar as pessoas para um local seguro. → Dizer o que fazer e não o que não fazer. → Proteger da exposição desnecessária a estímulos sensoriais exigentes, aos média ou a mirões.
Tranquilizar (Ajudar a acalmar, confortar e orientar)	→ Manter um comportamento calmo e focado. → Respeitar as necessidades. → Tranquilizar pela presença. → Mostrar compreensão. → Validar sentimentos e preocupações. → Esperar e, quando possível, acomodar respostas emocionais intensas.	→ Fazer perguntas focadas. → Identificar e resolver as necessidades imediatas. → Atentar aos sinais de desorientação ou ao sentimento de esmagamento pelas dificuldades. → Recolher informações que podem ajudar a identificar os recursos necessários. → Fornecer informações sobre o que está a fazer para ajudar. → Reassegurar adequadamente quando puder. → Adequar as suas interações à idade, género e cultura, conforme necessário. → Dar informações para ajudar as pessoas a compreenderem as circunstâncias/ reacções.	→ Atender primeiro às necessidades básicas. → Enfatizar o presente, o prático e o possível. → Ajudar a pessoa a identificar e a tomar medidas significativas para se ajudar. → Orientar as pessoas para usar acções simples, para se tranquilizarem. → Utilizar a distração quando indicado. → Explicar a necessidade imediata de contenção ou realocação, se necessário. → Abordar as preocupações imediatas tão directa e rapidamente quanto possível. → Obter ajuda de familiares e amigos. → Se dissociado ou desorientado, ajudar a pessoa a focar-se em aspectos não exigentes do ambiente à sua volta.
Conectar (Conectar à família, amigos e outras fontes de suporte)	→ A prioridade é conectar as pessoas com a rede de suporte de confiança.	→ Recolher informações de contacto. → Observar se as pessoas na vizinhança podem ser um apoio. → Questionar sobre os seus suportes mais importantes (incluindo animais de estimação).	→ Promover o contacto com a família e os amigos. → Encorajar a procurar apoio daqueles que estão imediatamente disponíveis. → Solicitar voluntários apropriados quando disponíveis.

Competência (Ajudar a melhorar a capacidade de satisfação das suas necessidades promovendo o acesso a recursos)	→ Esforçar-se por garantir assistência prática imediata sempre que possível. → Levar as pessoas a ligarem-se aos recursos. → Não deixar a situação até que a pessoa fique acompanhada.	→ Determinar as necessidades das pessoas, explicando qual é o seu papel e quando se irá retirar. → Fornecer informação verbal e escrita sobre os recursos existentes e incentivar a sua utilização.	→ Fornecer itens que precisem. → Dar estratégias à pessoa de forma a ajudar-se a si própria ou a outros. → Fornecer contactos de recursos adicionais. → Referenciar as condições específicas de saúde (física ou mental).
Confiança (Ajudar a recuperar um sentido de esperança e de confiança no próprio e no futuro)	→ Manter uma atitude neutra ou positiva. → Não julgar.	→ Esclarecer mal-entendidos, boatos e distorções, sempre que possível. → Reduzir a culpa sobre as acções realizadas, se necessário.	→ Manter o foco no momento presente. → Colocar a pessoa na tarefa. → Fornecer reforço positivo para os esforços relacionados com a tarefa.

Figura 4 – Princípios do modelo de *Curbside Manner*

1.9.3 Modelo de Tarefas de Myer, Lewis & James (2013)

Myer, Lewis & James (2013) efectuaram uma revisão de literatura em que identificaram duas categorias de tarefas práticas associadas à intervenção em crise (Figura 5). O primeiro grupo parece ser contínuo e utilizado ao longo de toda a intervenção em crise - estas tarefas devem ser constantemente realizadas para que a intervenção seja eficaz. O segundo grupo de tarefas é mais focado. Estas tarefas são incorporadas em vários pontos durante a intervenção. São descritas como focadas porque uma vez concluídas o psicólogo passar para outra tarefa. No entanto, porque crises são caóticas e as pessoas em crise estão instáveis, essas tarefas podem ser revisitadas.

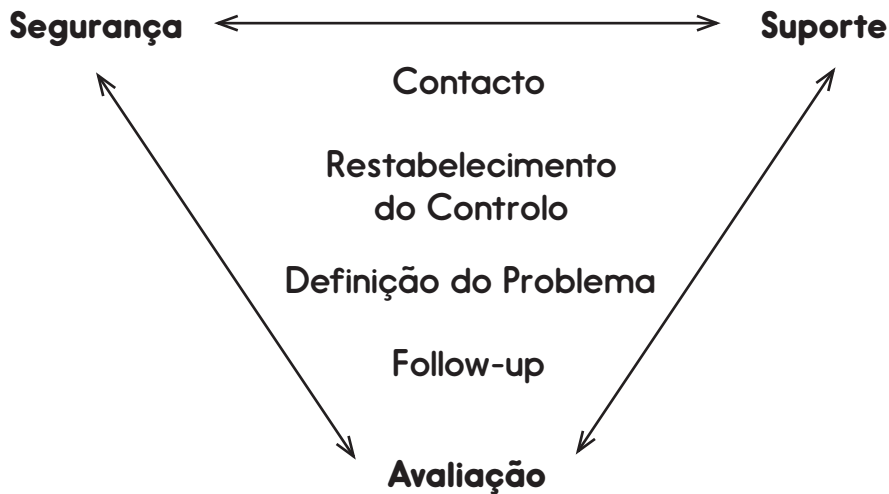


Figura 5 – Modelo de Tarefas de Myer, Lewis & James (2013)

Tarefas contínuas

A categoria contínua consiste em três tarefas distintas, porém relacionadas: avaliação, segurança e suporte. As tarefas estão listadas sem nenhuma ordem particular e realizadas em toda a intervenção. As tarefas de avaliação e suporte formam a base para a intervenção. Juntas permitem ao psicólogo ajustar a intervenção para satisfazer as necessidades do cliente momento a momento. A necessidade de monitorizar constantemente a segurança é também importante.

Avaliação. A avaliação é um passo independente em alguns modelos de intervenção crise (por exemplo, Kleespies & Richmond, 2009), mas outros modelos juntam esta tarefa noutras etapas (por exemplo, Hoff, 2009). Em alguns modelos a avaliação é pensada como limitada no tempo (por exemplo, Aguilera, 1998); noutros acredita-se que é um processo dinâmico para monitorizar o funcionamento do cliente durante toda a intervenção (por exemplo, James, 2008). Para esta tarefa, os modelos de intervenção crise também olham para diferentes aspectos do funcionamento do cliente. Por exemplo, Kanel (2011) enfatiza o funcionamento cognitivo, enquanto James (2008) defende

a avaliação das reacções emocionais, comportamentais e cognitivas à crise. Collins & Collins (2005) levaram a avaliação mais além, acreditando que esta tarefa deve ter em conta o estágio de desenvolvimento de um cliente e também componentes ecológicas do mundo do cliente. Roberts (2005) acredita que parte desta tarefa é também avaliar as estratégias de *coping* passadas dos clientes. Greenstone & Leviton (2011) defendem que os clínicos devem avaliar continuamente o ambiente e as potenciais alterações positivas ou negativas do cliente. Sendo a avaliação, assim, entendida como uma tarefa contínua que monitoriza o funcionamento do cliente. O objectivo da avaliação em cada modelo é o de orientar o processo de intervenção. A intervenção com clientes em crise deve ser fluida, a fim de responder às mudanças de necessidades da situação. Por exemplo, considere um cliente que está perturbado e a considerar o suicídio. O psicólogo iria avaliar a situação e começar a rever opções para ajudar a estabilizar o cliente. À medida que o cliente estava a estabilizar, no entanto, desencadeadores imprevistos poderiam voltar a agravar o estado do cliente - talvez uma mudança repentina no humor devido ao stress da crise que faz com que o cliente possa despersonalizar ou tornar-se confuso. Ou um membro da família que pode, inadvertidamente, agravar o comportamento do cliente ao tentar intervir. Por causa destes potenciais desencadeadores, é essencial que a avaliação seja um processo contínuo. A avaliação contínua também ajuda a identificar se uma tarefa previamente concluída necessita de ser repetida.

Segurança. Todos os modelos reconhecem a importância da tarefa de segurança na intervenção em crise. Cada modelo salienta a necessidade de garantir a segurança de forma contínua. Embora alguns modelos de crise definiam a “segurança” como um passo específico (por exemplo, James, 2008), todos eles incorporam a segurança numa intervenção mais ampla. Alguns modelos (por exemplo, Greenstone & Leviton, 2011; James, 2008) têm apontado que a segurança deve ser assegurada tanto para os clínicos como para os clientes. Outros modelos estendem a ideia de segurança para além das questões relacionadas

com o suicídio e homicídio (por exemplo, James, 2008) ao protegerem os clientes de si próprios. Entre as muitas formas de protecção está não permitir que o cliente fique só, porque pode não ser capaz de regular o seu comportamento e pode inadvertidamente causar danos a si ou a outra pessoa. Em toda a intervenção, o psicólogo deve prestar atenção para possíveis desencadeadores que podem mudar o comportamento do cliente e colocar em perigo qualquer pessoa envolvida. Entre os desencadeadores poderá haver interferência de mirões, se a intervenção está a ocorrer num lugar em público, ou a interferência das autoridades policiais quando a intervenção está a ser realizada no domicílio.

Suporte. A terceira tarefa contínua é o suporte. Todos os modelos de intervenção em crise incorporam este aspecto como uma tarefa, mas nem todos os modelos a definem de forma independente. James (2008) aponta o suporte como a terceira etapa no seu modelo e afirma que ela envolve que o psicólogo seja visto como uma pessoa cuidadora e que, quanto mais grave for a reacção, mais necessário será o suporte. Com base na revisão dos modelos, o apoio é visto como uma tarefa crucial na intervenção. Os clientes estão muitas vezes sob stress devido à falta de apoio na sua estrutura social. O psicólogo que apoia o cliente durante a crise deve identificar recursos para que a pessoa se sinta apoiada quando a crise acabar. Considerando uma situação em que um cliente está perturbado e contemplando o suicídio porque um familiar próximo acabou de morrer. Isto porque as pessoas em luto muitas vezes encontram-se perdidas e incapazes de regular os seus pensamentos e sentimentos ao ponto de sentirem que é melhor deixarem de viver. O psicólogo pode fornecer a empatia e o suporte não crítico que o cliente precisa naquele momento.

As tarefas contínuas permitem ao psicólogo a constante avaliação da crise e a adaptação da intervenção à situação. Esta flexibilidade ajuda a adequar a intervenção e a garantir que as necessidades do cliente vão sendo atendidas.

Tarefas focadas

Foram identificadas quatro tarefas focadas: contacto, restabelecimento do controlo, definição e resolução de problemas, e *follow-up*. Estas tarefas podem ser realizadas por esta ordem; contudo, algumas situações de crise não se prestam a esta abordagem sequencial, podendo as mesmas serem trabalhadas simultaneamente. Por exemplo, o contacto com clientes que estão em quadro de histeria pode ser impossível, pelo que a intervenção pode iniciar-se pelo restabelecimento do controlo. Uma vez feito isto, o psicólogo poderá então trabalhar na realização do contacto com o cliente. A instabilidade da pessoa em crise pode também exigir que reveja algumas tarefas periodicamente ao longo do processo de intervenção, sobretudo se surgirem novas informações.

Contacto. Todos os modelos de intervenção crise estabelecem o contacto com uma tarefa, mas a ênfase que dão varia. Alguns modelos (por exemplo, Greenstone & Leviton, 2011; James, 2008) não colocam o contacto como uma etapa separada, mas fundem a tarefa noutras etapas. Por outro lado, Kanel (2011) vê o contacto com a fundação para a intervenção em crise. Echerling, Presbury & Mckee (2005) ecoam este sentimento, afirmando que o contacto é uma conexão fundamental que demonstra o compromisso genuíno e a disposição do psicólogo para ajudar o cliente. Embora geralmente considerada uma tarefa inicial, os autores acreditam que em algumas situações o estabelecimento da comunicação pode ser adiado, por exemplo, quando a vida do cliente está em risco. James (2008) apoia esta ideia ao estabelecer a segurança como a segunda etapa e adiando o estabelecimento do contacto até à terceira etapa. O modelo de Roberts (2005) refere o mesmo ao avaliar primeiro a letalidade e só depois iniciar o estabelecimento da relação. Myer, Lewis & James (2013) afirmam que a segurança do cliente deve ser assegurada em primeiro.

Restabelecimento do controlo. Esta tarefa envolve ajudar os clientes a regularem as suas reacções à crise. Os autores tendem a ver esta tarefa de duas maneiras. A primeira é a de ajudar os clientes a resta-

belecer o controlo na imediatez da intervenção. Por exemplo, Greenstone & Leviton (2011) apontam que o psicólogo deverá ajudar os clientes a reorganizar o caos do seu mundo interno. Alguns modelos também defendem o uso de técnicas de descida para promover a capacidade de o cliente restabelecer o controlo (por exemplo, James, 2008). A segunda maneira de restabelecer o controlo envolve capacitar (dar *empowerment*) o cliente para resolver a crise. Em vários modelos de intervenção em crise é defendido o uso de estratégias básicas de resolução de problemas para concluir esta tarefa. James (2008) considera que a obtenção de um compromisso dos clientes para realizar o plano acordado é um factor crítico. O compromisso pode variar de um acordo verbal a um acordo assinado.

Definir a crise ou o problema. Todos os modelos abordam a tarefa de definir o problema ao ajudar os clientes a identificarem a crise que deve ser abordada (Aguilera, 1998). Um aspecto essencial desta tarefa é entender a crise da perspectiva do cliente (James, 2008). James afirmou que, a menos que esta tarefa seja alcançada, as estratégias e intervenções do psicólogo podem ter pouca ou nenhuma utilidade. Uma importante parte deste processo é identificar o que fez com que a pessoa procurasse ajuda (Roberts, 2005). James (2008) fez desta tarefa o primeiro passo no seu modelo. Alguns modelos quebram a tarefa em vários componentes, tais como: a análise de alternativas (por exemplo, James, 2008; Roberts, 2005); a identificação de eventos precipitantes (Kanel, 2011); a exploração de cognições (por exemplo, Kanel, 2011; Roberts, 2005); a exploração de emoções (por exemplo, Collins & Collins, 2005; Echerling *et al.*, 2005; Greenstone & Leviton, 2011); e a identificação das dificuldades de funcionamento (Kanel, 2011). Myer, Lewis & James (2013) afirmam que uma vez que o problema é definido, o psicólogo pode passar para diferentes tarefas, mas se a avaliação revela novas informações, tais como uma ameaça à segurança, pode ser necessário regressar a esta tarefa. Um bom exemplo é o cliente que acaba de perder um ente querido. Inicialmente, o psicólogo pode definir o problema como alguém necessitando de

apoio no luto. Contudo, se durante a intervenção o cliente menciona que a vida não lhe faz sentido sem o falecido, o psicólogo deverá redefinir o problema em termos de segurança. Ou se durante o processo de intervenção o cliente revela o uso de álcool para aliviar a dor da perda, o psicólogo necessitará de redefinir o problema tendo em conta a adição.

Follow-up. Em alguns modelos de fases (Collins & Collins, 2005; Greenstone & Leviton, 2011; Hoff, 2009; Robert, 2005) é proposto o *follow-up* como uma fase. Myer, Lewis & James (2013) afirmam que por vezes o *follow-up* pode ser difícil de realizar tal como acontece, por exemplo, nas linhas telefónicas de ajuda que se baseiam na confidencialidade. Contudo, noutros contextos, o *follow-up* não é de tão difícil realização como, por exemplo, quando um estudante universitário procura aconselhamento de crise no centro universitário (Myer, James & Mouton, 2011); neste caso, o *follow-up* deverá ser considerado uma parte necessária e um padrão na prestação de serviços.

Roberts (2005) sugere que a tarefa de *follow-up* pode ser realizada formal ou informalmente. Afirma que deve ser alcançado um acordo com o cliente para avaliar o seu progresso até um mês após a intervenção. Este contacto pode ser pessoalmente ou por telefone. Uma segunda função desta tarefa é o psicólogo avaliar a eficácia da sua intervenção de forma a aperfeiçoar o seu serviço. O *follow-up* também ocorre durante a primeira intervenção. O psicólogo pode periodicamente reavaliar os clientes em crise para garantir que eles estão a utilizar estratégias de *coping* adequadas e que estão a cumprir o plano de resolução da crise.

De uma forma geral o movimento através das quatro tarefas focadas segue uma ordem típica: contacto, restabelecimento do controlo, definição do problema e o *follow-up*. No entanto, porque as crises são por definição caóticas, existem situações que exigem que estas tarefas sejam realizadas por uma ordem diferente. Poderão existir situações que obriguem o psicólogo a visitar por diversas vezes estas tarefas.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilera, D. C. (1998). *Crisis intervention: Theory and methodology*. 8th ed., Saint Louis, MO: Mosby.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5*. Climepsi Editores.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal reconstructive therapy*. New York: Guilford.
- Beutler, L. S., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. Oxford: Oxford University Press.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14 (3), 135–138.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Brady, K. T. (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry*, 58(9), 12-5.
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V. A., Vishnevsky, T., & Danhauer, S. C. (2010). The Core Beliefs Inventory: A brief measure of disruption in the assumptive world. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 23, 19 –34.
- Caplan, G. (1961). *An approach to community mental health*. New York: Grune and Stratton.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth. A clinician's guide*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collins, B. C., & Collins, T. M. (2005). *Crisis and trauma: Developmental and ecological intervention*. Florence, KY: Wadsworth.
- Gist, R., Watson, P. J., & Elvander, E. (2012): *Curbside Manner: Stress First Aid for the Street*. Student Manual.
- Danieli, Y., Brom, D., & Sills, J. (2005). Sharing knowledge and shared care. In Danieli, Y., Brom, D., & Sills, J. (Eds.), *The Trauma of Terrorism*:

- Sharing Knowledge and Shared Care, An International Handbook*. New York: The Haworth Maltreatment and Trauma Press.
- DGS. Relatório de Saúde Mental (2013). Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>. Consultado em: 26 de Setembro de 2014.
- Everly, G., & Mitchell, J. (1999). *Critical incident stress management: A new era and standard of care in crisis intervention*. 2nd ed., Ellicott City, MD: Chevron Publishing.
- Echerling, L. S., Presbury, J. H., & McKee, J. E. (2005). *Crisis intervention: Promoting resilience and resolution in troubled times*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Fonseca, Cátia C. (2011). *Crescimento Pós-traumático: O impacto de falar sobre os aspectos positivos de uma experiência traumática*. Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Bucuvalas, M., & Kilpatrick, D. (2003). Trends of Probable Post-Traumatic Stress Disorder in New York City after the September 11 Terrorist Attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158, 6.
- Golan, N. (1978). *Treatment in crisis situations*. New York: Free Press.
- Greene, G. J., & Lee, Mo-Yee (2000). "How to work with clients strengths in crisis intervention: A solution-focused approach". In Roberts, A. R. (Ed.). *Crisis Intervention handbook – Assessment, Treatment and Research*. 4th ed., Oxford.
- Green, B.L. (1991). Evaluating the effects of disasters. *Psychological Assessment*, 3, 538-546.
- Greenstone, J. L., & Levitón, S. C. (2011). *Elements of crisis intervention: Crises and how to respond to them*. 3rd ed., Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Halligan, S. L., & Yehuda, R. (2000). Risk Factors for PTSD. *The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder*, 11 (3), 1-3.
- Hill (2009). Victimization, Resilience and Meaning-Making: Moving Forward in Strength. *Victims of Crime Research Digest*, Issue No. 2.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70, 283-315.
- Hoff, L. A. (2009) *People in crisis: Clinical and diversity perspectives*. 6th ed., New York, NY: Routledge.

- James, R. K. (2008). *Crisis intervention strategies*, 7th ed., Belmont, CA: Brooks/Cole.
- James, R. K., & Gilliland, B. E. (2012). *Crisis Intervention Strategies*. 7th ed., Cengage Advantage Books.
- Joseph, S. A., Yule, W., & Williams, R. (1994). The Herald of Free Enterprise disaster: The relationship of intrusion and avoidance to subsequent depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 115-117.
- Kanel, K. (2011). *A guide to crisis intervention*. 4th ed., Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Kleespies, P. M., & Richmond, S. (2009). "Evaluating behavioral emergencies: The clinical interview". In Kleespies, P. M. (Ed.). *Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization*. New York, NY: Guilford Press, 33-56..
- Leonhardt, J., & Vogt, J. (2006). *Critical Incident Stress Management in Aviation*. Ashgate Publishing Limited.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*. 101, 141-148.
- Lindstrom, C. M., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). The relationship of core belief challenge, rumination, disclosure, and socio-cultural elements to posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 50-55.
- McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehleres, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*. 4, 45-79.
- Myer, R. A., James, R. K., & Mouton, P. (2011). *This is not a fire drill: Crisis intervention and prevention on college campuses*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Myer, R. A., Lewis, J. S., & James, R. K., (2013). The Introduction of a Task Model for Crisis Intervention. *Journal of Mental Health Counseling*. Volume 35/Number 2I, 95-107.
- Norcross, J. C. (Ed.) (2002). *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Ommeren, M. van, Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (1), 71-77.

- OMS (2013). *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*.
- Ozer, E., Besr, S., Lipsey, T., & Weiss, D. (2003). Predictors of post traumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73.
- Pordata. “Acidentes de viação com vítimas, feridos e mortos”. Disponível em: www.pordata.pt/. Consultado em: 25 de Agosto de 2014.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2002). “Stages of change”. In Norcross, J. C. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: Oxford University Press, 303-313.
- Poseck, B. V., Baquero, B. C., & Jiménez, M. L. V. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Raphael, B. (2000). *Disaster mental health response handbook: An educational resource for mental health professionals involved in disaster management*. North Sydney: Centre for Mental Health and Parramatta: NSW Institute of Psychiatry.
- Rapoport, L. (1967). Crisis-Oriented Short-Term Casework. *Social Service Review*, 41, 31–43.
- RASI (2013). *Relatório Anual de Segurança Interna*. Ministério da Administração Interna.
- INEM. Relatório de Actividades do INEM (2013). Disponível em: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27790. Consultado em: 15 de Agosto de 2014.
- Roberts (2005). *Crisis Intervention Handbook: assessment, treatment, and research*. 3rd ed., Oxford University Press.
- Roberts, A. R. (1991). Conceptualizing crisis theory and the crisis intervention model. In Roberts, A. R. (Ed.). *Contemporary perspectives on crisis intervention and prevention*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 3-17.
- Rodriguez, P. D. A. (2008). *Resistencia, resiliencia y crecimiento postraumático: Elementos para una mirada comprensiva y constructiva de la respuesta al trauma*.
- Ruzek, J., Young, B., Cordova, M., & Flynn, B. (2004). Integration of Disaster Mental Health Services with Emergency Medicine. *Prehospital and Disaster Medicine*, 19 (1), 46-53.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. New York: Guilford.

- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1996). *Posttraumatic growth: Positive change in the aftermath of crisis*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- TENTS-TP (2008). *The European Network for Traumatic Stress*.
- UNISDR (2009). United Nations Office for Disaster Risk Reduction. *Global assessment report on disaster risk reduction*.
- Vasco, A. B., Santos, O., & Silva, F. (Março, 2003). *Psicoterapia sim!: Eficácia, efectividade e psicoterapeutas (em Portugal)*. Conferência proferida na Livraria Barata, no âmbito do ciclo de conferências “Encontros com a Psicologia ao Fim da Tarde,” realizado pela Associação Portuguesa de Psicologia, Lisboa.
- Vasco, A.B., & Conceição, N. (Junho, 2002). *Bordin, would you agree with yet another agreement?* Comunicação apresentada no 33.º Annual Meeting da Society for Psychotherapy Research, Santa Bárbara, Califórnia, EUA.
- Vasco, A. B., & Conceição, N. (Maio, 2003). *A Hardly Recognized Similarity in Psychotherapy: Temporal Sequence of Strategic Objectives*. Comunicação apresentada na “19.ª International Conference of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration”, Nova Iorque, USA.
- Vasco, A. B. (2006). Entre nuvens e relógios: Sequência temporal de objectivos estratégicos e integração em psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9-31.
- Vázquez, C., Castilla, C., & Hervás, G. (2008). Reacciones frente el trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Las Emociones Positivas*. Madrid: Pirámide, 375-392.
- Waters, J. A., & Finn, E. (1995). “Handling client crises effectively on the telephone”. In Roberts, A.R. (Ed.), *Crisis intervention and time-limited cognitive treatment*. Sage Publications, Inc., 251-289.
- Watson, P. (2014). *Psychological First Aid*. Comunicação apresentada em Lisboa.
- Williams, R. (2007). The psychosocial consequences for children of mass violence, terrorism and disasters. *International Review of Psychiatry*, 19(3), 263 – 277.
- Young, B., Ford, J., Ruzek, J., Friedman, M., & Gusman, F. (2001). *Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators*. California: The National Center for Post-traumatic Stress Disorder - Department of Veterans Affairs.

2

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA CRISE EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

No capítulo anterior foram abordados os princípios gerais e os modelos psicológicos de resposta à crise. Neste capítulo o objectivo é dar a conhecer as especificidades de algumas problemáticas e contextos na intervenção em crise.

2.1 INTERVENÇÃO NA CRISE SUICIDA

Márcio Pereira

“Suicidam-se diariamente em todo o mundo cerca de 3000 pessoas, uma a cada 40 segundos.”

OMS, 2014

Introdução

Segundo Durkheim, o suicídio pode definir-se como “todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia produzir esse resultado”.

Existem muitos termos na área da suicidologia que geram alguma confusão terminológica, como, por exemplo, tentativa de suicídio, automutilação, autolesão deliberada, gestos suicidas, pseudo-suicídio, suicídio simulado, para-suicídio, entre outros. Contudo, o comportamento suicida é classificado, com frequência, em quatro categorias diferentes: ideação suicida, intenção suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Apesar de existirem poucos dados disponíveis, alguns estudos clínicos e epidemiológicos sugerem a presença de uma possível progressão de severidade entre estas diferentes categorias. Assim, num dos extremos existe a ideação suicida (pensamentos de se matar) e no outro o suicídio consumado, com a intenção suicida (plano de suicídio já delineado) e a tentativa de suicídio entre aqueles.

Moreira (2008) propõe a seguinte nomenclatura:

A. Comportamentos Manipulativos

1. Ameaça Suicida
2. Comportamento Manipulativo
 - a. Sem autolesões
 - b. Com autolesões sem intenção suicida
 - c. Com final fatal (morte acidental por autolesão sem intenção suicida)

B. Intenção Indeterminada de Morrer por Suicídio

- a. Com/Sem autolesões (autolesão indeterminada/ambivalente)
- b. Com autolesões fatais (morte auto-infligida com intenção indeterminada/ambivalente)

C. Comportamentos e Pensamentos Suicidários

1. Ideação Suicida
 - a. Sem intenção suicida (transitória ou persistente)
 - b. Com pelo menos alguma intenção suicida (transitória ou persistente)
2. Comportamentos Suicidários
 - a. Para-suicídio

→ Comunicação Relacionada com o Suicídio (sem intenção suicida)

1. Sem autolesões
2. Com lesões sem intenção suicida
3. Com final fatal (morte acidental por autolesão sem intenção suicida)

b. Actos Suicidas

→ Comunicação Relacionada com o Suicídio (com pelo menos alguma intenção suicida) (plano suicida)

1. Sem autolesões (tentativas de suicídio)
2. Com autolesões (tentativas de suicídio)
3. Com final fatal (suicídio)

Na avaliação do risco suicida é importante considerar o grau de planeamento, os meios disponíveis e o suporte social, entre outros. Roberts (2005) propõe um fluxo de avaliação do risco suicida:

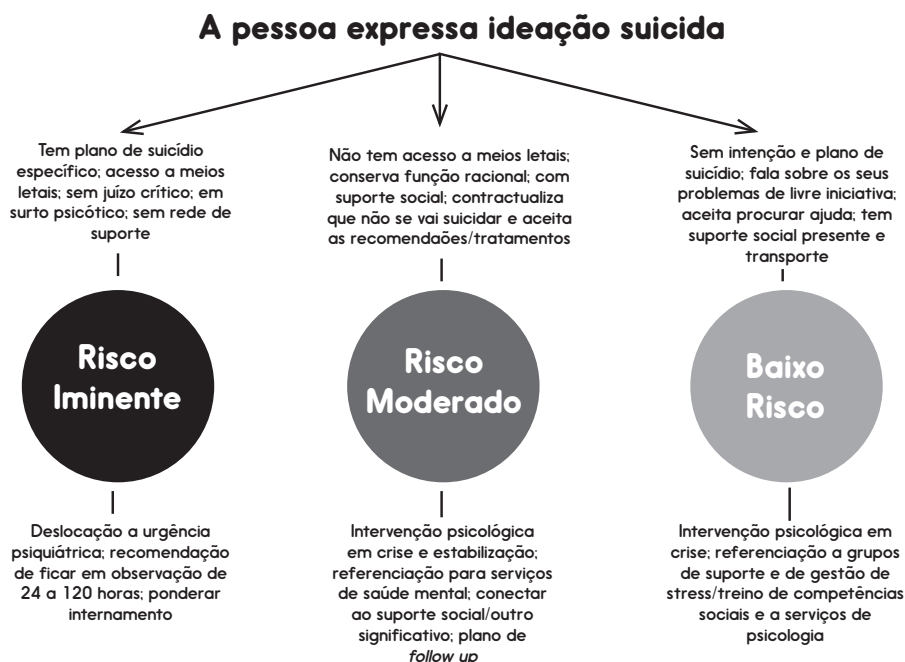


Figura 6 – Fluxo de avaliação do risco suicida de Roberts (2005)

Depois de ouvir a história da pessoa em crise e após várias perguntas-chave o psicólogo faz uma avaliação quanto à possibilidade do risco de suicídio. Se a pessoa tem um método letal (por exemplo, uma arma de fogo) prontamente disponível e um plano específico para o suicídio, ou se já havia tentado o suicídio, é considerada como tendo um elevado risco de suicídio. As pessoas avaliadas como de baixo risco apresentam frequentemente uma depressão, expressando pensamentos ambivalentes sobre o suicídio e não possuindo plano de suicídio.

Para uma melhor avaliação do risco suicida é importante pesquisar os factores de risco. De acordo com a Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2013), os factores de risco são “circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém cometer uma tentativa de suicídio ou, mesmo, suicidar-se”. Não é um único factor de risco ou protector que determina ou evita o acto suicida. Além disso, nem todos os factores são igualmente significativos em termos de previsão, por isso, devemos pensar neles em conjunto e enquadrá-los no contexto do indivíduo e da sua história biográfica (DGS, 2013).

A OMS (2012) propõe a existência de três categorias de factores de risco: individuais, socioculturais e situacionais descritos pela DGS (2013):

a) Individuais

- ➔ Idade. As taxas de suicídio tendem a aumentar com a idade, sendo que em Portugal cerca de 50% dos suicídios ocorrem após os 64 anos, com uma relativa estabilidade no sexo masculino.
- ➔ Sexo. Os indivíduos do sexo masculino têm um risco três vezes superior.
- ➔ Estado Civil. Pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas estão em maior risco.
- ➔ Profissão. Alguns grupos profissionais como os profissionais de saúde e os trabalhadores rurais têm taxas mais elevadas de suicídio.

- ➔ Residência Urbana/ Rural. Em Portugal os suicídios são mais frequentes em meio rural, sobretudo no sul do país, registando-se uma tendência para o aumento nos grandes centros urbanos.
- ➔ Comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio anteriores. A investigação mostra que os comportamentos autolesivos e as tentativas de suicídio prévias são dos mais significativos preditores de risco para o suicídio. Em muitos estudos publicados até 50% daqueles que morreram por suicídio fizeram, pelo menos, uma tentativa prévia.
- ➔ Perturbação mental. A existência de perturbação mental é o factor de risco mais importante para o suicídio. As perturbações com o risco associado mais elevado incluem: as perturbações do humor, perturbações psicóticas, perturbações de ansiedade, abuso e dependência de substâncias (no nosso país, o álcool em particular), e algumas perturbações da personalidade (perturbações estado-limite e anti-social). Segundo diversos estudos, cerca de 90% das pessoas que morrem por suicídio sofrem de perturbação mental.
- ➔ Resiliência e vulnerabilidades da personalidade. Os traços de personalidade, a capacidade para gerir a dor psicológica, as competências na resolução de problemas e as capacidades para utilizar os recursos internos e externos, são factores importantes que podem mitigar ou aumentar o risco de suicídio. Os traços frequentemente associados ao risco são a hostilidade, desamparo, dependência, rigidez e perfeccionismo. Elevados níveis de desesperança com ou sem depressão foram associados a um factor de risco elevado, assim como a impulsividade nas faixas mais jovens.
- ➔ Doenças Físicas. A doença física pode aumentar o risco, sobretudo se estiver associada a défices funcionais, alteração da imagem corporal, dor crónica, dependência de terceiros. As de maior risco são as doenças neurológicas, oncológicas, VIH/

SIDA e doença pulmonar crónica obstrutiva (DPCO).

- ➔ **História Familiar.** Vários factores da história familiar podem influenciar o risco de actos suicidas, sobretudo uma história de suicídio na família ou de perturbação mental. Podem estar relacionados com a influência do meio e/ou com factores genéticos. Violência, abuso físico ou sexual ou negligência familiar aumentam o risco.
- ➔ **Factores Neurobiológicos.** A investigação sugere a existência de uma relação entre os sistemas neurotransmissores envolvidos na depressão e no suicídio, mas também que os indivíduos que cometem suicídio poderão ter outras vulnerabilidades genéticas adicionais que aumentam o risco.

b) Factores Socioculturais

- ➔ **Estigma, valores culturais e atitudes.** A forma como a sociedade percepciona o suicídio tem um enorme impacto na prevenção. Há um estigma social que perpetua o desconhecimento e o medo. Em algumas culturas, ou grupos religiosos, o suicídio pode ser tolerado num contexto específico, tal como os suicídios em defesa da honra do próprio ou da sua família.
- ➔ **Isolamento Social.** O isolamento social está entre os principais factores de risco. Pode estar relacionado com factores geográficos como a desertificação, mas também ser o resultado de depressão, alcoolismo e vergonha. Perdas afectivas, divórcio, prisão, *bullying* e *mobbing* podem ser outros factores de risco.
- ➔ **Barreiras no acesso aos cuidados de saúde.** As barreiras podem ser financeiras, físicas, geográficas ou pessoais (o estigma associado a uma doença mental ou a uma minoria étnica ou sexual dificulta a procura dos cuidados de saúde).
- ➔ **Influência dos Média.** Os média podem contribuir para a prevenção dos comportamentos suicidas, pela forma e pelo conteúdo das notícias que divulgam.

c) Factores Situacionais

- ➔ Desemprego. Existem fortes associações entre as taxas de desemprego e as taxas de suicídio, mas a natureza destas é complexa. Os efeitos do desemprego são mediados por factores como a pobreza, baixa do nível social, dificuldades domésticas e desesperança, entre outros.
- ➔ Acesso a meios letais. Os métodos utilizados por quem pensa suicidar-se dependem muitas vezes da disponibilidade dos meios. Meios letais de acesso fácil como os pesticidas, armas de fogo e medicamentos, ou locais e edifícios potencialmente perigosos não protegidos, aumentam a probabilidade de suicídio.
- ➔ Acontecimentos de vida negativos recentes. Divórcio, viuvez, perdas relacionais significativas, perda de estatuto socioeconómico, abuso sexual ou físico e violência doméstica.

Outro aspecto importante na avaliação do risco suicida é o método escolhido. O método escolhido depende muitas vezes dos meios acessíveis no domicílio ou da envolvente ecológica, daí que em zonas rurais seja muito comum o método do envenenamento (nomeadamente por organofosforados habitualmente presentes em pesticidas), do enforcamento ou afogamento (em poços de água). Existem, contudo, diversos métodos utilizados, como a precipitação de locais altos, a imolação, o atropelamento (ou trucidção por comboio), a electrocussão, a utilização de armas brancas ou de fogo e as intoxicações medicamentosas, entre outras.

Para a intervenção Granello (2010) propõe as seguintes estratégias baseadas no modelo de Roberts (2005):

Primeiro passo: avaliar a letalidade

1. Garantir a segurança imediata – As pessoas em crise suicida nunca devem ser deixadas sozinhas, nem mesmo para fazer um telefonema, pois o suicídio pode acontecer rapidamente. Não deve transpor-

tar uma pessoa com elevada intenção suicida no seu carro, a pessoa pode saltar do carro ou agarrar o volante e provocar um acidente.

2. Utilizar planos existentes de emergência para o suicídio

– Todos os psicólogos que trabalham com clientes com alto risco de suicídio devem ter um conjunto planeado de passos para determinar as acções e decisões em cada ponto durante uma emergência. Se um cliente apresenta comportamentos que podem resultar em ferimentos graves ou morte, os psicólogos devem invocar o imperativo ético do dever de proteger o valor da vida.

Segundo passo: estabelecer a relação de confiança

3. Ficar com o cliente

– Se já existir uma relação de trabalho prévia é importante que o psicólogo acompanhe a pessoa e dê informação a outros profissionais de saúde mental em caso de necessidade.

4. Gerir a contratransferência

– Clientes suicidas são susceptíveis de provocar uma forte reacção emocional nos psicólogos, incluindo medo, ansiedade, raiva, impotência, defensividade, super-protecção ou resignação.

5. Normalizar o tema

– É importante manter a calma e expressar empatia para com o desespero que levou o cliente a considerar o suicídio. Normalizar o tópico pode ajudar o cliente a sentir-se seguro. Contudo, o comportamento suicida nunca deve ser enquadrado como normal, deve sim ser transmitido que os pensamentos suicidas são relativamente comuns. Por exemplo, mais de 1 em cada 5 adultos e 1 em 3 adolescentes já consideraram seriamente o suicídio (Harris Interactive, 2003).

6. Transmitir calma através de frases curtas e declarativas

– Muitas das competências de aconselhamento que são comuns a todas as intervenções de crise são apropriados para estes clientes também. Por exemplo, é importante falar lentamente e com calma, recorrendo a frases curtas, onde o tom da voz desce no final das frases.

7. Promover uma abordagem colaborativa

– É recomendada uma abordagem colaborativa em que o psicólogo e o cliente trabalham

em conjunto. Por outras palavras, o cliente é o especialista sobre a sua própria experiência e deve estar envolvido como um colaborador activo no cuidado. Pequenas alterações, como reorganizar as cadeiras de forma a estarem sentados lado a lado durante a avaliação e intervenção, podem transmitir a mensagem de colaboração.

8. Apoiar a decisão de procurar ajuda – O psicólogo deverá elogiar as tentativas de procurar ajuda. O elogio não deve soar a oco, mas deverá estar enraizado numa profunda e genuína crença que a procura de ajuda é uma boa decisão.

Terceiro Passo: **ouvir a história**

9. Escutar, compreender e validar – O psicólogo deverá escutar a história e transmitir profunda compreensão do significado por detrás da intenção suicida, e validar a intensa dor psicológica do cliente. A distinção do que é para validar é importante. O psicólogo não deve validar o suicídio como uma opção, mas deve, em sua vez, validar que o cliente acredita que o suicídio é a única opção. Por exemplo, o psicólogo pode dizer: “Eu compreendo que se sente esmagado pela situação e entendo que, do seu ponto de vista, não vê nenhuma saída sem ser o suicídio. É claro, para mim, que está numa profunda dor psicológica e que sente simplesmente que não consegue enfrentar mais um dia”.

10. Abrandar o discurso do cliente – Os psicólogos devem transmitir que existe tempo para falarem sobre os aspectos necessários e usar a comunicação não verbal para transmitir uma sensação de calma. Por exemplo, o psicólogo pode dizer: “Não tem que se apressar com a sua história. Eu vou ouvir. Respire fundo e diga-me o que está a acontecer”.

11. Criar uma janela terapêutica – Esta estratégia é utilizada para ganhar tempo para a estabilização da crise. Os clientes suicidas podem sentir que a ideação suicida os está a vencer e que estão esmagados pela pressão para passar rapidamente ao suicídio. Os psicólogos, por sua vez, sentem-se muitas vezes pressionados a fornecer soluções

imediatas quando os clientes falam sobre planos iminentes de suicídio. Ajudar os clientes a distanciarem-se do suicídio transmite a mensagem de que, se o suicídio é realmente a única solução para esta crise, ele ainda estará disponível para o cliente mais tarde, não tem que acontecer naquele momento.

A boa notícia é que as emergências suicidas são autolimitadas. Poucos indivíduos conseguem manter um estado de crise aguda por mais de 24-48 horas sem entrar num período de exaustão emocional adaptativa (Chiles & Strosahl, 2005). Isso significa que ganhar algum tempo pode ajudar os clientes a ultrapassar a crise suicida.

12. Categorizar os problemas – Os clientes suicidas têm problemas proximais e distais e factores de risco. Alguns problemas do cliente e vulnerabilidades psicológicas (por exemplo, perturbações de humor, perturbações de personalidade, história de tentativas de suicídio) estão muito além do objectivo do primeiro nível de intervenção em crise. Outros problemas, no entanto, podem ser mais facilmente resolvidos. Como psicólogo, ao ouvir as histórias dos clientes, devem diferenciar os problemas que podem ser resolvidos no imediato dos que necessitam de aconselhamento a longo prazo. Isso permite que existam alguns sucessos rápidos, reforçando a crença do cliente de que pelo menos alguns dos seus problemas podem ser resolvidos, aumentando a sua auto-eficácia.

13. Identificar a mensagem – Existem tantos motivos para o suicídio quanto indivíduos suicidas. Descobrir a mensagem é fundamental porque vai determinar, em grande parte, a intervenção. Embora existam muitas explicações para o que leva a pessoa a querer morrer, a maioria pode ser agrupada em três grandes categorias: comunicação, controlo ou evitamento. Para algumas pessoas, ameaças de suicídio e tentativas são uma forma de comunicar aos outros o quão insuportável é a sua dor psicológica (Nock & Kessler, 2006); quando os métodos convencionais de comunicação se tornam menos eficazes, as ameaças e comportamentos suicidas podem aumentar (Bonnar & McGee, 1977). Para outros, o suicídio é uma maneira de controlar o seu pró-

prio destino e controlar as acções de outras pessoas através de tentativas de suicídio ou de ameaças. Finalmente, para alguns ter que enfrentar a intensa (e, na sua percepção, inalterável) dor de uma situação presente ou a dor antecipada de um evento futuro, o suicídio é visto como uma forma de evitar esse destino (Shneidman, 1981). Compreender o significado do suicídio para o cliente pode ser extremamente útil no planeamento de intervenções apropriadas.

Passo Quatro: Lidar com os sentimentos

14. Incentivar a ventilação emocional – Permitir que os indivíduos possam expressar as suas emoções num lugar seguro sem receio de serem julgados pode ajudar os clientes suicidas a lidarem com os seus sentimentos. Os clientes podem dizer: “Eu tenho medo, se eu começar a chorar, não vou conseguir parar” ou “Estou com tanta raiva que sinto como se a minha cabeça fosse explodir. Note-se que o objectivo não é a escalada emocional. Frases do psicólogo, como “Eu sei que se sente esmagado; este é um lugar seguro para falar sobre isso”, podem ser particularmente úteis. A expressão emocional é uma forma de auto-revelação que tem sido associada à redução da ideação suicida (Apter *et al.*, 2001). Apesar de a ventilação emocional normalmente não ser suficiente, parece ser fundamental para a gestão de uma crise suicida.

15. Reconhecer a psychache. Edwin Shneidman, o pai da suicidologia, criou o termo *psychache* para a dor psicológica extrema da pessoa suicida. Chiles & Strosahl (2005) afirmam que, subjacente a uma crise suicida, existe uma “dor emocional ou física que [a pessoa acredita que] é intolerável, inescapável e interminável” (p. 63). Os psicólogos devem reconhecer que o desespero emocional é insuportável. Qualquer expressão que o cliente possa entender como invalidante dessa dor pode levar a uma escalada. Se a dor não for reconhecida, os clientes podem pensar: “Não entende o quão mal eu realmente me sinto. Deixe-me mostrar-lhe.”

16. Ensinar a tolerância às emoções negativas – Através de ventilação emocional e do reconhecimento da *psychache*, os psicólogos enviam uma mensagem importante: o objectivo da intervenção não é livrarem-se de todos os pensamentos ou sentimentos perturbadores, mas sim ensinar o cliente a “dar-lhes espaço e fazer o que necessita de ser feito para seguir com a vida” (Chiles & Strosahl, 2005, p. 117). Não há nenhuma razão para esperar até que todas as emoções negativas desapareçam para só depois iniciar a mudança. De facto, avançar com alterações na vida na presença de emoções negativas reforça nos clientes que são resilientes e que podem aprender a tolerar as emoções negativas.

Quinto passo: **Explorar alternativas**

17. Minimizar a luta pelo poder – Os clientes têm o poder de se matar. Negar esta realidade é fútil. Em quase toda a exploração de alternativas, os comentários do psicólogo podem provocar um indivíduo, que é ambivalente sobre o suicídio, a extremar a sua posição. Por exemplo, se o psicólogo disser: “Eu queria que não se matasse”, o cliente pode ser quase forçado a dizer: “Mas aqui estão as razões pelas quais eu deveria matar-me”. Se o psicólogo disser: “Vamos ver se podemos pensar em algumas alternativas”, o cliente irá inevitavelmente dizer: “Eu já pensei em tudo, não existe uma resposta, excepto o suicídio”. Por outras palavras, dada a dinâmica da intervenção, uma vez que uma pessoa assume uma posição de um lado da questão (contra o suicídio), a pessoa ambivalente pode ser forçada a tomar o outro lado (a favor). Assim, uma pessoa que está ambivalente sobre o suicídio pode ser movida para uma posição de defendê-lo.

18. Promover a resolução de problemas – Os psicólogos podem ajudar os clientes a reenquadrar a crise suicida, tornando claras as ligações entre as tentativas de resolução de problemas que não foram eficazes e os pensamentos e comportamentos suicidas. Os clientes podem ver o suicídio como uma solução (embora não muito boa) e não como um problema. A resolução de problemas de

forma eficaz inclui (a) identificação de um problema; (b) a identificação de soluções ou estratégias alternativas; (c) a avaliação do resultado provável das alternativas; (d) a selecção de uma técnica de resolução de problemas específica e a formulação de um plano; e (e) a execução da estratégia e avaliação da sua eficácia (Chiles & Strosahl, 2005).

19. Promover o apoio social – Pessoas suicidas são muitas vezes solitárias ou estão isoladas e perderam ou nunca tiveram a capacidade de se ligar à sua rede social de apoio. Os clientes devem ser incentivados a fazer listas de pessoas de apoio e explorar plenamente a sua rede de apoio social para uma possível assistência. É importante que os psicólogos não façam suposições sobre a rede de apoio. Alguns membros da família podem fornecer um excelente suporte, enquanto outros poderão agravar a situação. Os clientes devem ser encorajados a considerar quem ou que instituições possam estar disponíveis em diferentes momentos.

20. Restabelecer a Esperança – Muitas vezes o núcleo do suicídio é a desesperança (Shneidman, 1981). Encontrar formas de restaurar a esperança é fundamental para todas as intervenções com clientes suicidas e é uma meta, tanto na fase de intervenção imediata como na psicoterapia de longo prazo (Ellis, 2001). Jobes (2006) observou que os conselheiros devem ser “vendedores de esperança” para os clientes (p. 50). Mensagens que ajudam a incutir esperança podem ser: “Eu vejo que se está a sentir sem esperança, contudo, do meu ponto de vista, eu não acredito que a situação não tenha solução” ou “Tenho esperança de que haja uma saída diferente ao suicídio. Acredito que se nós trabalharmos juntos vamos descobrir”.

21. Ajudar o cliente a vislumbrar possibilidades e a desenvolver resiliência – Quando os indivíduos suicidas estão ambivalentes, há pelo menos algumas razões pelas quais se querem manter vivos. O “trabalho é encontrar a centelha de vida que trouxe a pessoa até aquele momento e reforçá-la” (Chiles & Strosahl, 2005, p. 29).

Sexto passo: **Utilizar estratégias comportamentais**

22. Projecto a curto prazo e plano positivo de acção – Uma parte do plano é a gestão comportamental de curto prazo. Este plano aborda as acções que precisam de ser efectuadas nos dias seguintes para ajudar o cliente na resolução de problemas. Um bom plano é concreto, detalhado e dentro da capacidade do cliente (Chiles & Strosahl, 2005). O objectivo é criar pequenos passos que podem ter um grande impacto na qualidade da vida do cliente, em vez de tentar fazer grandes mudanças. É fundamental que as etapas do plano sejam exequíveis para o cliente, porque a incapacidade de concluir o plano de acção pode tornar-se mais um fracasso. Duas perguntas-chave são: (1) “Se fosse capaz de fazer X nos próximos dias, veria isso como um sinal de progresso?” e (2) “Acha que X é algo que pode realmente fazer nos próximos dias, dada a forma como se está a sentir?” (Chiles & Strosahl, 2005, p. 181).

23. Utilizar um plano de segurança – Os planos de segurança devem ser escritos e normalmente incluem nomes e números de contacto de pessoas de apoio que o indivíduo se comprometeu a chamar, se necessário. O plano de segurança deve incluir um lembrete de que chamar o 112 é uma opção se o indivíduo acredita que está em risco imediato de se poder suicidar. Os clientes podem ser convidados a imaginar obstáculos que poderão encontrar no caminho da execução do plano de segurança e juntos, o psicólogo e o cliente, devem ensaiar estratégias para superar esses obstáculos (Chiles & Strosahl, 2005). Um plano de segurança é essencial para todas as pessoas potencialmente suicidas.

Passo Sete: **Acompanhamento**

24. Garantir a qualidade dos cuidados de follow-up – Uma única pessoa deve assumir a responsabilidade pelos cuidados de *follow-up*, coordenando o tratamento e a monitorização da avaliação de risco.

25. Avaliar a intervenção para a aprendizagem futura de forma a melhorar a intervenção – Depois de trabalhar com um cliente em crise suicida, existe oportunidade para que o psicólogo possa avaliar as estratégias de intervenção utilizadas e fazer alterações para o futuro. A avaliação posterior sincera pode dar importantes *insights* sobre a melhor forma de intervir com futuros clientes suicidas.

Os peritos em suicidologia acreditam que a maioria dos indivíduos suicidas não querem realmente morrer, contudo, não conseguem imaginar continuar a viver com o seu estado permanente de sofrimento psicológico (Granello & Granello, 2007). De facto, as crises suicidas são tipicamente o resultado de um estado temporário, reversível e ambivalente (Stillion & McDowell, 1996), sendo que a intervenção com suicidas é baseada na premissa que, se eficazmente gerida, a crise suicida pode não ser fatal.

Na intervenção e negociação na crise suicida é importante não criticar ou julgar a escolha do suicida, mas sim validar que é compreensível que seja legítimo que pense nessa opção se não vê mais nenhuma forma de acabar com o sofrimento sem ser morrer. No entanto, é importante referir imediatamente a seguir que podem existir formas de minorar ou acabar com o sofrimento que ainda não foram tentadas: “E se existir uma forma de acabar com o sofrimento sem ter de morrer?”.

Na negociação em suicídio recorro muitas vezes à imagem mental de um bloco de *post-its*, em que cada folha do bloco é um recurso existente e que quanto maior for o bloco mais protegida está a pessoa. Quem está no limiar de cometer uma tentativa de suicídio apenas tem a última folha do bloco que indica que “se não conseguir acabar com o sofrimento, a última forma de controlo sobre a minha vida e sobre o sofrimento é matar-me”. O trabalho em torno da negociação é tentar, em conjunto com o suicida, encontrar formas ainda não tentadas de diminuir /acabar com o sofrimento, isto é, de encontrar outros *post-its* para colar por cima do único que lhe resta.

Vamos ver um exemplo prático de negociação numa tentativa de suicídio, seguindo as fases do modelo de Roberts. O sr. J. de 25 anos trancou-se no seu apartamento, que se situa no 5.º andar, e estava em pé no parapeito da varanda muito agitado. Um popular que o conhecia disse que o Jorge tinha um historial de consumo de drogas ilícitas. Já tinham tentado falar com ele mas não respondia ou dizia que não queria falar.

1 - Planear a intervenção e avaliar a crise

Recolha de informação: Quem?, O quê?, Como?, Informação que se sabe, O que já foi tentado?

- Quem: J., 25 anos.
- O que já foi tentado: um bombeiro tentou falar com ele; ele disse que não queria falar com ninguém.
- Outras informações: aparenta um quadro de consumos, está em pé no parapeito da varanda há 1 hora.
- Avaliação da letalidade:
- Grau do risco: risco iminente.

2 - Primeiro Contacto / Estabelecimento de Relação

Oferecer ajuda e questionar a aproximação:

- “O meu nome é... sou psicólogo e estou aqui para ajudar.”
- “Posso ir para a janela da vizinha do lado para falar consigo? Prometo que não vou tentar agarrá-lo.” Sr. J. : “Sim, pode vir, mas sozinho.”

Falar sempre calmamente, ser empático, responsivo e fornecer suporte.

- Atenção à linguagem verbal e não verbal.
- Iniciar o diálogo com questões simples, concretas e factuais.
- É de extrema importância a não limitação de tempo para estar com a vítima. Deve ser garantida uma total disponibilidade.

Negociar a segurança

- “Sei que já está aí em pé há 1 hora. Tenho receio que possa estar a ficar cansado e que caia mesmo sem querer. Pode sentar-se enquanto falamos?”

3 - Identificação dos problemas

Identificar os problemas

- Quais os problemas gerais? Sr. J. : Não tem trabalho, história de consumos de heroína.

Identificar o problema precipitante

- Qual o problema precipitante? Qual foi a “última gota” e o que já foi feito para tentar resolver? Sr. J. : Suspeita de tumor. Ainda não realizou exames de confirmação.

Identificar as variáveis de risco, no caso do sr. J. :

- Tinha história familiar de suicídio (avô);
- Tentativas de suicídio anteriores (por intoxicação medicamentosa com álcool);
- Estado emocional alterado;
- Isolamento e recusa inicial em falar;
- Mensagem de despedida (deixou carta de despedida à companheira);
- Perdas recentes significativas (mãe tinha falecido há 6 meses);
- Consumo de álcool (estava etilizado).

4 - Lidar com os sentimentos e com as emoções

Permitir e encorajar a partilha de sentimentos

- A pessoa suicida procura fundamentalmente escapar da imensurável dor psicológica. **“E se conseguirmos acabar com a dor sem ter de morrer?”**
- É adequado permitir que a pessoa chore, grite ou blasfeme – a pessoa ao ventilar as emoções está a diminuir o impulso de cometer suicídio, pelo que, por vezes, a negociação também

tem como objectivo ganhar tempo e diminuir o impulso do suicídio.

- Dizer que o sofrimento pelo qual a pessoa está a passar é avassalador e, como tal, é importante a ajuda profissional.

5 - Gerar e explorar alternativas

Explorar alternativas

- Explorar alternativas para aliviar o sofrimento. “Não sabe se tem um tumor, pelo que posso ajudá-lo a perceber o seu estado de saúde e podemos ir ao hospital”.
- “E se conseguíssemos colocá-lo a dormir durante algum tempo, de forma a não sofrer?”.

Explorar mecanismos de *coping* passados

- Já se sentiu tão mal como hoje? O que o ajudou? Sr. J. : “Houve um dia em que se não fosse o meu pai eu tinha-me suicidado”.

Recursos e escalada

- “Tem filhos?” Sr. J. : “Tenho uma menina de 6 anos que ficará melhor sem mim.”.
- “Quero que saiba que ao cometer o suicídio estará a aumentar a probabilidade de a sua filha também se suicidar” – o suicida quer acabar com o seu sofrimento e não majorar o sofrimento ou risco dos filhos, pelo que esta informação poderá dar força ao lado que ainda quer viver.

6 - Desenvolver e formular um plano de acção

Iniciar a negociação com vista o encaminhamento ao hospital.

- “Ninguém o pode impedir de morrer, se for essa a sua escolha, contudo, é a única solução que é irreversível...”; “...podemos tentar ainda outras soluções... percebi que a última gota foi a suspeita de um tumor, e se não tiver um tumor? Eu acompanho-o ao hospital e falamos com o médico...”. O sr. J. aceitou e

foi transportado de ambulância.

- Sensibilizar para a necessidade de ajuda especializada.

7 - Estabelecimento do plano de *Follow-up*

Plano de *Follow-up*

- O *timing* para a realização do *follow-up* varia em função da situação.
- No *follow-up* deve avaliar-se a sintomatologia e as estratégias de *coping* utilizadas.
- O sr. J. ficou internado um mês em psiquiatria. Os exames não confirmaram nenhum tumor.

A intervenção em comportamentos suicidários apresenta-se como das mais difíceis para os profissionais de saúde mental. Os profissionais de saúde mental que já intervieram com um cliente com intenção suicida descrevem o episódio como “o evento mais profundamente perturbador das suas carreiras profissionais” (Hendin *et al.*, 2000). Torna-se crucial que os profissionais de saúde mental tenham na sua formação modelos de intervenção na crise que os ajudem a planear e a dirigir a intervenção, para que mesmo no pior cenário – após a intervenção a pessoa cometa o suicídio – exista a sensação de que foi feito tudo o que havia a fazer, que foi seguido um protocolo. Da mesma forma que um médico não consegue reverter todas as paragens cardiorrespiratórias, também os profissionais de saúde mental, apesar da sua dedicação, não conseguem evitar, por vezes, a morte de alguém, e nesses momentos é importante recordar que a responsabilidade última é sempre da pessoa cuja “opção” final foi a morte, como forma de deixar de sofrer.

BIBLIOGRAFIA

- Apter, A., Horesh, D., Gothelf, D., Graffi, H., & Lepkiflcer, E. (2001). Relationship between selfdisclosure and serious suicidal behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 70-75.
- Bonnar, J. W., & McGee, R. K. (1977). Suicidal behavior as a form of communication in married couples. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 7, 7-16.
- Chiles, J. A., & Strosahl, K. D. (2005). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- DGS (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*.
- Ellis, T. (2001). "Psychotherapy with suicidal patients". In Lester, D. (Ed). *Suicide prevention: Resources for the millennium*. New York: Brunner-Routledge, 129-152.
- Granello, D. H., & Granello, P. F. (2007). *Suicide: An essential guide for helping professionals and educators*. Boston: Allyn & Bacon.
- Granello, D. (2010). A Suicide Crisis Intervention Model with 25 Practical Strategies for Implementation. *Journal of Mental Health Counseling*, Volume 32/Number 3.
- Harris Interactive. (2003). *Seven percent of U.S. adults say they have attempted to commit suicide*. Disponível em: <http://www.prnewswire.com/news-releases/seven-percent-of-us-adults-say-they-have-attempted-to-commit-suicide-55563977.html>. Consultado em: 12 de Setembro de 2015.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltsberger, J. T, Haas, A. P., & Wynecoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157, 2022-2027.
- Jobes, D. A. (2006). *Managing suicidal risk: A collaborative approach*. New York: Guilford.
- Maris, R. W., Bermann, A. L., & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York, USA: The Guildford Press.
- Moreira, N. A. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 5, 616-623.
- OMS (2014). *First WHO report on suicide prevention*.

- OMS (2012). *Public Health Action for the Prevention of Suicide*.
- Roberts (2005). *Crisis Intervention Handbook: assessment, treatment, and research*. 3rd ed., Oxford University Press.
- Shneidman, E. S. (1981). Psychotherapy with suicidal patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, II, 341v359.
- Stillion, J. M., & McDowell, E. E. (1996). *Suicide across the lifespan: Premature exits*. 2nd ed., Washington, DC: Taylor & Francis.

2.2 INTERVENÇÃO NO LUTO E COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Márcio Pereira

“Todas as decepções são secundárias. O único mal irreparável é o desaparecimento físico de alguém que amamos.”

ROMAIN ROLLAND

Face à perda significativa de um ente querido, inicia-se um processo necessário e fundamental para que o vazio deixado possa, com o tempo, voltar a ser preenchido. Esse processo é denominado de luto e consiste numa adaptação à perda, envolvendo uma série de tarefas ou fases (em função de cada teoria ou autor) para que tal aconteça. As perdas de pessoas significativas são as mais difíceis de ultrapassar e, por isso, podem ser acompanhadas das seguintes reacções normais (Worden, 1991):

A. Emocionais:

- ➔ **Tristeza.** O sentimento mais frequentemente encontrado no enlutado, muitas vezes manifestando-se através do choro;
- ➔ **Raiva.** Um dos sentimentos mais confusos para o sobrevivente, estando na raiz de muitos problemas no processo de sofrimento após a perda. A raiva advém de duas fontes: da sensação de frustração por não haver nada que se possa fazer

para prevenir a morte; e de um tipo de experiência regressiva que ocorre após a perda de alguém próximo (semelhante ao que acontece quando uma criança se perde da mãe e no reencontro pontapeia-a e mostra-se zangada em vez de se mostrar feliz e de ter uma reacção de amor por vê-la, devido à ansiedade e ao pânico sentidos antes de a mãe a encontrar) em que a pessoa se sente indefesa, incapaz de existir sem o outro e experimenta a raiva que acompanha estes sentimentos de ansiedade. Formas ineficazes de lidar com a raiva são deslocá-la ou direccioná-la erradamente para outras pessoas, culpabilizando-as pela morte do ente querido ou virá-la contra o próprio, podendo, no extremo, desenvolver comportamentos suicidas;

- **Culpa.** Normalmente, e principalmente no início do processo de luto, há um sentimento de culpa por não se ter sido suficientemente bondoso, por não se ter levado a pessoa mais cedo para o hospital, etc.; na maior parte das vezes, a culpa é irracional e irá desaparecer através do teste com a realidade;
- **Ansiedade.** Pode variar de uma ligeira sensação de insegurança até um forte ataque de pânico, e quanto mais intensa e persistente for a ansiedade mais sugere uma reacção de sofrimento patológica. A ansiedade surge de duas fontes: de o sobrevivente temer ser incapaz de tomar conta dele próprio sozinho e de uma sensação aumentada da consciência da mortalidade do próprio;
- **Solidão.** Sentimento frequentemente expressado pelos sobreviventes, particularmente aqueles que perderam os seus cônjuges e que estavam habituados a uma relação próxima no dia-a-dia;
- **Fadiga.** Pode, por vezes, ser experimentado como apatia ou indiferença; um elevado nível de fadiga pode ser surpreendente e angustiante para uma pessoa que é normalmente muito activa;

- **Desamparo.** Está frequentemente presente na fase inicial da perda;
- **Choque.** Ocorre mais frequentemente no caso de morte inesperada, mas também pode existir em casos cuja morte era previsível;
- **Emancipação.** A libertação pode ser um sentimento positivo após a perda, como, por exemplo, no caso de uma jovem que perde o seu pai que era um verdadeiro tirano e a oprimia por completo;
- **Embotamento.** Algumas pessoas relatam uma ausência de sentimentos; após a perda, sentem-se entorpecidas. É habitual que ocorra no início do processo de sofrimento, logo após tomar conhecimento da morte e pode ser uma reacção saudável bloquear inicialmente as sensações como uma espécie de defesa contra o que de outra forma seria uma dor esmagadora e insuportável.

B. Sensações Físicas:

- Vazio no estômago;
- Aperto no peito;
- Nó na garganta;
- Hipersensibilidade ao barulho;
- Sensação de falta de ar;
- Fraqueza muscular, astenia;
- Falta de energia;
- Boca seca.

C. Cognitiones:

- Descrença e negação (não acreditar na morte assim que se ouve a notícia);
- Confusão (pensamento confuso, não conseguindo ordenar os pensamentos; dificuldade de concentração ou esquecimento);
- Preocupação (obsessão com pensamentos acerca do falecido);

- Sensação de presença (parte cognitiva do sentimento de anseio);
- Ilusões (visuais e auditivas, são uma experiência frequente nos enlutados; são normalmente experiências ilusórias passageiras, que ocorrem habitualmente após poucas semanas da perda).

D. Comportamentos:

- Distúrbios do sono (insónias);
- Distúrbios do apetite (normalmente há uma redução, mas também pode haver um aumento do apetite);
- Comportamentos de distração (“andar aéreo”);
- Isolamento social;
- Evitamento de lembranças da pessoa falecida;
- Procurar e chamar pelo ente perdido;
- Agitação psicomotora;
- Choro;
- Visitar sítios ou transportar consigo objectos que lembrem a pessoa falecida;
- Guardar objectos que pertenciam à pessoa falecida.

De acordo com Kubler-Ross (1969) o processo de luto possui as seguintes etapas: a) negação, b) raiva, c) negociação, d) depressão, e e) aceitação. A primeira reacção é a negação dos factos (“Não é possível que ele tenha morrido, ainda há pouco falei com ele.”). À medida que a negação vai desaparecendo é substituída por sentimentos de raiva (“Porquê a ele? Porquê a nós?”). Perante os sentimentos de impotência e zanga surge a negociação, muitas vezes sob a forma de promessas a entidades divinas. Perante a impossibilidade de o ente querido voltar, a depressão instala-se caracterizada por uma tristeza acentuada conduzindo progressivamente à aceitação na qual os sentimentos de zanga e de tristeza profunda estão resolvidos.

Worden (1991) identifica 4 tarefas essenciais no processo de luto que têm de ser concretizadas para que se restabeleça o equilíbrio e para o processo de luto ficar completo:

- **Aceitar a realidade da perda.** O permanecer nesta tarefa pode dever-se a não acreditar na perda através de um determinado tipo de negação (Dorpat, 1973, cit. por Worden, 1991):
- **Factos da perda** - negar os factos da perda pode variar em grau desde uma ligeira distorção até um delírio em larga escala. Um exemplo bizarro de negação através de delírio são os casos raros em que o enlutado mantém o corpo do falecido em casa durante vários dias, antes de notificar alguém acerca da morte. Estas pessoas sofrem, na grande maioria, de psicoticismo, excentricidade ou isolamento (Gardiner & Pritchard, cit. por Wolden, 1991). O que acontece mais frequentemente é a pessoa passar por uma “mumificação” (Gorer, 1965, cit. por Wolden, 1991), isto é, reter os bens materiais do falecido e mantê-los tal como estavam para quando o falecido “regressar”.
- **Significado da perda** - outra forma de as pessoas se protegerem da realidade é negarem o significado da perda, permitindo que a perda aparente ser menos significativa do que na realidade é. Exemplos comuns são afirmações como “Ele não era um bom pai” ou “Não éramos assim tão chegados” e deitar os pertences que lembram o falecido fora, actuando de forma oposta à “mumificação”, sendo a intenção minimizar a perda. O esquecimento selectivo é outra forma de negar a realidade da perda, sendo o esquecimento de bons momentos ou da cara do falecido alguns exemplos.
- **Irreversibilidade da perda** - algumas pessoas impedem a finalização desta tarefa negando que a morte é irreversí-

vel. Uma estratégia utilizada para negar a finalidade da morte é o espiritualismo. A esperança de reunião com a pessoa morta é o sentimento normal, principalmente nos primeiros dias e semanas após a perda. Contudo, a esperança crónica por tal reunião ultrapassa os parâmetros da normalidade.

- Chegar a uma aceitação da perda leva tempo, pois envolve não só uma aceitação intelectual, mas também emocional, sendo esta última mais morosa. A crença e a descrença alternam enquanto se permanece nesta tarefa. Apesar de levar inevitavelmente tempo, os rituais tradicionais, como o funeral, ajudam muitos enlutados a avançarem na aceitação da perda.

- **Elaborar a dor da perda.** A pessoa em luto tem que passar pela dor causada pela perda e permitir ao enlutado evitar ou suprimir essa dor irá muito provavelmente prolongar o processo de luto (Parkes, 1972, cit. por Worden, 1991). A negação desta segunda tarefa é o não sentir. As pessoas podem boicotar esta tarefa de várias maneiras, sendo a mais comum cortar com os sentimentos e negar a dor que está presente. Outras formas possíveis são procedimentos para parar o pensamento, idealizar o falecido, evitar coisas que lembrem o falecido e recorrer ao álcool ou a estupefacientes. Certas pessoas não compreendem a necessidade de experienciarem a dor do sofrimento e tentam a cura geográfica, ou seja, viajam de sítio para sítio, tentando encontrar algum alívio das suas emoções, em vez de se permitirem sentir a dor, e saberem que um dia ela passará. De acordo com Bowlby (1980, cit. por Worden, 1991), mais cedo ou mais tarde, a maioria dos indivíduos que evita o sofrimento consciente acabam por colapsar normalmente nalguma forma de depressão.

→ **Ajustar-se a um ambiente em que o falecido está ausente.** Ajustar-se a um novo ambiente tem diferentes significados para diferentes pessoas, dependendo da relação que se tinha com a pessoa falecida e os vários papéis que ela desempenhava. Por exemplo, para muitas viúvas o tempo que leva para se aperceberem como é viver sem os seus cônjuges é cerca de 3 meses após a perda. Para além disso, em qualquer processo de luto é muito raro saber-se exactamente o que é que se perdeu. No caso de uma viúva, a perda de um marido pode significar a perda de um parceiro sexual, um companheiro, um contabilista, um jardineiro, etc., dependendo dos papéis que eram normalmente desempenhados pelo seu marido (Parkes, 1972, cit. por Worden, 1991).

A estratégia de *coping* de redefinir a perda de tal forma que pode originar benefício para o sobrevivente é normalmente parte do término bem-sucedido desta tarefa. Por exemplo, um homem que perde a sua mulher, que tinha como um dos vários papéis cuidar dos filhos, passa a resolver as questões relacionadas com os seus filhos, o que lhe dá um enorme prazer e percebe que isso não teria acontecido se a sua mulher não tivesse falecido.

Para as pessoas que definem a sua identidade através das relações e atenção que têm pelos outros, o processo de luto significa não só a perda de um ente querido, mas também um sentimento de perda do eu (Zaiger, 1985, cit. por Worden, 1991). Outra área de ajustamento diz respeito ao sentido que a pessoa tem do mundo, pois a perda pode pôr em causa várias crenças e desafiar valores fundamentais.

Verifica-se, assim, a existência de 3 áreas de ajustamento que se tem que fazer depois de perder alguém que nos é próximo: ajustamentos externos (funcionamento diário no mundo), ajustamentos internos (sentido do *self*) e ajustamento de crenças (valores, crenças, considerações sobre o mundo).

Ficar preso nesta tarefa significa que não há uma adaptação à perda. Para além disso, não desenvolvem as competências que precisam para lidar com a perda ou isolam-se do mundo e não enfrentam as exigências que lhes rodeiam.

→ **Reposicionar em termos emocionais a pessoa que faleceu e prosseguir com a vida.** Uma pessoa nunca perde as memórias de uma relação significativa. De acordo com Volkan (1985, cit. por Worden, 1991), o processo de luto termina quando o enlutado deixar de ter uma necessidade de reactivar a representação do falecido com uma intensidade exagerada no quotidiano.

No caso da morte de um parceiro, a disposição para entrar em novas relações está directamente dependente de encontrar o espaço adequado para o cônjuge na sua vida psicológica, um espaço que seja importante, mas que deixe lugar para outros (Schuchler & Zisook, 1987, cit. por Worden, 1991).

Uma maneira de não completar esta tarefa é não amar. A pessoa agarra-se ao vínculo que tem com o passado, em vez de seguir em frente e formar novas vinculações. Algumas pessoas sentem a perda de uma forma tão dolorosa que fazem um pacto com elas mesmas de nunca mais amarem.

Para muitas pessoas, esta é a tarefa mais difícil de alcançar, ficando-se por vezes preso nela e só tomando consciência disso muito tempo depois, verificando que as suas vidas estagnaram após a perda. De acordo com Walsh & McGoldrick (1998), a sobre-idealização da pessoa falecida, um sentimento de deslealdade ou o medo catastrófico de uma nova perda podem bloquear a formação de novas vinculações e compromissos. Não obstante, esta tarefa pode ser alcançada e a pessoa percebe que pode voltar a amar sem deixar de amar a pessoa que perdeu.

No decurso da intervenção psicológica em crise é necessário por vezes comunicar más notícias. Buckman (1992) define uma má notícia como “qualquer informação que afecta negativamente e gravemente a sua visão do futuro”.

Durante a intervenção, os familiares das vítimas podem ainda não ter sido informados da morte do ente querido. Desta forma, importa saber fazer e saber aconselhar sobre estratégias na notificação de morte.

Baile *et al.* (2000) propõem um modelo de comunicação de más notícias com os seis passos seguintes:

Passo 1: Preparar para o início

É importante garantir os seguintes pontos:

- ➔ Privacidade. De preferência deve preparar-se uma sala onde possam estar sem serem incomodados.
- ➔ Envolver outras pessoas significativas. Poderá ser importante a pessoa estar acompanhada por alguém significativo.
- ➔ Pedir à pessoa para se sentar. Sentar ajuda a relaxar e é também um sinal de que terá o tempo que necessitar.
- ➔ Estabelecer contacto com a pessoa. Manter contacto visual é importante para uma boa relação.
- ➔ Informar a pessoa se possui constrangimentos de tempo ou se poderão existir interrupções.

Passo 2: Avaliar a percepção da pessoa

Neste passo é importante adoptar o axioma de “antes de dizer, pergunte”. Antes de informar a morte pergunte o que é que a pessoa já sabe (“O que sabe sobre o estado do seu marido?”). Com base nesta informação poderá corrigir a informação errada e começar a preparar a notificação.

Passo 3: Obter o convite da pessoa

Neste passo é importante esperar pela necessidade da pessoa por informação (“Como está ele agora?” ou “O que lhe aconteceu?”). Algumas pessoas poderão evitar a informação não querendo terminar o diálogo.

Passo 4: Informar a pessoa

Avisar a pessoa de que vai dar uma má notícia poderá reduzir o choque inicial, pelo que deverá iniciar com expressões como “Lamento mas tenho uma má notícia para lhe dar” ou “Lamento dizer-lhe que...”. Deverá dar a notícia num vocabulário que seja adequado à pessoa.

Passo 5: Lidar com as emoções da pessoa e validar os sentimentos

Lidar com os sentimentos da pessoa é uma das tarefas mais desafiantes ao dar uma má notícia. A resposta emocional poderá variar do silêncio à descrença, choro intenso, negação ou raiva. Deverá validar-se a resposta emocional da pessoa. Quando existe silêncio, poderá fazer-se uma questão exploratória ou uma afirmação empática (“Sei que o que lhe disse é tão difícil e tão inesperado que é custoso acreditar...”). Validar os sentimentos ajuda a reduzir o isolamento da pessoa, expressa solidariedade e valida o seu comportamento como natural e expectável.

Passo 6: Estratégias e Término

Neste passo deverá formular estratégias de *coping* com a pessoa para o futuro próximo. Questões como “Quem a apoiará durante esta fase?” ou “Quem quer ter consigo aqui neste momento?” deverão encontrar resposta. É importante informar sobre as reacções que são naturais e que poderá ter nos próximos dias e informar também o quando poderá necessitar de ajuda profissional.

Vejamos o seguinte exemplo de notificação:

Um homem de 40 anos foi atropelado por um automóvel. Entrou em paragem cardíaca no hospital e morreu. A esposa está na sala de espera do hospital.

Psicólogo - Olá Sr^a _____. O meu nome é _____ e sou psicólogo. Quero falar consigo acerca do seu marido. Acompanhe-me a esta sala e sente-se, por favor. O que sabe acerca do acidente do seu marido?

Esposa - Ninguém falou comigo até agora! Por favor, diga-me, como está ele?

Psicólogo - O seu marido foi atropelado por um automóvel. (Pausa)

Esposa - Como está ele?

Psicólogo - Ele ficou com muitas lesões. Chegou ao hospital em manobras de reanimação, tudo foi tentado, mas o seu coração parou e não foi possível recuperá-lo. Lamento ter de informá-la, mas o seu marido morreu.

Esposa - Ele morreu?

Psicólogo - Sim. Os meus sentimentos.

Esposa - Ele sofreu? Quero dizer, ele sentiu alguma coisa?

Psicólogo - Não, segundo o médico ele esteve sempre inconsciente desde que foi atingido pelo carro.

Esposa - Quero vê-lo, por favor!

Psicólogo - Vou ver se é possível neste momento. – O corpo foi preparado para que a esposa o pudesse ver, e após exposição imágica do local e do estado do corpo, o psicólogo acompanhou a esposa ao quarto. Em seguida chegaram amigas da esposa que a acompanharam até ao seu domicílio, mas não sem antes o psicólogo aconselhar sobre as reacções normais no início de processo de luto e sobre os factores protectores.

BIBLIOGRAFIA

- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 5(4), 302-11.
- Buckman, R. (1992). *Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 15.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. London: Tavistock Publications.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). A Family Systems Perspective on Loss, Recovery and Resilience. In Sutcliffe, P., Tufnell, G. & Cornish, U. (Eds.). *Working with the Dying and the Bereaved*. London: MacMillan Press Ltd.
- Worden, J. (1991). Grief Counseling and Grief Therapy. *A Handbook for the Mental Health Practitioner*. 2nd ed., London: Routledge.

2.2.1 Luto Complicado Márcio Pereira

As situações de morte inesperada (violenta e/ou traumática por acidente ou morte de crianças) são consideradas pela National Health Service (NHS, 2011) como factores de risco para o desenvolvimento de luto complicado, com implicações ao nível da saúde mental e adaptação do indivíduo.

Horowitz (1980) define luto complicado como “a intensificação do luto até ao ponto no qual a pessoa se sente sobrecarregada, recorre ao comportamento desadaptativo ou permanece interminavelmente num estado de luto sem progressão em direcção ao seu término.”

O luto complicado pode incluir sintomas como (Horowitz, 2003):

- ➔ Imagens intrusivas;
- ➔ Activação emocional excessiva;
- ➔ Insónia;
- ➔ Sentimento crónico de vazio;
- ➔ Negação das implicações da perda para o próprio;
- ➔ Evitamento de tarefas que lembrem o falecido;
- ➔ Inexistência de actividades adaptativas no trabalho e em casa.

O luto complicado é categorizado no DSM-5 (APA, 2013) como uma perturbação relacionada com o trauma, caracterizada por luto grave e persistente e reacções de luto com os seguintes critérios propostos:

- A. O indivíduo experienciou a morte de alguém com quem tinha uma relação próxima.
- B. Desde a morte, pelo menos um dos seguintes sintomas é experienciado frequentemente a um nível clínico e duram há cerca de 12 meses após a morte (6 meses para as crianças):
 - 1. Saudade constante do falecido. Em crianças pequenas pode ser expresso nas brincadeiras, incluindo comportamentos que reflectem a separação de figuras de vinculação.
 - 2. Dor emocional intensa em resposta à morte.
 - 3. Preocupação com o falecido.
 - 4. Preocupação com as circunstâncias da morte. Nas crianças esta preocupação pode ser manifestada nas brincadeiras e pode ser expressa pela preocupação que outras pessoas próximas possam falecer.
- C. Desde a morte, pelo menos seis dos seguintes sintomas são experienciados frequentemente a um nível clínico e duram há cerca de 12 meses após a morte (6 meses para as crianças):
 - 1. Dificuldade marcada em aceitar a morte. Na criança depende da capacidade da criança em perceber a morte.
 - 2. Experienciar descrença ou embotamento afectivo relativamente à perda.
 - 3. Dificuldade em ter memórias positivas acerca do falecido.
 - 4. Raiva relacionada com a perda.
 - 5. Culpa relativamente ao falecido ou à morte do falecido.
 - 6. Evitamento excessivo de memórias da perda (por exemplo, evitar pessoas, lugares ou situações associadas ao falecido; em crianças, pode incluir o evitamento de pensamentos e sentimentos acerca do falecido).
 - 7. Desejo de morrer para estar com o falecido.

8. Dificuldade em confiar após a morte.
 9. Sentimento de solidão ou desligamento de relacionamentos com outras pessoas após a morte.
 10. Sentimento que a vida não faz sentido ou sentimento de vazio após a morte, ou a crença que não consegue funcionar sem o falecido.
 11. Confusão sobre o seu papel na vida ou sensação diminuída da identidade (por exemplo, sentir que uma parte de si morreu com o falecido).
 12. Dificuldade ou relutância em ter interesses desde a perda ou em fazer planos para o futuro (por exemplo, amizades, actividades).
- D. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento.
- E. A reacção de luto é desproporcional ou inconsistente com as normas culturais, religiosas ou em relação à sua faixa etária.

Especificar se – Com luto traumático: Luto por homicídio ou suicídio com persistência de preocupações angustiantes sobre a natureza traumática da morte (muitas vezes em resposta a memórias da perda), incluindo os momentos do falecido, o grau de sofrimento e mutilantes, ou a natureza maliciosa ou intencional da morte.

Embora só a partir dos 12 meses se possa diagnosticar o luto complicado, é possível, entretanto, monitorizar os sintomas de forma a avaliar se a pessoa está a evoluir favoravelmente ou se está no percurso do desenvolvimento de psicopatologia.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

- Horowitz, M. J., Wilner, N., Marmar, C., & Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activation of latent self-images. *American Journal of Psychiatry*, 137(10), 1157-1152.
- Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G.A., Milbrath, C., & Stinson, C.H. (2003). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Focus*, 1, 290-298.
- NHS (2011). *Bereavement Support Guideline*. Disponível em: www.mungosbroadway.org.uk/documents/12064. Consultado em: 12 de Setembro de 2015.

2.2.2 Percepção de Morte nas Crianças ao Longo do seu Desenvolvimento

Márcio Pereira

Na sociedade actual, pratica-se um estilo de vida que evita a aproximação ao tema da morte, crendo erradamente que privar e proteger a criança desta questão contribuirá para o seu conforto psíquico e protecção.

“O facto de permitirem que as crianças continuem em casa, onde ocorreu uma desgraça, a participarem da conversa, das discussões e temores, faz com que não se sintam sozinhas na dor, dando-lhes uma responsabilidade e luto partilhado. É uma percepção gradual, um incentivo para que encarem a morte como parte da vida, uma experiência que pode ajudá-las a crescer e amadurecer”. (Kubler-Ross, 1991)

Segundo Kubler-Ross (1991), as reacções emocionais e comportamentais da criança perante a morte não são equivalentes às dos adultos. A perda de um progenitor ou de alguém significativo é diferentemente vivida consoante a idade, o desenvolvimento cognitivo e as vivências prévias da criança com questões de morte e perda.

A internalização do conceito de morte envolve a capacidade de adquirir as noções de irreversibilidade, não funcionalidade e univer-

salidade (Speece & Brent, 1984, cit. por Kubler-Ross, 1991). A irreversibilidade diz respeito ao factor permanente e não reversível da morte, a não funcionalidade remete para a aquisição da noção de que ela envolve a perda de funções vitais e a universalidade requer a compreensão de que todo o ser vivo tem inevitavelmente de morrer.

Em idade pré-escolar, as crianças associam a morte a uma fase de grande tristeza, uma vez que é a emoção que lhes é espelhada pelos adultos, ainda assim não a reconhecem como irreversível. Esta incapacidade de conceber a irreversibilidade da morte faz com que as fantasias de voltar a estar com o falecido ou retorno do mesmo não sejam apenas um desejo inconsciente, mas uma possibilidade consciente. Para Machado (2006), a criança acreditar no retorno do falecido deve-se a factos como os desenhos animados apresentarem o retorno à vida após a morte e também devido às explicações que muitas vezes os pais dão às crianças, como, por exemplo, dizer que o falecido foi descansar, dormir ou fazer uma viagem longa.

Entre os cinco e os nove anos, a criança vai construindo uma representação da morte como algo irreversível, expressa pela manifestação de questões sobre o destino do falecido. Relativamente à noção de não funcionalidade, antes de entender a morte como o cessar das funções vitais, a criança atribui-lhe funcionamento biológico, principalmente para as funções cognitivas. De acordo com Kubler-Ross (1991), aos seis anos a criança tem tendência para personificar a morte, concebendo-a como efeito da acção de terceiros com o poder de causá-la no outro, o que demonstra um pensamento ainda linear de causa-efeito e uma tendência para abordar o mundo através do concreto. É frequente pensar que se evita a morte através de boas acções, uma vez que é concebida como punição de maus comportamentos. A morte é concebida como uma eventualidade que pode ocorrer nos outros, mas não no próprio nem naqueles que lhe são significativos (Machado, 2006).

Só entre os nove e os doze anos, na transição da última infância para a adolescência, se interioriza a morte como um fenómeno uni-

versal, irreversível e comum a todos os seres vivos. A capacidade de distinguir entre seres animados e inanimados, a noção de constância, conservação e tempo são aquisições que se revelam necessárias para o desenvolvimento de um conceito correcto que é a morte.

Independentemente da idade da criança, é importante integrá-la nos rituais da família. Em muitas ocasiões existe uma grande dificuldade dos familiares em dar a notícia de morte a uma criança, sobretudo quando se trata da morte do pai ou da mãe. Existe a tendência para não contar e dizer que o familiar foi viajar e está num local inacessível, o que provoca o sentimento de abandono, ou para adiar o máximo a transmissão da notícia, que mantém a criança alienada da vivência familiar do luto e numa vivência solitária do sofrimento - ambos com prejuízos para a confiança da criança, que deixa de confiar nos adultos cuidadores. Por vezes os familiares pedem que seja um técnico a dar a notícia, contudo, é importante que sejam os familiares mais próximos ou afectivamente mais significativos a dar a notícia à criança. Os técnicos poderão ajudar nessa tarefa ao dar informação sobre como procederem à notificação e até podendo estar presentes no momento, no entanto são os familiares quem melhor conhecem a criança e que melhor suporte lhe podem oferecer após a notícia. Em situações mais extremas, como na morte de um filho, poderá ser importante dar o tempo suficiente ao familiar para que este consiga estabilizar o suficiente de forma a conseguir dar a notícia da morte à criança. A intervenção neste cenário coloca dificuldade acrescida, o que dizer a uma mãe cujo bebé morreu? Como validar o sofrimento e a anti-naturalidade do sucedido? Se notar, quando morrem os pais dizemos que essa pessoa fica órfã, quando morre o cônjuge dizemos que essa pessoa fica viúva, mas a dor de perder um filho e a sua anti-naturalidade é tal que ainda não foi inventada uma palavra comumente utilizada que identifique esse estado. Penso que será também uma forma de negação da própria sociedade pois, tal como enunciava François de La Rochefoucauld na sua máxima 26, “[n]em o Sol nem a Morte podem ser olhados de frente”.

BIBLIOGRAFIA

- Kübler-Ross, Elisabeth (1991). *Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 4.^a Edição, São Paulo, Barsil: Editora Martins.
- Machado, A. (Julho, 2006). Como lidam as crianças com a morte/luto. *Revista nº 67 sinais vitais*, 45-50.

2.3 CRISES PSICÓTICAS

Verónica Oliveira¹

Intervenção Psicológica em Crise

São vários os momentos de conflito e de desequilíbrio que surgem ao longo da vida. A essas situações, comumente marcadas por factores biopsicossociais, denominamos crise (Carvalho & Costa, 2008).

Podemos definir uma crise como um período de desequilíbrio psicológico resultante de uma situação exigente, que não pode ser solucionada através dos mecanismos normais de adaptação e resolução de problemas (Roberts, 2000, cit. por Singer, 2005; Parada, 2004, cit. por Sá, Werlang & Paranhos, 2008). Nestas situações, a integridade física e emocional está ameaçada, a homeostase da pessoa e da sua família pode ser afectada, surgindo habitualmente reacções emocionais muito intensas (Sá, Werlang & Paranhos, 2008).

As pessoas têm diferentes formas de lidar com situações críticas, podendo adaptar-se às mesmas de forma eficaz ou mostrando incapacidade de adaptação e utilizando estratégias de confronto desadequadas.

Para além do evento em si, a crise pode ser também precipitada pelo significado que o indivíduo lhe atribui, em termos de ameaça ou dano para si, assim como pela avaliação e utilização dos recursos disponíveis e necessários para lidar com a situação, devendo ter-se em

¹ Com a colaboração da Ana Rita Ramos, estagiária curricular de Psicologia do CAPIC DRS-Faro.

atenção a percepção do indivíduo face ao evento e não só a gravidade do mesmo (Liria & Veja, 2002; Sánchez & Amor, 2005, citados por Sá, Werlang & Paranhos, 2008).

Apesar de estar demonstrado que a maioria das vítimas de eventos traumáticos recupera naturalmente, um número considerável desenvolve problemas relacionados com os mesmos (Norris, Friedman & Watson, 2002, cit. por Brake & Dückers, 2013), o que leva a considerar a necessidade de um apoio psicológico imediato e adaptado a estas pessoas.

Neste tipo de situações é necessária uma intervenção atempada (Millán, 2007), próxima da pessoa, de modo a promover o seu restabelecimento o mais rápido possível.

São objectivos da intervenção psicológica em crise o desenvolvimento de estratégias activas de adaptação, de forma a minimizar o impacto negativo do evento e prevenir a exacerbação de sintomatologia psicológica/psiquiátrica. O apoio às vítimas, familiares e/ou outras pessoas envolvidas deve incluir o fornecimento de informação e aconselhamento sobre o sucedido. O objectivo principal do aconselhamento é ajudar o indivíduo a reestabelecer a sensação de controlo sobre si e sobre o acontecimento, uma vez que as suas capacidades de resolução de problemas estão comprometidas (American Counseling Association).

A maioria dos jovens tem o primeiro contacto com os serviços de saúde mental durante uma crise (Burns, Hoagwood & Mrazek, 1999, cit. por Singer, 2005).

Os profissionais que actuam na área da intervenção em crise devem ser activos, focados e orientados, de forma a atingirem objectivos flexíveis, a colocar em prática acções para a resolução de problemas e das várias dificuldades que possam surgir durante este processo, procurando satisfazer as necessidades imediatas da pessoa com os recursos disponíveis, num período de tempo tão breve quanto possível (Moreno, 2003, cit. por Sá, Werlang & Paranhos, 2008).

Unidade Móvel de Intervenção Psicológica em Emergência

Percebendo os benefícios da intervenção em crise, integrada na comunidade, no contexto de vida do indivíduo, desenvolveram-se e expandiram-se nas últimas décadas as unidades móveis de intervenção em crise, em vários países (Ligon, 2005), sendo que Portugal não foi excepção.

Estas unidades móveis são activadas para o terreno nas situações em que é necessária a intervenção directa com as vítimas, familiares ou profissionais expostos a situações limite e a eventos potencialmente traumáticos (por exemplo, morte inesperada ou traumática, comportamentos suicidários ou homicidas, emergências psiquiátricas/psicológicas, violação/abuso sexual, violência doméstica, etc.).

São várias as vantagens identificadas no recurso às Unidades Móveis (Zealberg, Santos & Fischer, 1993, cit. por Ligon, 2005):

- ➔ Aumento da acessibilidade aos serviços;
- ➔ Benefício da intervenção ser realizada no contexto da vítima;
- ➔ Prestação de uma ajuda imediata;
- ➔ Prevenção do desenvolvimento de psicopatologia;
- ➔ Evitamento de hospitalizações ou detenções desnecessárias.

Uma vez que a autoridade é frequentemente contactada e solicitada a sua presença para a resolução das situações de crise na comunidade, as unidades móveis constituem um meio eficaz de apoio à sua intervenção (Ligon, 2005).

Uma das situações em que estas unidades são accionadas para o terreno são as emergências psiquiátricas/psicológicas, como é o caso das crises psicóticas que constituem um grande desafio para todos os envolvidos.

Crise Psicótica

A crise psicótica é um estado mental temporário que envolve um distanciamento da realidade e distorções no conteúdo ou forma do

pensamento, percepção, afecto, comportamento e funcionamento interpessoal (Polk & Mitchell, 2009).

Os sintomas presentes nestes indivíduos podem ser classificados como positivos e negativos. Os sintomas negativos representam a perda ou diminuição das funções cerebrais, acentuando os aspectos deficitários da perturbação (Amaro, 2005). Dentro destes sintomas incluem-se o embotamento afectivo, alogia, avolição e anedonia (Polk & Mitchell, 2009). Por seu lado, os sintomas positivos representam disfunções das funções cerebrais (Amaro, 2005), incluindo discurso desorganizado, comportamento estranho e bizarro (Polk & Mitchell, 2009), que pode incluir agitação psicomotora ou, por outro lado, redução da actividade motora. Fazem ainda parte dos sintomas positivos, os delírios e as alucinações (Polk & Mitchell, 2009). Especificamente, os delírios são crenças falsas que afectam o funcionamento pleno do indivíduo (Polk & Mitchell, 2009) e envolvem uma falsa interpretação da realidade (Amaro, 2005), sendo convicções extraordinárias, com conteúdo estranho ou impossível, resistentes a contra-argumentações (Bentall, 1996). Por outro lado, as alucinações referem-se a percepções falsas relacionadas com um dos cinco sentidos (Polk & Mitchell, 2009), ou seja, uma experiência perceptiva que ocorre na ausência de um estímulo apropriado, não respondendo aos desejos e controlo voluntário do indivíduo (Bentall, 1996). As alucinações podem ser visuais, auditivas, olfactivas, gustativas, tácteis, cinestésicas somáticas e cinestésicas, sendo as mais comuns na psicose as do tipo auditivo (Amaro, 2005).

A crise psicótica pode constituir um episódio isolado causado por stress extremo ou ser periódico no caso de ser desencadeado por uma doença psiquiátrica prévia (por exemplo, esquizofrenia, perturbação bipolar, etc.) ou outra condição médica (por exemplo, infecções/lesões, neoplasias ou trauma do Sistema Nervoso Central (SNC), doenças endócrinas, doenças neurodegenerativas ou doenças metabólicas, etc.) (Levy & Coentre, 2014).

Existem condições ou situações que indicam uma predisposição para a psicose, denominados factores de risco (Amaro, 2005). Entre estes, destacam-se a classe social baixa, as condições de vida stressantes e a presença de familiares com perturbação mental (Amaro, 2005). Por seu turno, os factores precipitantes são situações que desencadeiam o episódio, constituídas por acontecimentos que provocam elevado stress, como a perda de emprego ou a morte de um familiar próximo (Amaro, 2005). Existem ainda factores agravantes, nomeadamente o consumo de substâncias (Amaro, 2005). Já os factores protectores referem-se a situações que minimizam o efeito negativo dos factores anteriores, como o suporte familiar e social (Amaro, 2005).

Existe ainda uma relação entre a presença de sintomas psicóticos agudos e actos violentos, principalmente quando existe fraca adesão ao tratamento e comorbilidade com o abuso de substâncias psicoactivas (Gutman, 2010). São vários os estudos que apontam a canábis e o álcool como as drogas mais consumidas entre as pessoas que manifestam um primeiro surto psicótico (Hambrecht & Hafner, 1996; Rabinowitz, Bromet, Lovelle, *et al.*, 1998; Robinson, 2001, citados por Sevillano, Crespillo, Hernando, Llobet & Zapata, 2005).

Além dos comportamentos violentos, estes indivíduos apresentam mais stressores ambientais e passam mais tempo em urgências hospitalares do que aqueles com outras perturbações (Broussard, McGriff, Neubert, D'Orio & Compton, 2010).

A decisão de internamento pode configurar-se difícil e ser a última alternativa tentada, especialmente pela família, dado o estereótipo e a própria dúvida de que esse procedimento seja mesmo necessário. Contudo, o internamento pode evitar situações de perigo, tais como: fuga, violência ou mesmo tentativas de suicídio, preservando a segurança da pessoa e dos outros à sua volta (Carvalho & Costa, 2008).

Intervenção do Psicólogo de Emergência em situações de Crise Psicótica

Dada a severidade dos sintomas, por vezes, torna-se importante incluir a família e/ou amigos presentes no local, no processo de ajuda à vítima (Polk & Mitchell, 2009), uma vez que são quem melhor conhecem os seus comportamentos e funcionamento (Langlands, Jorm, Kelly & Kitchener, 2008).

A intervenção com estes indivíduos tem alguns desafios, visto que podem apresentar alterações cognitivas que afectam a sua capacidade de processar e compreender a informação, devendo o psicólogo ajustar o seu estilo de comunicação (Fowler, 1996). A linguagem utilizada deverá ser clara e concisa, usando frases curtas e simples e repetindo a informação se necessário.

A avaliação de indivíduos com distúrbios psicóticos pode ser difícil, por estarem frequentemente fora da realidade e experienciarem delírios e alucinações que os levam a pensar que não estão seguros, tornando-se um risco também para quem intervém (Polk & Mitchell, 2009). Podem ter alguma dificuldade em confiar no psicólogo e até desenvolver ideias paranóides acerca do mesmo, sendo necessário um esforço adicional para facilitar e manter a relação (Fowler, 1996). O psicólogo poderá tranquilizar a pessoa mostrando disponibilidade e intenção em ajudá-la a sentir-se segura.

Devido à possibilidade de comportamentos violentos, é crucial considerar a segurança e apropriação de cada intervenção em crise (Broussard, McGriff, Neubert, D'Orio & Compton, 2010). A aproximação a estas vítimas deve ser feita com uma postura calma e tranquila, sem movimentos bruscos e gesticulações excessivas.

O contacto físico e ocular deverão ser adaptados a cada situação, ou seja, de acordo com a forma como o outro se vai comportando. O toque deve ser utilizado com moderação e apenas com o consentimento da pessoa, devendo evitar-se um olhar permanente e fixo para que não seja interpretado como ameaçador e intrusivo.

A intervenção deverá ser realizada num ambiente com privacidade, evitando estímulos distractores, podendo ser necessário pedir a outras pessoas presentes para se retirarem.

É importante permitir que a pessoa fale sobre as suas experiências e crenças e expresse as suas emoções.

No estabelecimento de relação e de forma a criar empatia é essencial tratar a pessoa com respeito, não criticando ou julgando os seus comportamento, bem como não confrontar ou desafiar os seus delírios e alucinações, sendo que esta situação pode despoletar agressividade e desconfiança (Puri & Treasaden, 2008). Da mesma forma, estes sintomas não deverão ser incentivados ou exacerbados.

Na intervenção em crise com estes indivíduos, é crucial transmitir uma mensagem de esperança, assegurando-lhes que a ajuda está disponível e que a sua situação pode melhorar.

Quando possível, deve-se permitir que a pessoa exerça a sua vontade em relação ao seu tratamento, e deve recebê-lo da forma menos restritiva possível (Thornicroft, Farrelly, Szmukl, Birchwood, Waheed, Flach, *et al.*, 2013).

É imperativo que exista respeito pelos direitos do indivíduo por parte das pessoas presentes na intervenção, principalmente por aquelas com poder coercivo (Johnson, 2013). Frequentemente é necessário o transporte ao hospital, para uma avaliação psiquiátrica, que não pode ser feito contra a vontade da vítima (Polk & Mitchell, 2009). No entanto, de acordo com a Lei de Saúde Mental nº 36/98 de 24 de Julho, em situações urgentes, pelo perigo na demora, em que a vítima não está colaborante e represente perigo para si própria, ou para outros, ou para o património, ou seja portadora de anomalia psíquica grave e não possua discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, é possível proceder ao internamento compulsivo com ou sem mandato judicial prévio, sendo neste último caso solicitado de imediato ao Ministério Público pelas autoridades no local da ocorrência. Este processo pode ser física e psicologicamente traumatizante, devendo-se por isso trabalhar com vista à aceitação

deste transporte e, posteriormente, encaminhar a pessoa tranquilamente para a ambulância (Polk & Mitchell, 2009).

Caso prático:

A mãe do P. pede ajuda para o filho, de 17 anos, que se apresenta com alteração do comportamento há alguns dias, sendo que naquele momento a sintomatologia tinha agudizado, pois manifestava intenção suicida por defenestração de um 1.º andar. Foram rapidamente enviadas equipas de emergência ao local, nomeadamente uma ambulância e a autoridade.

Dada a ausência de colaboração da vítima e pela desorganização e dificuldade em gerir a situação pelos familiares e equipas de emergência foi solicitado o apoio do psicólogo no local.

À chegada ao local e após apresentação da equipa, foi importante contextualizar a situação, bem como confirmar a informação transmitida no momento da activação. Desta forma, antes de entrar no domicílio da família foi estabelecido um breve contacto com a equipa de emergência no local para perceber o estado da vítima naquele momento, que acções já tinham sido realizadas e quais as dificuldades e necessidades de intervenção imediatas. Esta contextualização foi completada com informação recolhida em seguida junto da mãe. Foi importante e necessário fazer uma explicação breve do papel do psicólogo de emergência e do objectivo da intervenção junto da mãe, que se encontrava resistente à intervenção. Isto foi possível, dado que o P. já estava num ambiente controlado, acompanhado pelo pai, que tentava acalmá-lo e mantê-lo em segurança. Dada a falta de colaboração e gravidade da situação, no exterior da divisão encontrava-se a polícia, conduta habitual de forma a garantir a segurança das equipas, familiares e do próprio. A presença do pai dava-lhe segurança e conforto pelo que o psicólogo manteve-o sempre por perto.

A mãe relatou que o filho pelo Verão se afastara das “más companhias”, mas que presentemente se recusava a frequentar a escola e se isolava no quarto diariamente. O psicólogo questionou se tinha conhe-

cimento da presença de comportamentos aditivos, cuja resposta da mãe foi afirmativa, mas sem noção de que tipo de substâncias consumia.

Nesse dia tinha tentado precipitar-se do 1.º andar mas os pais impediram-no. Apresentava também um discurso incoerente, sem lógica, dizendo que tinha pegado fogo à casa e que as paredes estavam rachadas, evidenciado um medo intenso em ser preso pelo “mal que tinha feito”.

Era um episódio inaugural, mas desde há 2 semanas que o P. apresentava clara diminuição do apetite e do sono e, por estes motivos, a mãe medicava-o com Diazepam, sem qualquer supervisão médica (realizada psicoeducação sobre os riscos inerentes a este procedimento).

Em seguida, o psicólogo aproximou-se da vítima calmamente, que se encontrava sentada na cozinha, a bater com as mãos na mesa. Explicou-se o motivo da presença da equipa no local e permitiu-se apenas a presença das pessoas essenciais à intervenção (o psicólogo e o pai), de forma a diminuir também possíveis estímulos distractores.

Sendo o primeiro contacto com a vítima de extrema importância, uma vez que condiciona o sucesso da intervenção, recorreu-se a técnicas de escuta activa de forma a estabelecer uma relação empática e de confiança, fundamental nesta situação de desorganização cognitiva, que originava desconfiança e um medo intenso dos outros.

Foram realizadas perguntas claras e simples de forma a mostrar interesse no que estava a acontecer e a poder avaliar a sintomatologia presente e a eventual necessidade de transporte a uma unidade hospitalar. Para um melhor entendimento da situação, tornou-se crucial, tanto para o profissional como para a vítima, estabelecer um contínuo dos acontecimentos.

Em simultâneo foi incentivada a expressão de emoções e validado o seu sofrimento, nunca entrando em confronto com a vítima, de forma a promover a reacquirição do controlo sobre si. Era normal que não confiasse na equipa, pois não conhecia os seus intervenientes, por isso, foi importante reconhecer e normalizar o seu medo e angus-

tia. Nunca contrariando o delírio e mostrando disponibilidade para ouvi-lo e para ajudar, gradualmente foi estabelecida uma relação mais próxima e também uma ligeira aproximação física do psicólogo.

Os momentos de silêncio foram respeitados, sobretudo quando não respondia ao que lhe era dito/perguntado, fazendo apenas algumas vocalizações imperceptíveis. Tapava e mexia em volta das orelhas como se ouvisse algo. O que fez com que o psicólogo procurasse perceber o que estava a sentir e o que poderia estar a ouvir (alucinações auditivas), pois parecia incomodado. Passados alguns instantes voltou a comunicar, dizendo “Oiço, oiço na minha cabeça! Dizem-me que fiz muito mal, que vou preso, porque parti e peguei fogo à casa”. O seu discurso era circular, ilógico, não acrescentando mais informação.

Subitamente voltou a um estado de agitação, tentando subir as escadas que davam acesso ao 1.º andar, de onde teria tentando precipitar-se momentos antes. Foi possível estabilizá-lo e contê-lo com a ajuda do pai, sem que fosse necessária a intervenção da autoridade, que neste caso era um factor de desequilíbrio. A autoridade provocava-lhe um medo intenso e significava “ir preso pelo mal que fez”.

O P. apresentava um comportamento instável, alternando entre momentos de agitação e outros de maior passividade, mantinha intenção suicida por defenestração e apresentava sintomatologia compatível com uma crise psicótica: com delírios, discurso incoerente e alucinações visuais e auditivas. Adicionalmente revelava alterações do apetite e do sono, que aliado ao facto de estar a ser medicado sem supervisão médica indicava a necessidade de ser transportado a uma unidade hospitalar para observação médica.

Explicou-se a importância da ida ao hospital como forma de minimizar o sofrimento pelo qual estava a passar e obter ajuda para diminuir os seus medos, poder descansar e alimentar-se normalmente. Acabou por aceitar o transporte, mas alegando que tinha que vestir uma camisola e calçar uns sapatos. Como apenas vestia umas calças e para que tivesse algum controlo sobre o processo de ajuda, permitiu-se que tomasse pequenas decisões. Acompanhou-se a vítima ao

quarto e, por precaução, pediu-se apoio à autoridade. Repentinamente mostrou-se mais agitado e um pouco agressivo, voltando a estar reticente em ser transportado para o hospital. Foi novamente explicado que não se encontrava bem de saúde e que precisava de ajuda para se sentir melhor, sem se magoar a si próprio. Foi-lhe transmitido que o psicólogo o acompanharia na ambulância até ao hospital e que um dos progenitores também o poderia acompanhar se assim o desejasse. Neste registo concordou em ir acompanhado pelo psicólogo, deslocando-se o pai posteriormente ao hospital. Procedeu-se ao transporte na ambulância, que foi também assegurado pela autoridade, por motivos de segurança.

Ao longo da intervenção foi assegurada a rede de apoio através do suporte familiar e do contacto com os serviços de saúde que permitissem a mitigação da sintomatologia apresentada.

Durante o transporte ao hospital o P. foi comunicando com o psicólogo, sobre os seus amigos, o seu desporto favorito, que tinha deixado de praticar, e falou abertamente sobre os seus consumos de haxixe que entretanto tinha abandonado. Foi reforçado positivamente o facto de ter abandonado o consumo de substâncias e incentivado a retomar as actividades desportivas que tanto prazer lhe davam, de forma a promover estratégias de *coping* adaptativas.

Neste caso, foi necessário reforçar a psicoeducação dada inicialmente à mãe no sentido de evitar a ingestão de medicação não prescrita por um médico, explicando o risco que constituiria o P. permanecer em casa sem observação médica.

Foi então realizada a avaliação do caso, com estabilização do P. e negociação da aceitação de ajuda. O P. foi transportado à urgência pediátrica, onde, na sua presença, foi comunicada a sua situação clínica à enfermeira da triagem. Ficou a aguardar pela avaliação da pedopsiquiatria, na presença do pai, que entretanto tinha chegado ao hospital. Nesse momento o psicólogo retirou-se, tendo a certeza de que o P. estava num lugar seguro, onde iria ser ajudado. Procedeu-se à recolha dos números de telefone dos pais, de forma a poder efectuar-

-se o *follow-up* da situação. Como era o primeiro episódio psicótico e dada a sua resistência em ter ajuda médica, considerou-se importante confirmar a continuidade do apoio prestado, bem como a evolução da situação clínica podendo aconselhar-se a família neste processo de ajuda.

Através dos contactos telefónicos efectuados, foi possível saber que tinha sido observado e medicado no serviço de psiquiatria do hospital para o qual fora encaminhado. No entanto, os pais consideraram ser melhor ter acompanhamento privado com um psiquiatra que conheciam, que lhe alterou a medicação e prescreveu alguns exames médicos. Para além desta ajuda, iniciou acompanhamento psicoterapêutico.

Em geral, apresentava-se um pouco mais estável, com remissão gradual da sintomatologia apresentada anteriormente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaro, F. (2005). *Factores Sociais e Culturais da Esquizofrenia*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- American Counseling Association. (s.d.). *Fact Sheet #10 - 1:1 Crisis Counseling*. Disponível em: <http://www.counseling.org>. Consultado em: 11 de Maio de 2015.
- Bentall, R. P. (1996). “La investigación psicológica sobre las alucinaciones y los delirios: psicopatología y aplicaciones para las estrategias del tratamiento”. In Aldaz, J. A., & Vázquez, C. *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. 1.ª ed., Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A., 89-108.
- Brake, H. T., & Dückers, M. (2013). Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events: is there a gap between norms and practice in Europe? *European Journal of Psychotraumatology*.
- Broussard, B., McGriff, J. A., Neubert, B. N., D’Orio, B., & Compton, M. T. (2010). Characteristics of Patients Referred to Psychiatric Emergency Services by Crisis Intervention Team Police Officers. *Community Mental Health Journal*, 46, 579–584.
- Singer, J. (2005). “Child and Adolescent Psychiatric Emergencies: Mobile Crisis Response”. In Yeager, K. R., & Roberts, A. R. *Crisis Intervention Handbook*. 3rd ed., New York: Oxford University Press, 319-361.

- Carvalho, N. R., & Costa, I. I. (2008). Primeiras Crises Psicóticas: Identificação de Prodromos por Pacientes e Familiares. *Psicologia Clínica*, 20 (1), 153-164.
- Dyregrov, A. (1989). Caring for Helpers in Disaster Situations: Psychological Debriefing. *Disaster Management*, 2 (1).
- Fowler, D. (1996). "Terapia cognitivo-conductual: un nuevo enfoque para el manejo de los transtornos psicóticos". In Aldaz, J. A., & Vázquez, C. *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. 1.ª ed., Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A., 187-204.
- Gutman, G. (2010). Nem tanto e nem tão pouco: a relação entre homicídio e psicose. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*, 13 (1), 144-149.
- Johnson, S. (2013). Can we reverse the rising tide of compulsory admissions? *The Lancet*, 381, 1603-1604.
- Langlands, R. L., Jorm, A. F., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2008). First Aid Recommendations for Psychosis: Using the Delphi Method to Gain Consensus Between Mental Health Consumers, Carers, and Clinicians. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (3), 435-443.
- Levy, P., & Coentre, R. (2014). "Episódio Psicótico". In Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. *Manual de Psiquiatria Clínica*. . Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, 149-160
- Ligon, J. (2005). "Mobile Crisis Units: Frontline Community Mental Health Crisis Services". In Roberts, A., *Crisis Intervention Handbook*. 3rd ed., New York: Oxford University Press, 602-618.
- Millán, J. M. (2007). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Polk, D. A., & Mitchell, J. T. (2009). *Prehospital Behavioral Emergencies and Crisis Response*. Jones and Bartlett Publishers.
- Puri, B., & Treasaden, I. (2008). *Emergencies in Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Sá, S. D., Werlang, B. S., & Paranhos, M. E. (2008). Intervenção em crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4 (1).
- Sevillano, C. P., Crespillo, J. C., Hernando, N. F., Llobet, F. S., & Zapata, J. J. (Dezembro, 2005). Primeros episodios psicóticos: características clínicas e patrones de consumo de substancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos. *Anales de Psicología*, 21(2), 286-293.

- Singer, J. (2005). "Child and Adolescent Psychiatric Emergencies: Mobile Crisis Response". In Roberts, A. *Crisis Intervention Handbook*. 3rd ed., New York: Oxford Press University, 319-361.
- Thornicroft, G., Farrelly, S., Szmukl, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., *et al.* (2013). Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 381, 1634–1641.

2.4 INTERVENÇÃO EM CRISE POR TELEFONE

Cátia Mendes Serra

Perspectiva histórica e Objectivos da Intervenção em Crise por Telefone

As linhas telefónicas de apoio surgem nos anos 50 nos Estados Unidos com o propósito de permitir intervir na área de prevenção dos suicídios (Centro de Prevenção de Suicídios da cidade de Los Angeles) (Weiss, 2005). Esta linha foi pensada e considerada como um instrumento primário de intervenção pela sua acessibilidade e inspirada, igualmente, pelos Centros de Informação de Venenos, pois perante a sua toma accidental ou intencional, com uma chamada era possível o apoio necessário à situação em causa (Lester, 1977). Podemos falar de um desenvolvimento paralelo na Europa, pelo Pastor Chad Varah, que em 1953 em Londres iniciou o apoio por telefone na sua Paróquia (Weiss, 2005).

Em 1980 observou-se um aumento significativo destes centros de apoio telefónico e, com o passar do tempo, verificou-se que as chamadas recebidas não se tratavam apenas de situações de comportamentos suicidários, mas também problemas parentais, conjugais, familiares e psicológicos em geral (Weiss, 2005), de violações, comportamentos aditivos e agorafobia, abuso sexual de menores e perturbações do foro alimentar (Loring & Wimberley, 2001).

Falamos, portanto, de vivências exigentes, potencialmente traumáticas, ou seja, falamos de uma crise, caracterizada por uma hiperacti-

vação emocional e diminuição da capacidade cognitiva, condicionando deste modo as nossas competências de adaptação e implementação de estratégias de confronto adequadas, emergindo comportamentos desadequados, tais como os comportamentos suicidários, violência interpessoal, entre outros.

Estas situações de crise supra mencionadas, bem como situações de acidentes, catástrofes, etc., apresentam um denominador comum, pois tratando-se de acontecimentos potencialmente traumáticos podem levar ao desenvolvimento de patologia ou mesmo desencadear episódios de agudização em pessoas com patologia prévia.

Torna-se, deste modo, cada vez mais pertinente e emergente a existência de uma intervenção psicológica em crise, no momento do incidente ou num momento de agudização de psicopatologia pré-existente, uma vez que nos momentos de crise as pessoas estão vulneráveis e receptíveis à aceitação de ajuda, tornando-se fundamental que a mesma esteja imediatamente acessível e disponível, como forma de minimizar o impacto negativo das situações vivenciadas, reduzindo o nível de desorganização e facilitando o desenvolvimento de estratégias activas de adaptação à situação (Oliveira *et al.*, 2009).

As linhas de apoio foram criadas, então, para resolver ou minimizar uma situação de crise, num momento de crise, e não para resolver uma situação a longo prazo, proporcionando o aconselhamento, informação, referenciação e *follow-up* (Paterson *et al.*, 2009).

O apoio e/ou aconselhamento via telefone não é, de forma alguma, um substituto da terapia frente-a-frente, por exemplo, da psicoterapia. Através do telefone é possível intervir com indivíduos em crise de forma a estabilizar e potenciar estratégias de resolução para o(s) seus(s) problema(s). Em suma, o objectivo deste tipo de intervenção visa a promoção de estratégias de *coping* adaptativas e a implementação de planos de acção mais adequados e eficazes para a resolução da situação que precipitou a crise (Oliveira *et al.*, 2009).

Actualmente os serviços telefónicos de emergência são um dos métodos mais comuns de intervenção em crise (Weiss, 2005).

Especificidades da Intervenção por Telefone

A literatura apresenta algumas especificidades na intervenção em crise por telefone, sendo as mais referidas e de forma unânime o anonimato, o controlo do contactante, a acessibilidade e a imediatividade.

O anonimato possibilita e encoraja uma maior auto-revelação e abertura do cliente (Lester, 1977), não se sentindo exposto no seu meio (Weiss, 2005). É de realçar que quando falamos de contactantes num registo comportamental suicidário/homicidiário deve ser avaliado o risco, e em caso de risco para a vida da vítima ou terceiros deve ser quebrada a confidencialidade.

Alguns autores também sublinham o controlo que o contactante tem, pelo facto de poder terminar a chamada quando pretender, terminando o processo de ajuda sempre que não se sinta confortável, estando assim do seu lado essa decisão no momento (Lester, 1974; Reese, Conoley & Brossar, cit. por Gilat & Shahar, 2007).

O apoio prestado via telefone torna-se um meio de maior acessibilidade, porque em qualquer momento pode ser solicitada ajuda para alguém que está em crise (Lester, 1977), não havendo lugar para barreiras geográficas (Weiss, 2005; Patterson *et al.*, 2009).

Pela característica e o facto de um apoio telefónico ser imediato, muitos profissionais mantêm o seu telefone 24 horas disponíveis, o que se torna tranquilizador para os seus utentes que possam necessitar.

De salientar ainda que não estando os intervenientes em presença física é facilitada igualmente a desinibição e a expressão emocional (McKenna & Green, cit. por Gilat & Shahar, 2007).

Utilizadores de linhas de apoio referem uma redução nos seus níveis de depressão, ansiedade e auto-mutilação, na sequência da chamada (Rething, 2005, in Patterson *et al.*, 2009), bem como um decréscimo do sentimento de desespero e intenção suicida desde o início até ao final da mesma (Witte, 2010).

Num estudo publicado por Oliveira *et al.* (2009) é referido que o atendimento na linha de emergência é uma mais-valia em diversas valências, na medida em que ajuda a salvar vidas na negociação em

suicídio e aceitação de ajuda, e providencia estabilização emocional e aconselhamento a muitos pedidos de ajuda psiquiátrica. Esta mesma intervenção evita ainda deslocações aos serviços de urgência, economizando recursos e meios de emergência, dando uma resposta diferenciada às situações de cariz psicológico/psiquiátrico.

Intervenção em Crise por Telefone e Características Facilitadoras

Vários autores dedicaram as suas investigações sobre as características e aspectos facilitadores da intervenção por telefone. Uma das características identificadas como sendo facilitadora da intervenção é, sem dúvida, a empatia. A mesma, associada a preocupação e genuinidade durante uma chamada, diminui os níveis de depressão e ansiedade, aumentando a capacidade de auto-exploração (Knickerbocker, 1972, in Patterson, 2009). Mais recentemente Mishara *et al.* (2007) concluíram que a empatia associada ao respeito estão significativamente relacionadas com um resultado positivo na intervenção em crise telefónica (Patterson *et al.*, 2009). O estabelecimento da relação, sendo crucial para uma intervenção em crise eficaz, é construído com base na empatia associada à validação de sentimentos (Ingram *et al.*, 2008). Bryant & Harvey (2000) revelam igualmente que para o estabelecimento de relação, para além da empatia, deve haver uma aceitação das queixas do contactante, sem quaisquer julgamentos ou juízos de valor. Os mesmos autores afirmam que é igualmente importante o conhecimento sobre a psicopatologia antecedente do contactante, bem como uma avaliação do risco que possa comprometer a sua segurança ou de terceiros.

Para além destes aspectos supra-mencionados, a escuta activa e uma resolução de problemas colaborativa foram identificadas como as principais abordagens na ajuda telefónica (Mishara *et al.*, 2007). Para os autores, esta resolução de problemas envolve questões factuais do problema, recursos, a sugestão de alternativas de resolução do mesmo, questões relativas a situações anteriores, um plano de acção e uma referenciação.

Não podemos deixar de referir que existem igualmente algumas limitações neste tipo de intervenção, como é o caso da comunicação não verbal, especificamente no que respeita às expressões faciais e à linguagem corporal, as quais facultam informação adicional de extrema importância na comunicação (Patterson *et al.*, 2009). Por estes factores, tem de ser relevada a importância na linguagem que o profissional utiliza bem como o tom de voz empregue em cada caso em que intervém.

Estas evidências do *know-how* sobre psicopatologia, comportamento não verbal e a validação de sentimentos realçam a importância extrema de os profissionais das linhas de apoio terem formação especializada.

Contactantes Regulares

De acordo com MacKinnon (1998), a característica mais stressante na actividade numa linha de intervenção em crise são os contactantes regulares, potenciando sentimentos de frustração nos profissionais e, paralelamente, ampliando a dependência de quem liga repetidamente. Existem linhas de apoio que nestas situações têm o procedimento de estabelecer limites no número e duração das chamadas a estes contactantes (MacKinnon, 1998). Para além destes factos, os profissionais podem ver comprometido o seu sentimento de competência e, em última instância, conduzir ao fenómeno de *burnout* (Kehoe & Grant, 1997, cit. por Kinzel & Nanson, 2000).

Perante estes casos, devem então ser estabelecidos limites e ser oferecidas sugestões (Kinzel & Nanson, 2000), face aos quais estes contactantes podem reagir com zanga ou negação, podendo mesmo descrever o mesmo incidente ou situação repetidamente, desprezando os aconselhamentos e referênciação do profissional (Kinzel & Nanson, 2000).

Será necessário perante estas situações, mais do que um estabelecer limites a quem liga repetidamente, avaliar a existência de um acompanhamento paralelo psicoterapêutico e/ou psiquiátrico como forma

de reforçar os aconselhamentos e sugestões dos profissionais que acompanham de perto estes utentes, disponibilizando ajuda perante momentos de crise, mas apelando à sensibilidade dos utentes na ocupação da linha de apoio quando não se verifica e avalia um momento de crise e de necessária estabilização emocional.

Intervenção do Psicólogo no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)

Com todas as evidências supracitadas da importância de uma resposta imediata às situações de crise psicológica, o INEM, através do seu Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC), criou em 2008 um serviço via telefone, 24 horas por dia, todos os dias da semana, garantindo o apoio psicológico especializado e imediato em todas as situações de emergência, respondendo a estas situações de forma permanente e ininterrupta na central de emergência médica. O serviço é assegurado por psicólogos com formação em intervenção em crise, que atendem todas as situações sinalizadas para intervenção psicológica, que chegam aos CODU.

Assim sendo, e por meio de uma triagem médica inicial, são atendidas pelo psicólogo chamadas que envolvem: comportamentos suicidários, episódios depressivos agudizados, crises de ansiedade/ataques de pânico, crises psicóticas ou episódios dissociativos, aconselhamento na notificação de morte e apoio no início do processo de luto, violência doméstica/violação/abuso sexual, situações de choque emocional (face à vivência de um incidente crítico) e apoio e aconselhamento às equipas no terreno.

O CAPIC tem como principais objectivos operacionalizar as técnicas de intervenção psicológica em crise, estabelecer prioridades de intervenção, desenvolver *guidelines* de procedimentos e uniformizar critérios da equipa de apoio psicossocial. Deste modo, os psicólogos actuam de forma flexível, adequando a sua intervenção a cada situação específica.

No que respeita à intervenção telefónica, sobrevaloriza-se o estabelecimento da relação, o qual deixa de fora todo o não verbal presencial, tendo a mesma de ser estabelecida pelo tom de voz, linguagem utilizada e, acima de tudo, pela empatia. Acreditamos ser esta fase a enzima de todo um processo interventivo positivo.

Deste modo, apresentamos de seguida um caso a título de exemplo.

L., 45 anos, contacta a linha 112 afirmando que se quer matar, mas que não o quer fazer sem antes falar com a sua Psicoterapeuta, que até ao momento mantinha o seu telemóvel desligado. A chamada foi de imediato passada para o psicólogo de serviço, não revelando L. a sua localização, como forma de não ser enviada ajuda.

Do ponto de vista de contextualização da situação, as informações disponibilizadas são estas, estando de imediato identificada uma intenção suicida. Neste momento, o estabelecimento de relação deverá ser então entoado, pois dela dependerá todo o processo de ajuda e confiabilidade no profissional. Com L. foi necessária uma constatação e validação do seu sofrimento, neste caso, audível, a fim de poderem ser facultadas as informações que permitissem uma avaliação detalhada. Assim, sempre com base nas técnicas de escuta activa, empatia, e embora estivesse latente um certo componente manipulatório de L., foi extremamente importante a ausência de juízos de valor por parte do profissional. Foi possível perceber que L. já tinha tentativas de suicídio, com internamentos anteriores, sem qualquer suporte familiar e social, e encontrava-se naquele momento numa situação de desemprego de vários meses. Sem qualquer capacidade de se focalizar no futuro e com distorções cognitivas acentuadas no nada e ninguém. Estavam identificados vários factores de risco, sem qualquer equilíbrio com factores protectores. O único até àquele momento detectado seria a sua Psicoterapeuta, descrita como sendo o único suporte dos últimos dois anos, mas que tinha chegado à conclusão que já nem esse processo de ajuda lhe valia para amenizar o seu sofrimento.

L. recusava-se a parar, ia verbalizando a sua história e o seu sofrimento enquanto caminhava. Ao longo do processo de negociação, que

envolvia a validação de sentimentos e a facilitação da sua expressão emocional, disponibilizando de forma constante ajuda da parte do psicólogo, L. revela a sua localização, que seria a determinada altura numa ponte pedonal com uma altura significativa, a qual poderia ser letal, caso L. concretizasse a sua intenção suicida (eram audíveis gai-votas, o que nos permitia confirmar a veracidade possível desta informação). L. apresentava desespero e humor depressivo agudizado, mas ao mesmo tempo referia que não iria desligar a chamada, pois não queira morrer sozinho. Nesta situação, não está identificado um episódio potencialmente traumático, mas sim uma história de vida com um contínuo de acontecimentos traumáticos. Foi necessária por parte do profissional uma validação de sentimentos constante e também uma normalização de sintomas para o seu quadro clínico depressivo, explorando as suas estratégias de *coping* em fases em que se sentiu mais estável, permitindo desta forma uma readquisição de controlo sobre si, com momentos mais estáveis, sem descontrolo emocional (caracterizado por choro compulsivo e incapacidade de focalizar a sua atenção). Deste modo, foi necessário promover um controlo de L. sobre a sua situação, responsabilizando-o pelos seus actos e possíveis consequências na ausência de aceitar ajuda. De realçar que, enquanto se colocava em risco de precipitação, foi importante aliar à negociação a possibilidade de cair sem intenção, promovendo, deste modo, a sua segurança. Foi apenas nesta fase, de não aceitação de responsabilidade transferida para o profissional e responsabilização de L. da sua intenção e não aceitação de ajuda, que aceitou ser ajudado e posteriormente transportado ao hospital, onde ficou internado.

Esta situação de intervenção por telefone exigiu por parte do profissional uma capacidade de auto-controlo, na medida em que o seu não verbal, como o tom de voz, a tranquilidade e a segurança, foi crucial para com L.. A situação decorreu cerca de hora e meia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (2000). Telephone crisis intervention skills: A simulated caller paradigm. *Crisis: The Journal Of Crisis Intervention And Suicide Prevention*, 21(2), 90-94.
- Gilat, I., & Shahar, G. (2007). Emotional First Aid a Suicide Crisis: Comparison between Telephonic Hotline and Internet. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 70(1), 12-18.
- Ingram, S., Ringle, J. L., Hallstrom, K., Schill, D. E., Gohr, V. M., & Thompson, R. W. (2008). Coping with Crisis across the Lifespan: The Role of a Telephone Hotline. *Journal Of Child And Family Studies*, 17(5), 663-674.
- Kinzel, A., & Nanson, J. (2000). Education an Debriefing: Strategies for Preventing Crises in Crisis-Line Volunteers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 21(3), 126-134.
- Lester, D. (1977). The Use of the Telephone in Counseling and Crisis Intervention. The social impact of the telephone. MIT Press: Cambridge, MA.
- Loring, M. T. (1993). The Time-Limited Hot Line. *Social Work*, 38(3), 344-346.
- MacKinnon, C. (1998). Empowered consumers and telephone hotlines. *Crisis: The Journal Of Crisis Intervention And Suicide Prevention*, 19(1), 21-23.
- Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., & Berman, A. (2007). Which helper behaviors and intervention styles are related to better short term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE network. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 37(3), 308-321.
- Oliveira, V., Reis, T., Rosado, S., Salazar, G., Gonçalves, J., Pereira, M., Cunha, S., & Faria, J., (2009). A Intervenção Psicológica Em Situações De Crise Numa Central de Emergência Médica: 9 Meses de Experiência. *Revista de Psicologia Militar*, nº 18, 339-358.
- Paterson, H., Reniers, R., & Vollm, B. b. (2009). Personality types and mental health experiences of those who volunteer for helplines. *British Journal Of Guidance & Counselling*, 37(4), 459-471.
- Weiss, C. (2005). Fonoinfancia: Sistematización de una Modalidad de Intervención Telefónica de Ayuda. (Spanish). *Psykhé*, 14(1), 89-105.

Witte, T. K., Gould, M. S., Munfakh, J. H., Kleinman, M., Joiner Jr., T. E., & Kalafat, J. (2010). Assessing suicide risk among callers to crisis hotlines: A confirmatory factor analysis. *Journal Of Clinical Psychology*, 66(9), 941-964.

2.5 INTERVENÇÃO COM PROFISSIONAIS DE SOCORRO

Márcio Pereira

“Uma das tarefas mais difícil como ser humano é ouvir as vozes dos que sofrem.”

FRANK, 1995

Os profissionais de emergência estão sujeitos à exposição contínua a situações exigentes que se podem constituir como incidentes críticos. De acordo com Everly & Mitchell (1999), o incidente crítico “afecta os mecanismos normais de adaptação, resultando num desequilíbrio psicológico e diminuição do funcionamento adaptativo”.

Muitos estudos têm sido realizados aos profissionais de socorro sobre as consequências da sua exposição contínua a cenários exigentes. Estes estudos originaram alguns conceitos importantes a reter:

Luto Cumulativo (Marino, 1998)

É definido como uma resposta emocional a múltiplos episódios de Luto. Consiste em:

- ➔ Negação;
- ➔ Sentimento de diminuição da competência;
- ➔ Baixa auto-estima;
- ➔ Preocupação excessiva com episódios de morte.

Burnout (Maslach & Jackson, 1986)

É definido como uma resposta à exposição prolongada a factores de stress emocionais e interpessoais no local de trabalho. Consiste em:

- ➔ **Exaustão emocional:** Diminuição da energia, sentimento de estar esgotado;
- ➔ **Despersonalização:** Resposta negativa e excessivamente distanciada das outras pessoas;
- ➔ **Reduzida realização profissional:** Sentimento de declínio da competência e do sucesso no trabalho.

Fadiga de Compaixão (Figley, 2003)

É definida como um tipo específico de *burnout*, causado pela exposição contínua do cuidador a relatos de sofrimento, que causa sofrimento também no cuidador, originando uma diminuição progressiva da resposta empática. Consiste em:

- ➔ Sentimentos de desesperança, desamparo;
- ➔ Confusão;
- ➔ Sentimento de isolamento dos outros;
- ➔ Reações de stress traumático secundárias.

Satisfação de Compaixão (Phelps *et al.*, 2009)

É definida como a capacidade de sentir gratificação por ajudar o outro. Consiste na:

- ➔ Existência de uma satisfação nas intervenções que são “impactantes” do ponto de vista emocional.

A execução de trabalho relacionado com o trauma pode levar a um sentimento de força, autoconhecimento, confiança, ligação espiritual e respeito pela resiliência humana.

Traumatização Vicariante (McCann & Pearlman, 1990)

É definida como uma transformação no *self* do interventor com vítimas de trauma, que resulta da sua ligação empática a vítimas que relatam as experiências traumáticas. Poderá sofrer as seguintes alterações:

- ➔ Sentimentos incontroláveis;
- ➔ Solidão existencial;

- Não satisfação das necessidades pessoais;
- Alterações da memória;
- Amotivação;
- Perda de sentido de humor;
- Perda da capacidade em ter pensamentos de autoprotecção.

A intervenção junto dos profissionais de emergência deve ser realizada em três fases distintas de acordo com Mrazek & Haggerty (1994): preparação, apoio de pares e monitorização, e referenciação a cuidados profissionais, se necessário. Podemos, então, falar de **três momentos**:

Antes da situação de Crise

- Critérios de Selecção – os peritos acreditam que é possível reduzir o risco de desenvolvimento de psicopatologia se empregarem colaboradores com um grau relativamente elevado de resiliência de forma a não serem facilmente afectados pelo stress (Impact, 2012). Da mesma forma, é feita menção que os trabalhadores que antes de entrarem na profissão já possuem uma acumulação de eventos críticos estão mais susceptíveis a traumatização (Impact, 2012);
- Formação e treino adequados;
- Utilização de *briefings*;
- Psicoeducação;
- Formação em gestão de stress;
- Autoconhecimento dos seus pontos fortes e vulnerabilidades.

Durante a situação de Crise

- Apoio de pares;
- Ajudar os profissionais a identificar e a gerir emoções intensas;
- Rotação entre postos de trabalho com diferentes níveis de exposição;

- Gestão adequada de pausas;
- Informação actualizada;
- Monitorização das reacções de stress.

Após a situação de Crise

- Apoio de Pares;
- Auto-monitorização e normalização das reacções de stress;
- Técnicas de gestão de stress;
- Encorajar a procura da rede social de suporte;
- Referenciação para profissionais de saúde mental, caso seja necessário.

No caso de o profissional estar no processo de desenvolvimento de PTSD deve ser oferecida **Terapia Cognitivo Comportamental Focada no Trauma**, que provou ser eficaz (Ehlers & Clark, 2003, cit. por Tents, 2008). Não deverá ser oferecida apenas uma única sessão de *debriefing*, pois estudos provaram que não é benéfico e pode mesmo trazer efeitos negativos (Rose *et al.*, 2007; Ehlers & Clark, 2003, cit. por Tents, 2008).

BIBLIOGRAFIA

- Everly, G., & Mitchell, J. (1999). *Critical incident stress management: A new era and standard of care in crisis intervention*. 2nd ed., Ellicott City, MD: Chevron Publishing.
- Figley, C. R. (2003). Fishing Lessons for Treating the Traumatized: History of the Traumatology Certification Program. *Traumatology*, 9:4, 187-192.
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller. Body, illness and ethics*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Burger, N. (Fevereiro de 2012). *Guidelines psychosocial support for uniformed workers: Extensive summary and recommendations*. In Impact. Wheel Printing, Katwijk.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory. (research manual, second edition)*. Consulting Psychologist Press: Palo Alto.

- Marino, P. (1998). The effects of cumulative grief in the nurse. *J Intraven Nurs* 21, 101–104.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Phelps, A., Lloyd, D., Creamer, M., & Forbes, D. (2009). Caring for careers in the aftermath of trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(3), 313-330.
- The European Network for Traumatic Stress [TENTS-TP] (2008). Disponível em: <http://www.tentsproject.eu/>. Consultado em: 2 de Maio de 2015.

2.5.1 EQUIPAS DE APOIO PSICOSSOCIAL (EAPS) – AUTORIDADE NACIONAL DE PROTECÇÃO CIVIL Rui Pedro Ângelo

Este capítulo tem como objectivo apresentar as Equipas de Apoio Psicossocial (EAPS) da Autoridade Nacional de Protecção Civil (ANPC).

Enquadramento

As EAPS integram a resposta operacional da ANPC. O enquadramento orgânico das EAPS é efectuado pela Divisão de Segurança, Saúde e Estatuto Social (DSSES) da Direcção de Serviços de Regulação e Recenseamento dos Bombeiros (DSRRB) da Direcção Nacional de Bombeiros (DNB) da ANPC, que assegura a coordenação e desenvolvimento destas equipas.

As EAPS da ANPC foram consideradas como aptas para serem activadas e, conseqüentemente, prestarem suporte psicossocial a 1 de Julho de 2011. Foi definido um período experimental para o seu funcionamento, que correspondeu à fase *Charlie* do Dispositivo Especial de Combate a Incêndios Florestais (DECIF), cessado a 30 de Setembro

de 2011. Em consequência da avaliação desse período experimental, em Janeiro de 2012, as EAPS ficaram permanentemente activas.

Carta de Princípios das EAPS

Existem três princípios orientadores para a missão destas equipas que espelham os valores subjacentes à sua intervenção:

- ➔ **Fortalecer:** As EAPS visam promover a saúde mental dos bombeiros portugueses, potenciando a sua resiliência psicológica;
- ➔ **Humanizar:** Reforçar que os que socorrem também precisam de ser socorridos, apoiando num momento de fraqueza os que têm de estar sempre fortes;
- ➔ **Autonomia:** Promover a entreajuda entre colegas e o suporte dos líderes, com vista a restaurar a capacidade dos bombeiros e dos Corpos de Bombeiros de gerir o incidente psicossocial com que se deparam.

Missão

A missão das EAPS consiste em promover o bem-estar psicossocial dos bombeiros portugueses. No que diz respeito às áreas de intervenção das EAPS, estas correspondem a dois eixos distintos e complementares:

- ➔ Proactivo - Intervenção preventiva;
- ➔ Reactivo - Intervenção psicossocial em emergência.

O eixo proactivo consiste na promoção da resiliência psicológica dos bombeiros, a nível individual, grupal e do Corpo de Bombeiros, independentemente da ocorrência ou não de um incidente crítico.

Em complemento, o eixo reactivo configura a prestação de apoio psicossocial aos bombeiros expostos a incidentes críticos potencialmente traumáticos, no decorrer de situações operacionais, bem como aos seus respectivos familiares. São exemplos de incidentes críticos na realidade dos bombeiros portugueses:

- Exposição a acontecimentos traumáticos, tais como vítimas mortais, incidentes com crianças, entre outros;
- Situação operacional envolvendo ameaça efectiva de vida;
- Vítimas fisicamente ilesas de acidente operacional grave;
- Colegas e chefias de bombeiros sinistrados com lesão grave ou vítimas mortais.

O público-alvo das EAPS é composto por:

- Bombeiros (intervenção proactiva e reactiva);
- Comandos dos Corpos de Bombeiros (intervenção proactiva e reactiva);
- Familiares de bombeiros envolvidos em incidentes críticos (intervenção reactiva).

Distintivo das EAPS

O distintivo de identificação das EAPS mostra o símbolo internacional da Protecção Civil, incorporando os três círculos que representam a missão das EAPS. Este simboliza a sua inclusão no sistema nacional de Protecção Civil. Os três círculos no seu interior e na sua versão original a cores demonstram o foco da actividade das EAPS, nomeadamente, o apoio psicológico de emergência (laranja), o apoio social de emergência (verde) e a promoção da saúde (amarelo).



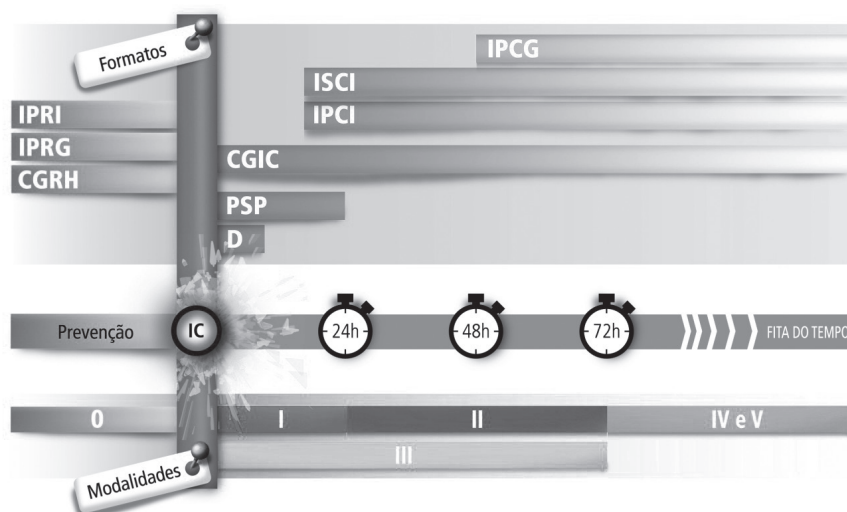
Requisitos para Admissão às EAPS da ANPC

Existem três requisitos de base para a admissão às EAPS:

1. Ser bombeiro dos quadros activo ou de Comando de um Corpo de Bombeiros de Portugal Continental;
2. Possuir habilitação académica superior em Serviço Social ou Psicologia (com inscrição na Ordem dos Psicólogos Portugueses como membro efectivo);
3. Interesse e motivação, quer sobre apoio psicossocial em emergência quer sobre a prestação de suporte aos bombeiros sujeitos a incidentes potencialmente traumáticos e respectivos familiares.

Modelo de Intervenção

O modelo operacional das EAPS da ANPC está sintetizado em seis modalidades e nove formatos de intervenção, esquematizados na Figura 7.



IC – Incidente Crítico (potencialmente traumático); Formatos e Modalidades de Intervenção apresentados nos pontos 2.1 e 2.2.

Figura 7 – Modalidades e formatos de Intervenção das EAPS

Modalidades de Intervenção

O modelo de intervenção das EAPS está organizado em seis modalidades, integradas em dois eixos de intervenção - Intervenção preventiva (modalidade 0) e Intervenção psicossocial em emergência (modalidades I a V):

- ➔ **Modalidade 0:** exclusiva da fase preventiva, sem ocorrência de incidente crítico;
- ➔ **Modalidade I:** dirigida a bombeiros, nas primeiras 24 horas após o incidente crítico e/ou no Teatro de Operações;
- ➔ **Modalidade II:** dirigida a bombeiros, no período de 24 a 72 horas após o incidente crítico;
- ➔ **Modalidade III:** suporte a familiares de bombeiros acidentados até 72 horas após o incidente crítico;
- ➔ **Modalidade IV:** dirigida a bombeiros ou seus familiares, no período superior a 72 horas após o incidente crítico;
- ➔ **Modalidade V:** *follow-up*, telefónico ou presencial, das intervenções realizadas.

Formatos de Intervenção

Adicionalmente à organização da intervenção com base no período temporal, o modelo de funcionamento das EAPS contempla nove formatos de intervenção, definidos de acordo com o desenho da intervenção elaborado pela Coordenação Nacional. A aplicação dos vários formatos de intervenção está condicionada pela especialidade (psicologia ou serviço social) e pela categoria (estagiário, técnico e chefe de equipa) dos elementos das EAPS. Os elementos das EAPS devidamente qualificados para o efeito (em termos de especialidade e categoria) têm de concluir com aproveitamento o curso de formação do respectivo formato de intervenção como requisito para a sua aplicação.

De forma muito sucinta, apresentamos de seguida os nove formatos de intervenção existentes nas EAPS da ANPC:

1. **Intervenção de Promoção da Resiliência Individual (IPRI):**
intervenção proactiva de promoção da resiliência psicológica

dos bombeiros, com base na identificação de recursos e estratégias de gestão de stress para cenários específicos das operações de socorro, tais como intervenção pré-hospitalar, combate aos incêndios florestais, incêndios urbanos e industriais, etc.;

2. **Intervenção de Promoção da Resiliência Grupal (IPRG)**, no âmbito de comunicações a realizar em seminários, instruções de Corpos de Bombeiros e acções de divulgação das EAPS: intervenção proactiva grupal de sensibilização sobre o impacto psicológico da actividade dos bombeiros, estratégias de promoção da resiliência psicológica e modo de activação e funcionamento das EAPS;
3. **Consultadoria de Gestão de Recursos Humanos (CGRH)**, no âmbito das operações de socorro: intervenções proactivas de promoção da capacidade de gestão de recursos humanos e de autogestão de incidentes críticos por parte das Chefias e Comandos dos Corpos de Bombeiros;
4. **Desmobilização (D)** de Teatros de Operações de grandes dimensões (número de operacionais, duração temporal, níveis de perigosidade, etc.), com o objectivo de promover a reabilitação dos bombeiros, quer para retomar novamente as operações quando a equipa ou grupo estiver em situação de prontidão operacional quer definitiva (para regresso à Base de Apoio Logístico ou Corpo de Bombeiros de origem);
5. **Primeiros Socorros Psicológicos (PSP)**: intervenção executada nos primeiros minutos ou nas primeiras horas após o incidente crítico, com especial enfoque na estabilização emocional;
6. **Intervenção Psicológica em Crise Individual (IPCI)**: intervenção com especial enfoque na ventilação cognitivo-emocional, normalização de sintomas, didáctica, despiste precoce de construção de crenças irracionais, despiste de sintomas não normativos ou psicopatologia prévia que fundamente sinalização ou encaminhamento;

7. **Intervenção Social em Crise Individual (ISCI):** intervenção com o objectivo de elaborar um diagnóstico social do bombeiro ou familiar e identificar necessidades de resolução a curto e médio prazo;
8. **Intervenção Psicossocial em Crise Grupal (IPCG):** intervenção com o principal objectivo de potenciar a normalização de sintomas, despistar necessidades de intervenções individualizadas (a nível psicológico e social) e promover psicodidáctica;
9. **Consultadoria sobre Gestão de Incidentes Críticos (CGIC):** intervenção que incide na tomada de decisão na gestão do incidente crítico nas primeiras horas/dias e na posterior promoção da resiliência psicológica dos bombeiros, equipas, Comando e Corpo de Bombeiros afectados.

Conclusão

As EAPS integram a resposta operacional da ANPC, com equipas de âmbito supradistrital que cobrem o território de Portugal Continental. Todos os seus operacionais são bombeiros, que são, simultaneamente, psicólogos ou assistentes sociais, e a sua missão quotidiana nas EAPS incide exclusivamente no apoio psicossocial aos bombeiros portugueses. No âmbito da sua missão quotidiana e do Sistema Integrado de Operações de Protecção e Socorro (SIOPS), as EAPS actuam em estreita articulação com o Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (CAPIC) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), bem como com outras entidades com respostas ao nível do apoio psicossocial em emergência.

As EAPS pautam-se por uma acção e metodologia científicas transversal em todo o território continental, alicerçada numa atitude genuína de auxílio profissional, evidenciadas por cada elemento que é chamado para intervir. É de realçar que estas equipas funcionam em regime de voluntariado, pelo que a missão de promover a saúde ocupacional dos bombeiros portugueses é assegurada pelo espírito de abnegação que caracteriza os bombeiros em geral e os que integram as EAPS em particular.

2.6 INTERVENÇÃO EM CRISE EM CONTEXTO ESCOLAR

Márcio Pereira

“As escolas têm como foco principal os objectivos educacionais e apesar de crise poder ser prejudicial para o processo educacional e estar associada a efeitos psicológicos a curto e longo prazo, estas consequências muitas vezes podem ser amenizadas se o suporte adequado for fornecido no momento de crise.”

KLINE, SCHONFELD & LICHTENSTEIN, 1995
(CIT. POR ROBERTS, 2005)

As escolas são das primeiras estruturas a abrir após uma emergência/catástrofe e podem ser uma fonte de suporte da comunidade durante e após o incidente, pelo que é crucial que exista um plano de resposta que providencie serviços de apoio. Estes serviços de apoio são mais prováveis de serem fornecidos se a escola possuir um plano de resposta a uma crise já em funcionamento.

O plano deve abordar três grandes áreas: a) segurança e protecção; b) obtenção, verificação e divulgação de informação clara para funcionários, alunos, pais e para o público em geral (quando necessário); c) e a resposta às necessidades emocionais e psicológicas das pessoas envolvidas. Todas as três áreas devem ser abordadas em simultâneo na resposta à crise.

Uma resposta eficaz deve validar as reacções típicas a eventos potencialmente traumáticos e fornecer os mecanismos para os estudantes e funcionários poderem expressar e começar a lidar com as suas reacções pessoais ao evento. Um plano organizacional de preparação para crises permite que as escolas permaneçam proactivas, antecipando necessidades, avaliando os riscos e identificando os recursos disponíveis para responder à crise.

Enquanto os recursos de saúde mental da comunidade desempenham um papel vital ao ajudar uma escola na sua resposta a uma crise,

as intervenções primárias devem ser fornecidas pelos funcionários da escola porque já conhecem os seus alunos e porque vão continuar a estar com os alunos após o terminar da crise. Desta forma, torna-se importante a preparação de uma equipa de resposta à crise.

Nem todas as crises que afectam crianças em idade escolar necessitam ou beneficiam de uma resposta da equipa. Geralmente, as circunstâncias que envolvem questões de privacidade e confidencialidade, tais como o abuso ou agressão sexual, são mais bem tratadas através de equipas clínicas específicas, a menos que informações sobre esses eventos se tornem públicas e amplamente conhecidas dos membros da comunidade escolar. As crises que envolvem um número significativo de alunos ou funcionários da escola, que normalmente beneficiam de uma resposta da equipa, incluem situações que envolvam perda e luto (por exemplo, a morte de um estudante); ameaça à segurança pessoal (por exemplo, um acidente com um autocarro escolar, um rapto ou um incêndio); crise ambiental (por exemplo, um tornado ou um derrame químico nas proximidades). O modelo de organização que se apresenta em seguida fornece um plano de resposta geral que é aplicável a contextos específicos de crise.

A equipa de resposta à crise da escola é geralmente composta pelo director da escola, pela enfermagem, pelo serviço social, pelo/a psicólogo/a, pelos professores e funcionários. Algumas escolas podem incluir um representante dos pais/ encarregados de educação para ajudar no contacto com os pais/ encarregados de educação e para fornecer um elo de ligação entre a escola e os pais/ encarregados de educação. Esta equipa vai estar exposta a um nível de stress elevado, podendo sofrer de traumatização vicariante ou fadiga da compaixão, pelo que deverá existir um plano de ajuda para estes interventores.

O modelo de organização descrito na figura seguinte (Figura 8) utiliza uma estrutura de sete papéis. Embora cada papel tenha o seu próprio conjunto de tarefas e responsabilidades, cada membro da equipa deverá ser treinado noutros papéis de forma a se anteciparem

ausências. Os papéis incluem presidente da equipa, vice-presidente da equipa, coordenador dos serviços de aconselhamento, coordenador dos média, coordenador da notificação dos funcionários, coordenador de comunicação e coordenador de gestão de multidões (Lichtenstein *et al.*, 1994).

MEMBRO	PAPEL
Presidente da equipa	Preside a todas as reuniões da equipa de crise e supervisionar o funcionamento específico da equipa e dos seus membros.
Vice-presidente da equipa	Auxilia o presidente em todas as funções e substitui-o em caso de indisponibilidade.
Coordenador dos serviços de aconselhamento	Determina a extensão e a natureza dos serviços de aconselhamento necessários para uma crise específica e mobiliza os recursos da comunidade, conforme necessário. Supervisiona o treino e a supervisão da equipa que presta aconselhamento. Identifica e mantém o contacto permanente com os recursos da comunidade.
Coordenador dos média	É a pessoa de contacto para todas as solicitações da imprensa. Prepara um breve comunicado, se indicado, para a notificação dos membros da equipa, dos funcionários, dos alunos e dos pais/ encarregados de educação.
Coordenador da notificação dos funcionários	Estabelece, coordena e dá início a uma notificação em cascata aos membros da equipa e outros funcionários da escola depois do horário escolar.
Coordenador de comunicação	Supervisiona a comunicação interna. Regista e gere as chamadas relacionadas com a crise. Ajuda o coordenador da notificação dos funcionários e ajuda a manter um directório de recursos da comunidade existente.
Coordenador de gestão de multidões	Em colaboração com os departamentos de polícia e bombeiros locais, deverá supervisionar directamente o movimento dos alunos e funcionários. O plano de controlo de multidões deve incluir medidas para isolar áreas com evidência física e, no caso de uma ameaça real, para garantir a evacuação a fim de minimizar o risco de dano.

Figura 8 – Tabela de Organização da Equipa de Resposta à Crise em Contexto Escolar. (Adaptado de Lichtenstein *et al.* (1994)).

A comunicação

Um membro da equipa ao ser notificado de uma crise envolvendo um de seus alunos deve notificar imediatamente o presidente da equipa de crise e informá-lo do que sabe até ao momento e se existe

confirmação da informação. É preferível que a confirmação não seja obtida a partir da família da vítima; pelo contrário, o propósito de contacto com a família deve ser o de oferecer condolências e apoio. A ligação com as autoridades locais pode facilitar a confirmação atempada e rigorosa dos eventos de crise, bem como auxiliar na coordenação de serviços. O coordenador da notificação de funcionários vai iniciar o contacto com todos os funcionários da escola por meio da utilização de uma rede cascata de telefones pré-estabelecida. O presidente da equipa de crise estabelece contacto com a vítima e/ou a família para oferecer apoio e assistência.

Na sequência da notificação de uma crise, a equipa deve reunir-se no próprio dia ou antes do início do dia seguinte de escola, dependendo das circunstâncias. Na reunião pode utilizar-se a seguinte agenda:

- ➔ Compartilhar todas as informações actualizadas sobre o evento de crise e a resposta em curso, bem como quaisquer planos de rituais fúnebres que já tenham sido estabelecidos.
- ➔ Criar um fórum para professores e outros funcionários onde possam colocar questões, compartilhar as suas próprias reacções pessoais ou preocupações e oferecer *feedback* sobre as reacções que eles antecipam ou que notaram nos alunos.
- ➔ Distribuir anúncios de notificação e finalizar os planos para notificar os alunos e para entrar em contacto com os pais/ encarregados de educação (quando apropriado).
- ➔ Informar os funcionários de actividades específicas para apoiar os alunos, funcionários e pais/ encarregados de educação.

A equipa de crise tem de garantir que todas as informações pertinentes à crise são divulgadas aos alunos e funcionários de uma forma que facilite o processamento da informação e as suas reacções. A escola deve identificar os alunos mais próximos à vítima e notificá-los num local tranquilo e de apoio onde a sua dor possa ser expressada em privado. Para o resto do corpo discente, a informação deve ser estru-

turada para fornecer a notificação a todas as turmas aproximadamente ao mesmo tempo. Rumores e especulações devem ser corrigidos o mais rápido possível.

A informação aos pais/ encarregados de educação geralmente é efectuada através de material impresso enviado para casa com os alunos no dia da notificação. Além de fornecer informações sobre o evento, o material escrito pode oferecer orientação sobre como podem ajudar os filhos/ educandos a lidar com suas reacções e fornecer informação sobre os recursos comunitários de saúde mental. Folhetos psicoeducativos fornecendo informação sobre como ajudar as crianças de diferentes níveis de desenvolvimento a lidar com a dor, o luto, o trauma ou a perda devem ser preparados antes de qualquer evento de crise.

Se existe a atenção dos média, o coordenador dos média deve proporcionar-lhes a informação adequada por meio de um comunicado de imprensa. As informações relativas a como os média podem ajudar e ser menos prejudiciais para os alunos e para a equipa devem ser fornecidas. As entrevistas devem ser desencorajadas na escola, excepto as fornecidas pelo coordenador dos média.

Rituais fúnebres e memoriais

As equipas terão de abordar tanto o conteúdo como o momento dos rituais fúnebres e memoriais. Muitas vezes, estas questões são levantadas logo após a notificação do evento crise. Isto pode desviar a atenção das necessidades emocionais e psicológicas dos alunos e da equipa. É importante a equipa pensar sobre a melhor forma de lidar com *graffiti*, cartazes, placas ou t-shirts com uma imagem do falecido.

As demonstrações públicas espontâneas devem ser desencorajadas. Em vez disso, aos alunos e funcionários deve ser dada a oportunidade de expressarem os seus sentimentos através de intervenções planeadas. Utilizando os recursos da escola pode fazer-se um artigo de jornal, plantar uma árvore, um momento de silêncio ou o ritual de acender uma vela. Actividades que criam lembretes permanentes que podem

persistir na comunidade muito tempo após o trauma inicial devem ser evitados. Para projectos de memoriais a longo prazo, as escolas devem considerar que os reconhecimentos especiais irão ser esperados quando outro membro da comunidade escolar morrer.

A equipa deve abordar a forma de lidar com a secretária do falecido, cacifo e objectos pessoais. A equipa deve antecipar que o cacifo do falecido pode transformar-se num local informal de memorial, onde irão deixar mensagens ou colocar flores. Essas expressões espontâneas devem ser monitorizadas regularmente para detectar quaisquer reacções inesperadas. A equipa pode trabalhar com a turma do aluno para ajudá-los a identificar como gostariam de lidar com a mesa vazia que era utilizada pelo falecido.

Intervenção psicológica e salas de apoio

A escola deve considerar quando é adequado criar salas de apoio para aqueles estudantes que exigem uma intervenção mais intensiva do que a que pode ser fornecida por discussões na sala de aula dirigida pelo professor. O plano de resposta à crise deve especificar os técnicos e a localização das salas de apoio (por exemplo, em áreas mais resguardadas). Salas de apoio são um bom meio para lidar com um número limitado de alunos que tenham reacções e sintomas semelhantes. Geralmente, grupos de 3 a 6 participantes funcionam bem. O coordenador de serviços de aconselhamento deve planear o aconselhamento e, se necessário, solicitar recursos da comunidade e da saúde mental.

Se muitos grupos com mais de 7 elementos procuram assistência nas salas de apoio, pode indicar que as intervenções previstas nas salas de aula não estão a ser suficientes para atender às necessidades dos alunos, o que coloca em destaque a necessidade de mais formação e apoio dos professores em sala de aula.

A equipa de sala de apoio, sob a orientação do coordenador do aconselhamento, deve realizar uma intervenção inicial, seguindo os princípios dos Primeiros Socorros Psicológicos adaptados ao contexto escolar (Brymer *et al.*, 2009).

O modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos para as Escolas (PFA-S) é baseado na evidência empírica para ajudar estudantes, familiares e funcionários da escola na sequência de uma emergência. O PFA-S foi desenhado para reduzir as reacções iniciais causadas por emergências e para promover o restabelecimento do funcionamento adaptativo. Assume que os estudantes e todos os funcionários podem experienciar reacções imediatas à emergência (por exemplo, físicas, cognitivas, emocionais, comportamentais). Algumas destas reacções podem provocar sofrimento e interferir com a capacidade de lidar com a situação, mas o suporte e a intervenção de profissionais podem ajudar na recuperação destas reacções. O PFA-S tem o potencial de mitigar o desenvolvimento de problemas de saúde mental ou de dificuldades a longo prazo na recuperação, identificando e fazendo a ligação aos serviços, das pessoas que possam necessitar de ajuda especializada.

O modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos que é desenvolvido no terceiro capítulo tem as seguintes acções principais:

1. **Contacto e Estabelecimento da Relação.** Objectivo: Iniciar o contacto de forma empática e não intrusiva, de forma a oferecer ajuda.
2. **Segurança e Conforto.** Objectivo: Promover a segurança de forma imediata e providenciar conforto físico e emocional.
3. **Estabilização** (se necessário). Objectivo: Acalmar e orientar os sobreviventes em descontrolo emocional.
4. **Recolha de Informação:** Necessidades e Preocupações Actuais. Objectivo: Identificar as necessidades e preocupações imediatas, obter informação adicional de forma a ajustar a intervenção.
5. **Assistência Prática.** Objectivo: Oferecer ajuda prática aos sobreviventes na resolução das necessidades e preocupações imediatas.

6. **Conexão ao Suporte Social.** Objectivo: Ajudar a estabelecer ligação à rede social de suporte, incluindo membros da família, amigos e recursos da comunidade.
7. **Informação sobre o *Coping*.** Objectivo: Providenciar informação sobre as reacções de stress e como lidar com elas de forma a promover o funcionamento adaptativo.
8. **Referenciação a Serviços.** Objectivo: Promover a ligação dos sobreviventes a serviços necessários no presente ou no futuro.

Na recolha de informação é importante proceder a uma avaliação do risco para identificarem os estudantes que possam necessitar de apoio ou monitorização adicional. Newgass & Schonfeld (2005, cit. por Roberts, 2005) apontam os seguintes factores de risco:

→ **Grupos de afiliação com a vítima**

Os funcionários da escola devem tomar conhecimento das redes sociais formais e informais e das actividades que a vítima compartilhava com outros estudantes.

Um membro da equipa deve considerar no primeiro dia acompanhar as aulas que a vítima teria.

→ **Partilha de características ou interesses com a vítima**

Os alunos que partilham interesses ou atributos com a vítima podem estar mais propensos a um aumento de ansiedade e angústia.

→ **Estudantes com problemas de *coping* prévios**

Isolamento social.

História da ideação suicida ou de tentativas de suicídio.
História prévia de detenções, agressão ou consumos de droga ou de álcool.

→ **Os alunos que apresentam reacções extremas ou atípicas**

Estudantes com reacções de luto mais intensas do que as reacções da generalidade dos estudantes que não é explicado por uma estreita relação com a vítima.

Estudantes com relação próxima com a vítima que exibem pouca reacção à notícia.

→ **Os alunos com história pessoal de trauma**

Vítimas de crime ou violência.

Os alunos que ameaçaram ou agiram violentamente no passado.

→ **Os alunos com situações pessoais adversas no momento**

Problemas familiares.

Problemas de saúde.

Antecedentes psiquiátricos.

Conflitos significativos entre pares.

O planeamento da intervenção em crise na escola não pode ocorrer de forma isolada da comunidade. Um elemento fundamental na preparação envolve a identificação de recursos da comunidade, bem como as falhas dos serviços para abordar as necessidades de saúde mental emergentes de estudantes e funcionários no momento de crise. Através da colaboração efectiva entre as escolas e a comunidade de profissionais de saúde mental, as soluções podem ser desenvolvidas para aumentar a capacidade de resposta da comunidade em lidar com as necessidades de saúde mental de uma forma atempada e eficaz no momento de crise. A colaboração e planeamento em conjunto com a comunidade para melhorar a infra-estrutura de saúde mental trarão benefícios claros para os membros da comunidade escolar, mesmo fora do contexto de um evento de crise.

Intervenções em sala de aula

Para atender às necessidades emergentes dos alunos durante a crise, existem intervenções que podem ser executadas nas salas de aula. Actividades nas salas de aula reduzirão as exigências sobre os recursos de aconselhamento individual, permitindo direccionar os estudantes que necessitem de intervenção mais intensiva.

É necessário dar formação para preparar os professores para fornecer este serviço. O treino deve contemplar a compreensão do desenvolvimento da morte e respostas ao luto; ser adaptado para os professores (e administradores) e garantir que as competências aprendidas podem ser aplicadas em diferentes cenários de crise. Os professores podem ainda necessitar de apoio adicional da equipa de aconselhamento, a fim de serem capazes de fornecer este serviço dentro das suas salas de aula.

A crise desperta muitas vezes sentimentos relacionados com uma crise prévia que pode assumir o foco primário para uma criança em particular. Nesses momentos, as crianças podem estar inclinadas a divulgar uma vasta gama de crises pessoais (por exemplo, mortes anteriores, questões não resolvidas sobre conflitos ou sobre o divórcio dos pais). Os professores precisam de acesso regular à equipa de aconselhamento para abordar estas preocupações “acidentais” (Schonfeld, 1989).

Existem três categorias gerais de actividades em sala de aula que podem contribuir para a expressão de sentimentos e pensamentos das crianças: **discussões, actividades escritas e projectos de arte**. Os professores deverão estar familiarizados com o desenvolvimento e com as capacidades dos seus alunos, bem como com métodos para lidar com situações exigentes anteriores, e devem escolher as modalidades que melhor se adaptem à situação.

As **discussões** são mais eficazes quando lideradas pelo professor. No entanto, se devido à sua ligação pessoal com o evento crise se o professor se sente incapaz de dirigir a actividade na sala de aula, pode ser necessário outra pessoa orientar a discussão, enquanto ao professor é permitido observar e participar. As discussões devem tentar desmistificar o evento e resolver qualquer pensamento mágico que possa estar a influenciar a percepção dos alunos, corrigir rumores e fornecer explicações lógicas do que aconteceu. Detalhes imagéticos que descrevem lesões e imagens perturbadoras devem ser evitados. A noção das necessidades desenvolvimentistas e das capacidades dos alunos

pode ajudar a orientar quanto às informações de que precisam para processar a experiência, sem sobrecarregar as suas estruturas defensivas (Yussen & Santrock, 1982). Durante estas discussões, os professores não devem tentar esconder os seus próprios sentimentos e reacções mas, em vez disso, devem ser encorajados a modelar formas de falar e lidar com os sentimentos. Os alunos podem precisar de ajuda para se concentrarem nos seus sentimentos. Os professores devem ter algum tempo para si para se aperceberem de forma consciente dos seus sentimentos e reacções. Devem ser oferecidas oportunidades para os professores conversarem com seus pares sobre como estão a reagir ao incidente e às suas discussões com os alunos.

As **actividades escritas** são muitas vezes utilizadas como uma forma de permitir que os alunos expressem a sua angústia e tristeza. Se forem utilizadas em excesso, ou de forma indiscriminada, o seu impacto pode ser diluído. Por vezes, toda a turma é convidada a escrever uma nota ou outro exercício, como um poema que recorde uma memória alegre de um momento passado com a vítima. No entanto, essa actividade não reconhece as relações únicas que cada aluno teve com a vítima. Considerando que alguns alunos podem ter tido um relacionamento significativo com a vítima, enquanto outros poderiam ter uma relação mais distante ou mesmo de conflito, o exercício escrito para a turma poderá reduzir a eficácia para os estudantes que possuíam uma relação mais próxima de expressar a sua perda. As actividades escritas são mais benéficas para os alunos que possuem um maior desenvolvimento da escrita. Independentemente da atribuição e do seu objectivo (ou seja, para ser partilhada dentro da turma, para ser enviada para a família como uma forma de suporte ou como uma ajuda para o processamento individual do evento), todos os trabalhos escritos podem ser observados para identificar quaisquer sinais de perturbação emocional extrema ou conteúdo inapropriado.

Os **projectos de arte** também podem ser utilizados para facilitar a expressão emocional na sala de aula. Estes geralmente assumem a forma de imagens e memoriais temporários. Esta intervenção pode

ser especialmente útil para as crianças mais jovens, mas todos os grupos etários podem utilizar as actividades relacionadas com a arte para expressar o seu estado interior. Seja qual for a abordagem, é importante que a actividade seja utilizada para trabalhar as respostas emocionais e não para “diagnosticar” os alunos por causa do conteúdo ou da estrutura das suas obras de arte.

O Center for Mental Health in Schools da UCLA (2008) propõe para a recuperação em cenário de catástrofe as seguintes actividades para a sala de aula de acordo com as faixas etárias:

Pré-escola e actividades de jardim-de-infância:

- ➔ **Brinquedos** (por exemplo, camiões de bombeiros, camiões de resgate, ambulâncias). Incentivar o jogo da reencenação de experiências e observações dos alunos durante uma experiência traumática pode ajudar a integrar as experiências.
- ➔ **As crianças nesta idade perante períodos de stress necessitam de muito contacto físico por parte dos cuidadores para recuperar o sentimento de segurança.**

Os jogos que envolvem de forma estruturada o tocar ajudam a colmatar esta necessidade.

- ➔ **Brincar com fantoches pode ser eficaz na redução das inibições e incentivar as crianças a discutir os seus sentimentos.**
- ➔ **Solicitar às crianças para fazerem desenhos individuais sobre o evento e, em seguida, discuti-los com eles.**

Esta actividade ajuda as crianças a descobrir que os outros compartilham os seus medos.

- ➔ **Ler histórias para as crianças que descrevam as experiências de outras crianças (ou animais) num incidente.**

Ajuda a mostrar como as pessoas lidam com os sentimentos de medo.

- ➔ **Quando as crianças estão inquietas ou ansiosas, qualquer actividade que envolva grande actividade física é útil.**

Actividades para o Ensino Básico (nomeadamente para o 1.º e 2.º Ciclos do Ensino Básico):

- ➔ **Frequentemente as crianças respondem melhor a um fantoche perguntando sobre o que aconteceu do que se um adulto perguntar directamente o que aconteceu.**

Ajudar ou incentivar os alunos a desenvolver teatro de fantoches sobre o que aconteceu no evento (incluir os aspectos positivos, bem como os aspectos que provocaram medo).

- ➔ **Peça às crianças que façam desenhos individuais e, em seguida, fale sobre os desenhos em grupos pequenos.**

É importante na discussão do grupo terminar com uma nota positiva. É importante para validar sentimentos e para ajudar os alunos a sentirem-se menos isolados.

- ➔ **Peça às crianças para pensarem sobre os planos de segurança escolares ou familiares.**

O que fariam eles se tivessem de evacuar a escola? Como poderiam entrar em contacto com os pais? Como poderiam ajudar a família?

- ➔ **Leia em voz alta, ou peça às crianças para lerem, histórias ou livros que abordem as reacções das crianças ou famílias em situações de stress.**

Enfatize a resolução criativa e positiva de problemas.

Actividades para o 3.º Ciclo do Ensino Básico e para o Ensino Secundário:

- ➔ **Discussão em grupo das experiências do evento é particularmente importante entre os adolescentes.**

Podem necessitar da oportunidade para expressar sentimentos, bem como para normalizar as emoções extremas que podem ter experienciado. Uma boa forma de estimular essa discussão é o professor partilhar as suas próprias reacções ao evento. É importante acabar a discussão com uma nota positiva

como, por exemplo, falar sobre actos heróicos que foram observados.

- **Divida a turma em pequenos grupos e coloque-os a desenvolver um plano de emergência para a sua casa, escola ou comunidade.**

Esta tarefa pode ajudar os alunos a reconquistar um sentido de controlo e segurança. Os grupos podem partilhar os seus planos numa discussão aberta a toda a turma.

- **Realizar uma discussão na turma e/ou apoiar um projecto da turma sobre a forma de como os alunos podem ajudar no esforço de recuperação da comunidade.**

É importante ajudá-los a desenvolver formas concretas e realistas de ajuda. O envolvimento na comunidade pode ajudar a superar os sentimentos de desamparo e frustração e a lidar com a culpa de sobrevivente e outras reacções comuns em situações de catástrofe.

- **Incentive os alunos que tiveram formação em primeiros socorros a demonstrar à turma técnicas básicas de socorro.**
- **Faça projectos sobre o stress, a resposta fisiológica ao stress e como lidar com ele.**
- **Convide oradores envolvidos na saúde pública e/ou na saúde mental e das entidades de resposta à emergência para falarem com a turma.**

Conclusão

A equipa de intervenção de crise constituída por funcionários da escola é ideal para coordenar as actividades de prevenção e para a prestação de serviços na intervenção aos alunos no momento de uma crise. É importante a existência de um modelo de intervenção na crise de forma a organizar as actividades e papéis da equipa. No planeamento, é crucial envolver a comunidade e os serviços de saúde mental, para que estes serviços possam estar disponíveis no momento de uma crise para o benefício mútuo dos alunos e da comunidade. Na intervenção

psicológica deverá ser utilizado como primeira abordagem o modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos adaptado ao contexto escolar.

BIBLIOGRAFIA

- Brymer M, Taylor M, Escudero P, Jacobs A, Kronenberg M, Macy R, Mock L, Payne L, Pynoos R, Vogel J. (2009). *Psychological First Aid for Schools - Field Operations Guide*. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.
- Center for Mental Health in Schools at UCLA. (2008). *Responding to Crisis at a School. A Resource Aid*, p. 21. Disponível em: <http://smhp.psych.ucla.edu/pdfdocs/crisis/crisis.pdf>. Consultado em: 2 de Março de 2015.
- Lichtenstein, R., Schonfeld, D., Kline, M., & Speese-Linehan, D. (1995). *How to prepare for and respond to a crisis*. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Roberts, A. R. (2005). *Crisis Intervention Handbook: assessment, treatment, and research*. 3rd ed., Oxford University Press.
- Schonfeld, D. (1989). Crisis intervention for bereavement support: a model of intervention in the children's school. *Clinical Pediatrics*, 28, 27–33.
- Yussen, S., & Santrock, J. (1982). *Child development: An introduction*. Dubuque, IA: Wm. C. Brown.

2.7 INTERVENÇÃO EM CRISE EM CONTEXTO PRISIONAL

Dulce Pires e Márcio Pereira

Introdução

Contexto Prisional

O contexto prisional reveste-se de uma dinâmica e caracterização próprias, como tal, torna-se imperativo uma exposição sobre o mesmo de modo a que se compreenda a importância e recorrência da intervenção em crise.

A função da instituição prisional como aparelho de Estado concerne à sua capacidade de exercer de forma legítima a força e de destituir da liberdade um grupo mais ou menos vasto de indivíduos com comportamentos desviantes (Gonçalves & Machado, 2002), bem como o de ressocializar os mesmos com via à futura reintegração na sociedade (Moreira, 2008). Para Goffman (1968, cit. por Carvalho, 2003, p.41) esta instituição total representa:

“(...) um local de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos, colocados na mesma situação e segregados do mundo exterior por um período relativamente longo, levam em conjunto uma vida reclusa (...)”

A entrada num estabelecimento prisional pode considerar-se um acontecimento significativo de vida sendo, por isso, distinto dos demais acontecimentos habituais, em que as experiências anteriores não se revelam suficientes na adaptação a uma nova realidade. Como tal, é normativa a percepção da falta de recursos pessoais para fazer face a esta nova realidade e às exigências que a mesma comporta, acrescendo o facto de os recursos sociais se encontrarem mais inacessíveis (Moreira, 2008). Este é um dos momentos mais críticos para o indivíduo que pode desencadear crises psicológicas, ou seja, face a uma situação exigente, as competências e estratégias usuais do indivíduo para fazer face a um problema são insuficientes, ocorrendo uma disrupção da homeostasia psicológica (Roberts, 2005).

Quando entra na instituição prisional o indivíduo desagrega-se do seu mundo exterior (Almeida, 2006), cujo isolamento proporciona naturalmente um ambiente ansiogénico permanente (Silva & Gonçalves, 1999, cit. por Ventura & David, 2001). No interior deste espaço é submetido a degradações, mortificações e uniformizações da sua personalidade, originando uma “mutilação” da mesma, representando este processo o início da construção de uma nova personalidade moral, adaptada à instituição (Carvalho, 2003).

O contexto prisional e as vivências dentro deste meio expõem de forma constante o indivíduo a acontecimentos potencialmente trau-

máticos (por exemplo, violência), estes podem tornar-se responsáveis pelo estado de stress crónico, principalmente na fase inicial em que ainda não existe uma adaptação à subcultura prisional, estando de forma continuada exposto a microindutores de stress (por exemplo, sobrelotação, ruídos, perda de privacidade, conflitos). O contacto e o convívio com os outros reclusos tornam-se responsáveis pela internalização do medo e da falta de segurança (Moreira, 2008), sendo que a cultura prisional dita um instinto protector e um afastamento entre reclusos (Phillips, 2001, cit. por Schwartz, Buboltz & Seemann, 2004).

Diante de um processo algo extensivo de privação que o indivíduo é sujeito, este cria defesas contra a exploração e a falta de controlo interpessoal no ambiente prisional que poderia provocar investimentos emocionais em relacionamentos que se tornariam um risco pela sua imprevisibilidade de forma negativa (Haney, 2001). Os reclusos que trabalham a designada “máscara prisional” a nível emocional e comportamental podem desenvolver uma instabilidade emocional que se pode tornar crónica e debilitante nas interações sociais e nos relacionamentos, estabelecendo-se uma distância constante entre eles e os outros.

A vivência interna do indivíduo recluso é constituída por diversos percursos desviantes, associados a morais e culturas desviantes específicas, bem como ao próprio carácter promíscuo, corrupto e amoral que serve de base às relações de poder e de interesses instituídas que respeitam aos variados negócios que se desenvolvem, pois todos os produtos servem para tal, principalmente no que concerne ao tráfico de droga (Carvalho, 2003). Este processo pode ser descrito como “prisonalização”, “prisonização” ou “institucionalização”, ocorrendo na maioria das vezes de forma inconsciente. A partir deste, as tradições, valores, atitudes e costumes díizimos pela população reclusa são apreendidos como internos, como uma forma “natural” de adaptação ou até mesmo de sobrevivência ao sistema prisional (Barreto, 2006).

A característica que marca de forma negativa o sistema prisional português é a sobrelotação (Expresso, 2011), pelo facto de que, no con-

texto europeu ocidental, Portugal é o que tem o maior número de presos por 100.000 habitantes, situação que ocorre devido à longa duração das penas, o que faz com que o que tem vindo a ser referenciado possa ser agravado em termos de efeitos psicológicos para o indivíduo.

No que se reporta à adaptação à prisão, de acordo com os autores Irwin, Irwin & Cressey (1962, 1970, cit. por Gonçalves, 1999) podem considerar-se: i) reclusos para quem, devido a nunca ter estabelecido laços de vinculação, a prisão é o seu mundo, tendo um estilo comportamental violento, procurando posições de influência e liderança por meio do poder persuasivo; ii) os que preferem tentar passar despercebidos na prisão, evitando problemas e ocupando-se em actividades várias; iii) e um grupo de reclusos que procura utilizar a prisão como meio de reabilitação para tentar mudar de vida, dedicando-se à leitura, à formação escolar e profissional, afastando-se dos antigos companheiros; sendo que os reclusos toxicodependentes aceitam a privação da droga como o início da sua recuperação (Gonçalves, 1999).

No que concerne à violência e à vitimização, Wettstein (1998, cit. por Moreira, 2008) refere a tríade do trauma correcional, que é constituída por sentimentos de medo da violência, violação e isolamento. Embora a violência seja supervisionada de forma constante pelos serviços de vigilância, a mesma existe e suscita medo, tornando-se facilitada pela construção artesanal de instrumentos e de armas que podem ferir e, em casos mais graves, levar à morte. Assim, pode mencionar-se que além da liberdade também se perde a segurança, podendo constituir um dos maiores sofrimentos durante o encarceramento, o qual pode ser potencialmente exacerbado no âmbito de negócios ilícitos, como o tráfico de droga.

A vitimização (Gonçalves, 1999, cit. por Moreira, 2008) abrange diversos âmbitos: i) âmbito físico, caracteriza-se tanto pela ocorrência de situações pontuais como de situações crónicas; ii) âmbito psicológico, que abarca o surgimento de rumores, as ameaças de violência, os insultos verbais (por exemplo, por vezes com vista à usurpação de bens), o envolvimento em lutas e cobranças, entre outros; iii) âmbito

económico, que inclui a subtracção de bens através de roubo, extorsão ou furto; e o iv) âmbito sexual. O processo de vitimização pode assumir duas formas, directa ou indirecta; sendo directo, entre a vítima e o agressor existe um contacto imediato; ou indirecto, ocorrendo este de forma mais subtil e menos perceptível pelos serviços como, por exemplo, disseminar rumores.

Perturbações Mentais

Outra das problemáticas inerentes ao contexto prisional reporta-se à existência de elevadas prevalências de perturbações mentais, com especial foco nas perturbações de personalidade, que acrescem a ocorrência de episódios de crise, e, assim, a necessidade da intervenção em crise, como forma especializada de intervenção em contexto psicológico.

Após pesquisa de inúmeros estudos no que concerne à prevalência das perturbações mentais entre reclusos, percebe-se que a maioria dos estudos realizou as suas pesquisas na área das perturbações ligadas ao eixo II do DSM-4, ou seja, na área das perturbações de personalidade. Segundo Hartwell (2004), a prevalência de doença mental entre reclusos é quatro vezes superior à da população em geral, sendo a existência de perturbações de personalidade e situações de comorbilidade uma constante (Paulino & Pires, 2012). Tendo em conta uma revisão da literatura, algumas perturbações de personalidade surgem com prevalência mais elevada (de acordo com a classificação do DSM-4-TR), nomeadamente a perturbação anti-social da personalidade, a perturbação narcísica, a paranóide e o estado-limite (por exemplo, Coid, 2002; Pires, Pereira & Brites, 2011; Rotter *et al.*, 2002).

Outra problemática merecedora de atenção é a ideação/intenção suicida, pelo que Moreira (2008) menciona que de 1999 a 2004 por cada suicídio na população em geral ocorreram 14 suicídios nas prisões. A problemática da comorbilidade das diversas perturbações existentes nesta população potencia o aumento do risco suicidário, existindo um maior risco nos indivíduos que apresentam síndromes

externalizantes, que são frequentes nestes indivíduos (por exemplo, agressividade reactiva, criminalidade persistente, perturbação da personalidade anti-social, etc.) (Moreira, 2008).

Neste contexto, torna-se ainda mais urgente destrinçar comportamento suicida de comportamento manipulatório, sendo que neste último não existe intenção de morte mas sim a intenção do comportamento ser um meio para atingir outros fins. Contudo, é fundamental uma avaliação cuidada, dado o facto de que desses comportamentos manipulatórios podem ocorrer mortes acidentais. A problemática das automutilações, algo frequente em contexto prisional, pode surgir no âmbito dos comportamentos manipulatórios, de comportamentos para-suicidas e de perturbações de personalidade, nomeadamente, na perturbação estado-limite, cujos estudos demonstram prevalências significativas neste contexto (Pires, Pereira & Brites, 2007; Shea, 1993).

Além da necessidade imperativa de um tratamento continuado com vista a uma melhor adaptação à sociedade e a uma estabilidade nas estruturas próprias da personalidade, bem como de doenças mentais, a intervenção em crise torna-se assim uma peça fundamental e inerente no tratamento penitenciário. Tal como releva Paulino & Pires (2012, p. 129):

“Ao reflectirmos sobre as intervenções psicológicas levadas a cabo com os indivíduos reclusos, nos quais domina a comorbilidade, coloca-se um outro desafio aos clínicos, nomeadamente a intervenção em crise e emergência psicológica que surge com frequência dentro deste contexto e requer intervenções diferenciadas da psicoterapia pelo seu carácter emergente (Roberts, 2005). É, no entanto, fundamental referir que podem surgir emergências comportamentais que não fazem parte de uma situação de crise, por si, mas que decorrem do funcionamento inerente às perturbações de personalidade.” (Callahan, 2009).

Intervenção em Crise em contexto prisional

A intervenção em crise deve ser integrativa, isto é, um sistema constituído por estratégias em que cada técnica de intervenção deve contribuir para a constelação de procedimentos de intervenção na demanda de resposta a qualquer circunstância e não apenas para a eficácia de situações clínicas e pré-clínicas (Millon, 2003, in Roberts, 2005).

Em qualquer intervenção de carácter psicológico e, em específico, de intervenção em crise a capacidade de escuta activa torna-se fundamental. Lanceley (2003) refere inclusive que é a primeira competência de um bom profissional que trabalhe em situações de crise. Um dos pressupostos da escuta activa é que as pessoas que compreendem os sentimentos dos outros terão mais competências para os ajudar a resolver os seus problemas de foro emocional. Outro dos pressupostos é que quando o profissional demonstra compreensão pelos sentimentos do indivíduo, é percebido como sendo empático (a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro) e compreensivo, estabelecendo-se uma ligação que potencia o desenvolvimento da gestão e controlo da crise.

A nomeação das emoções e dos sentimentos inclui-se nas competências de escuta activa no objectivo da compreensão da problemática presente do indivíduo intervencionado. Contudo, o profissional não refere como a pessoa se está a sentir, mas como lhe parece que a pessoa se está a sentir, permitindo-lhe reformular ou corrigir essa nomeação. Com esse espaço que é criado, a tentativa do profissional é recebida, por norma, como uma procura genuína em ajudar o outro e não como imposição ou avaliação.

No estabelecimento do contacto terapêutico, é fundamental que o profissional esteja focado no indivíduo, o que envolve não apenas a capacidade de *feedback* e resumo – *técnica de parafrasear* – do que foi dito e expresso em prol da compreensão da sua realidade; a capacidade de comunicação verbal, como também a capacidade de comunicação não verbal. Deste modo, a postura, os gestos, a expressão facial, o tom

de voz do profissional têm de reflectir essa compreensão e atenção, sendo consistentes com a comunicação verbal (Lanceley, 2003).

Expomos em seguida um modelo amplamente aceite de intervenção em crise, de Albert Roberts (2005), que pode ser aplicado nas variadas situações no domínio da emergência, cuja adaptação apresentamos integrando algumas especificidades do contexto prisional. Este modelo comporta as seguintes fases de intervenção:

1 – Planear e realizar uma avaliação da crise

- ➔ Avaliação de risco potencial e iminente (por exemplo, ideação/intenção suicida ou homicida; influência de drogas ou álcool; método);
- ➔ Reunir informação sobre a situação;
- ➔ Avaliar a necessidade da intervenção de outros técnicos ou de outro tipo de ajuda: médicos, enfermeiros, serviços de vigilância, transporte para serviços de urgência e/ou hospital prisional.

2 – Estabelecer contacto psicológico e estabelecer de forma rápida a relação terapêutica

- ➔ Conceitos-chave: empatia, respeito, aceitação, atitude neutra, de não julgamento;
- ➔ Empregar técnicas de escuta activa: clarificação, reflexão dos sentimentos, resumo, paráfrase;
- ➔ Restabelecer a sensação de segurança (por exemplo, remover o indivíduo da ala/sítio de conflito/crise para gabinete/serviços clínicos e/ou local de protecção).

3 – Identificar o problema

- ➔ Através de questões abertas pedir que explique e descreva o(s) problema(s), o que aconteceu e restabeleça um contínuo dos acontecimentos e acções de modo a promover a integração cognitiva da situação;

- ➔ Procurar averiguar quais os eventos precipitantes da crise e se já teve uma crise semelhante (antecedentes pessoais).

4 – Lidar com sentimentos e emoções

De modo a restabelecer o controlo emocional deve promover-se:

- ➔ Ventilação e expressão de sentimentos;
- ➔ Validação e normalização dos sintomas de stress;
- ➔ Técnicas de escuta activa;
- ➔ Técnicas de controlo respiratório e relaxamento.

5 e 6 – Explorar, Gerar Alternativas, desenvolver um plano de acção

- ➔ Explorar as estratégias de *coping* (adaptação) utilizadas anteriormente, alertando para as estratégias de *coping* negativas nestas situações (por exemplo, consumo excessivo de álcool), promovendo a psicoeducação;
- ➔ Questionar como lida com sentimentos intensos como a raiva, a dor e a perda;
- ➔ Rede de apoio, quem são as pessoas que podem suprimir as necessidades imediatas – ligação com técnicos de reeducação, serviços de vigilância, com a direcção do próprio estabelecimento se necessário (por exemplo, se a pessoa se encontrar em perigo de vida por ameaças de outros reclusos; se a pessoa se encontrar em risco de suicídio/homicídio);
- ➔ Utilização de técnicas de resolução de problemas – organização de necessidades e possíveis soluções.

7- Follow-Up

- ➔ Referenciação e seguimento pelos diversos serviços, neste caso, dos estabelecimentos prisionais/sistema nacional de saúde, naquilo que são as suas diversas competências e funções numa integração de intervenções multidisciplinares (Roberts, 2005).

No âmbito de variadas situações de intervenção em crise que podem suceder neste contexto, fruto da própria privação de liberdade, das dinâmicas inerentes ao contexto já explanadas ou das próprias perturbação de ordem mental, surge ainda o mundo fora das grades que continua a decorrer às famílias e pessoas significativas. Essa adaptação e vivência desse mundo agora à parte, sem a possibilidade de contribuir para o seu desenvolvimento de forma mais activa, também traz sofrimento, originando inúmeras situações de crise, nas quais se incluem também o falecimento e/ou doença de pessoas significativas, que requerem da psicologia a sua intervenção em emergência. Tal como Rogers (1951/2004, p.487) referiu, “[o] organismo, um sistema vivo, holístico, que se desenvolve, é a realidade psicológica básica. Qualquer desvio dessa realidade ameaça a integridade da pessoa.”

Caso Prático

Uma das situações de crise que pode suceder em contexto prisional reporta-se à temática do suicídio, que em contexto prisional é revestida de particularidades, nomeadamente: a própria reclusão produz sentimentos de solidão e desespero; o meio, já caracterizado, é pautado pela violência e por dinâmicas de “negócios” (por exemplo, estupeficientes, bens de primeira necessidade, tabaco) o que não raras vezes provoca pressões e tensões acrescidas e situações inerentes de desespero por situações de “dívidas”; acontecimentos de índole negativa e traumática sucedem-se fora de portas com elementos próximos e significativos (por exemplo, família); a própria reflexão existencial sobre onde se encontra e o que fará do futuro; e a existência de situações de manipulação para obtenção de benefícios ou concretização de objectivos. Contudo, essa situação não deve de todo ser menosprezada dada a possibilidade da existência de “acidentes”, em que o suicídio se concretiza sem ter sido esse o objectivo primário, dado que estes indivíduos levam a manipulação a últimas instâncias, crendo que estão a controlar as situações.

Como tal expomos e reflectimos sobre técnicas de intervenção em crise num exemplo específico em que um indivíduo manifesta através do seu pedido de consulta ou, por exemplo, a colegas de “cela” que comunicam aos serviços que se encontra com pensamentos de carácter suicidário. É, assim, importante que se relevem as seguintes técnicas (Kleespies, 2009; Lanceley, 2003; McCains & Mullins, 2010):

Adaptar a linguagem verbal ao indivíduo, simplificando o vocabulário se necessário, utilizando um tom de voz calmo, mas seguro;

Permitir que a pessoa ventile as suas emoções, utilizando a escuta activa e a nomeação de emoções. Contudo, não intensificando nem explorando o sofrimento inerente neste momento crítico, que deve ser deixado para contexto de psicoterapia posterior;

Procurar compreender a situação como um todo, avaliando os factores de risco presentes (por exemplo, tentativas de suicídio anteriores; falta de apoio familiar; psicopatologia; medicação prescrita, etc.) e quais podem ser os factores protectores (por exemplo, família; objectivos de vida; filosofias/crenças positivas) de modo a que estes últimos sejam enunciados durante a intervenção. Sempre que possível deve reunir-se o máximo de informações sobre a história de vida da pessoa;

O suicídio é uma estratégia de resolução de problemas, uma situação de desespero em que a percepção da pessoa no momento é muito restrita, pelo que deve ser proporcionado apoio na abertura dessa mesma percepção da realidade e alternativas de resolução de problemas. Falar abertamente acerca da realidade do suicídio, porque por vezes as pessoas têm uma ideia errada de como vai acontecer, considerando, por exemplo, que não existe dor nem para si nem para as pessoas que lhes são significativas;

Não ter receio de perguntar se a pessoa tem intenção de se suicidar, uma vez que só compreendendo a realidade se pode prevenir e intervir. Averiguar o grau da ideação suicida (pensamentos sobre o suicídio), em que medida existe uma evolução para a intenção suicida (planos; estruturação sobre como efectivar o suicídio);

Procurar compreender as crenças culturais, religiosas e outras de modo a adequar a comunicação com o indivíduo, averiguando se as mesmas podem ser factores de risco ou de protecção que possam ser uma referência em intervenção na negociação de aceitação de ajuda (por exemplo, negociação que visa a aceitação de ajuda psicológica/psiquiátrica no âmbito da crise e posterior seguimento em consulta, com vista a mudar a presente ideação/intenção suicidária);

Ter em consideração alguma psicopatologia existente; se a mesma existir nalguma forma deve-se adaptar a intervenção tendo em conta as características patentes dessa mesma psicopatologia no indivíduo em questão, dado que a psicopatologia também varia em consonância com a personalidade única de cada indivíduo;

Quando se avalia que se trata de manipulação deve-se procurar por um lado não desvalorizar, considerando possíveis acidentes, por outro não ceder, procurando, contudo, compreender o sentido do pedido/exigência que é feito e efectuar uma negociação, com vista a serem consideradas outras estratégias para a resolução da situação que não a tentativa do suicídio;

Promover a exploração de recursos e de estratégias de resolução de problemas que auxiliem na situação em causa;

Estabelecer um contrato após a estabilização do indivíduo para um próximo momento terapêutico;

Aceder ao próprio stress e impacto interno da situação, pois as situações em emergência são por natureza exigentes e requerem uma preparação do próprio profissional a nível de formação, apoio e supervisão.

Conclusão

O contexto prisional reveste-se de características próprias fruto das dinâmicas inerentes ao próprio ambiente, pautado por negócios e interações exigentes, que incluem inúmeras vezes pressões, ameaças e outras formas de violência e abuso. A acrescer, a perda de liberdade e a situação de reclusão em si originam e potenciam situações de crise

psicológica recorrentes. A existência de perturbações mentais e sobretudo de perturbações de personalidade são exacerbadas neste contexto, contribuindo para a ocorrência de crises, que necessitam de uma intervenção psicológica específica.

A intervenção em crise diferencia-se da psicoterapia na medida em que a primeira procura a prevenção, dissipação e restauração do funcionamento prévio, sendo activa e directiva, direccionada à redução de sintomas e estabilização. A segunda visa a reconstrução e o desenvolvimento pessoal, incluindo o tratamento da psicopatologia, reportando-se não só ao presente como ao passado.

A reclusão comporta um período de crise normativa para o recluso, que amplifica a necessidade de resposta dos serviços de saúde, nomeadamente da resposta psicológica. Esta última deverá estar integrada numa equipa multidisciplinar, deverá ter em conta o contexto de reclusão e deverá assentar também em modelos de intervenção na crise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Almeida, S. (Agosto, 2006). “Psicólogo Atrás das Grades”. *Psicologia Actual*, 6, 96-99.
- Barreto, M. (2006). “Depois das Grades: Reflexo da Cultura Prisional em Indivíduos Libertos”. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26, 4, 582-593.
- Callahan, J. (2009). “Emergency intervention and crisis intervention”. In Kleespies, P. (Ed.). *Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluation and managing risk of suicide, violence and victimization*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 13-32.
- Carvalho, C. (2003). *Corpos Minados: Um estudo exploratório no espaço interno da cultura prisional*. Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Coid, J. (2002). Personality disorders in prisoners and their motivation for dangerous and disruptive behaviour. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 12, 209-226.

- Cruz, P. T. (28 de Junho de 2011). Prisões: Guardas vão ser recebidos pela ministra da justiça. *Expresso*. Disponível em: <http://aeiou.expresso.pt/prisoos-guardas-vao-ser-recebidos-pela-ministra-da-justica=f657452>. Consultado em: 3 de Janeiro de 2012.
- Gonçalves, R. (1999). *Psicopatia e processos adaptativos à prisão*. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.
- Gonçalves, R., & Machado, C. (2002). *Violência e Vítimas de Crimes Vol 1 – Adultos*. “Coleção Psicologia Clínica e Psiquiatria 12”. Coimbra: Quarteto Editora.
- Haney, C. (2001). *From prison to home: The effect of incarceration and reentry on children, families and communities*. University of California.
- Hartwell, S. (2004). Comparison of Offenders with mental illness only and offenders With Dual Diagnoses. *Psychiatric Services*, 55, 2, 145-150.
- Irwin, J. (1970). *The felon*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Irwin, J., & Cressey, D. (1962). Thieves, convicts and the inmate culture, *Social Problems*, 10, 145-155.
- Kleespies, P. (2009). *Behavioral Emergencies: Na evidence-based resource for evaluationg and managing risk of suicide, violence, and victimization*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lanceley, F. (2003). *On-Scene Guide for Crisis Negotiators*. 2nd ed., New York: CRS Press.
- McCains, M., & Mullins, W. (2010). *Crisis Negotiations: Managing critical incidents and hostage situations in law enforcement and corrections*. New Providence: LexisNexis Group.
- Moreira, N. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Paulino, M., & Pires, D. (2012). Caracterização do indivíduo recluso: A comorbilidade em contexto prisional. *Peritia – Revista Portuguesa de Psicologia*. Edição Especial, 120-132.
- Pires, M., Pereira, M., & Brites, R. (2007). *Estudo exploratório da sintomatologia e personalidade do indivíduo recluso no Estabelecimento Prisional do Linho*. Universidade Autónoma de Lisboa. [Monografia].
- Pires, M., Pereira, M., & Brites, R. (2011). Estudo exploratório da sintomatologia e personalidade do indivíduo recluso no Estabelecimento Prisional do Linho. *Revista da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Psicologia da Justiça*, 4, 89-110.
- Roberts, A. (2005). *Crisis Intervention Handbook – Assessment, Treatment, and Research*. 3rd ed., New York: Oxford University Press.

- Rogers, C. (2004). *Terapia Centrada no Cliente*. Lisboa: Edual. (obra originalmente publicada em 1951).
- Rotter, M., Way, B., Steinbacher, M., Sawyer, D., & Smith, H. (2002). Personality Disorders in Prison: Aren't they all Antisocial?. *Psychiatric Quarterly*, 73, 4, 337-350.
- Schwartz, J., Buboltz, W., & Seemann, E. (2004). Personality Styles Predictors of Masculine Gender Role Conflict in Male Prison Inmates. *Psychology of Men & Masculinity*, 5, 1, 59-64.
- Shea, S. (1993). Personality Characteristics of Self-Mutilating Male Prisoners. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 4, 576-585.
- Ventura, J., & David, M. (2001). Perturbações de Ansiedade em Ambiente Prisional. *Temas Penitenciários*, II, 6, 7, 47-62.

2.8 INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM ACIDENTES DE VIAÇÃO

Joana Faria²

Os acidentes de viação são um evento com uma prevalência elevada nas estradas portuguesas. Apenas em 2013, registou-se um total de 30339 acidentes com vítimas, das quais 518 vítimas mortais e 2054 em estado grave. Estes números surgem como um aumento da sinistralidade rodoviária em Portugal comparativamente ao ano de 2012 (Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, 2013). A Organização Mundial de Saúde identificou os acidentes rodoviários como uma preocupação actual de saúde pública, que carece de uma forma de avaliação global e uniformizada, com um conjunto de critérios que promova a inversão da tendência para uma maior casuística de ano para ano (WHO, 2009).

A intervenção psicológica integrada na resposta de emergência médica hospitalar em eventos potencialmente traumáticos tem como objectivo diminuir factores de risco e promover factores de protecção.

² Com a colaboração de Ricardo Felício, estagiário curricular de Psicologia do CAPIC DRS-Lisboa.

Podemos dividir os factores de risco em três categorias: pré-traumáticos, peri-traumáticos e pós-traumáticos, sendo possível intervir na crise apenas nos últimos dois.

Os factores peri-traumáticos poderão ser o facto de o evento ser súbito e inesperado; a ameaça real ou percebida sobre a própria vida ou dos outros; a severidade do acontecimento e a exposição a estímulos sensoriais potencialmente traumáticos; a proximidade ao acontecimento; a extensão ou duração da exposição; perdas pessoais significativas; resposta subjectiva de medo; desesperança e dissociação; e a falta de previsibilidade e controlo sobre os acontecimentos (IASC, 2007; Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004).

Os factores pós-traumáticos podem ser reacções agudas de stress severas; ausência de suporte social e familiar; reacções adversas de terceiros (culpabilizar, desvalorizar sofrimento); culpa do sobrevivente; culpa de desempenho; elevadas exigências sócias; ser cuidador; estratégias de *coping* desadequadas (evitamento, consumo de substâncias); falta de informação acerca dos acontecimentos; e pouco apoio de *follow-up* (Javidi & Yadollahie, 2012; Park, Frazier, Tennen, Mills & Tomich, 2013).

As mesmas categorias são aplicáveis aos factores de protecção. Desta forma os factores de protecção peri-traumáticos são o desenvolver de interacções sociais positivas; manter-se activo; desenvolver acções no sentido de resolver problemas; e a obtenção de informação (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004). Os factores pós-traumáticos que surgem como mais influentes são a religiosidade e a espiritualidade; a existência e disponibilidade de suporte social; retomar as actividades do dia-a-dia e assumir uma postura activa face às consequências do acidente; a obtenção de informação adequada sobre o que aconteceu; e o que vai acontecer a seguir (Ommeren *et al.*, 2005).

Hobfoll *et al.* (2007) no seu estudo, baseado em evidências empíricas recolhidas por especialistas ao longo de numerosas situações, identifica cinco princípios que devem guiar a intervenção em crise.

Estes princípios protectores indicam a importância de promover: 1) O sentimento de segurança; 2) A calma ou baixa activação emocional; 3) Sentimento de auto-eficácia e eficácia da comunidade; 4) A ligação a outros; e 5) A esperança.

De acordo com Roberts (1991), no seu modelo concebido para a intervenção em crise nos momentos mais agudos e iniciais do processo, há sete estágios na intervenção em crise. A saber: 1) Avaliar a letalidade do evento e as necessidades básicas de segurança; 2) Estabelecer relação com a vítima e promover comunicação; 3) Identificar os principais problemas presentes; 4) Reflectir sentimentos e fornecer apoio emocional; 5) Explorar alternativas; 6) Formular um plano de acção; e 7) Realizar *follow-up*. Este modelo promove o desenvolvimento dos passos futuros no sentido do ajustamento do indivíduo ao que é a sua nova realidade. Ao aplicar este modelo assumem-se os seguintes pressupostos: 1) Todas as estratégias seguem uma orientação para o “aqui e o agora”; 2) A maioria da intervenção deve ser efectuada o mais próxima possível do evento (Simon, 1999); 3) O período de intervenção será intensivo e limitado pelo tempo disponível (Roberts, 2001); 4) Os comportamentos de adultos sobreviventes é interpretado como uma reacção ao stress e não como patológico (Roberts & Dziegielewski, 1995); 5) O terapeuta assume um papel activo e directivo de forma a assistir a vítima no ajustamento ao processo; e 6) Toda a intervenção é desenhada para aumentar a mobilização e retorno aos níveis funcionais anteriores de funcionamento (Dziegielewski & Resnicj, 1996).

Tal como o terapeuta que intervém deve ser directivo, também as tarefas práticas destas intervenções devem ser orientadoras e estruturantes. Seguindo a estrutura de Roberts (1991), citada acima, é possível desenhar um corpo de intervenção comprovadamente eficaz.

Na chegada a um acidente de viação é necessário avaliar a dimensão do evento e as necessidades de segurança da vítima. Uma particularidade dos acidentes rodoviários é o caos físico que provocam, com destroços, e inúmeras fontes de risco físicos. É comum haver uma

inibição da dor por parte das vítimas, devido ao elevado teor de adrenalina que circula na corrente sanguínea após um acontecimento que provoca uma elevada quantidade de stress, o que implica um particular cuidado em relação a proteger e manter em segurança estas pessoas que frequentemente exprimem o desejo de ir à sua viatura. Desta forma também é possível diminuir a exposição das vítimas a estímulos sensoriais potencialmente traumáticos.

No contacto com a vítima é importante o estabelecimento de relação e a promoção da comunicação. Pode ser uma oportunidade para realizar alguma psicoeducação, já que a vítima irá atravessar um período particularmente exigente e é importante que esta perceba o que se está a passar consigo, com os seus sentimentos e as suas reacções. Dar informação acerca do que é normal que aconteça no período após o evento – das horas seguintes até aos dias seguintes – é tranquilizante e protector. Da mesma forma, incentivar a retoma de rotinas, nomeadamente de condução e de percorrer o percurso onde o acidente de viação ocorreu, é um excelente factor para um prognóstico positivo. Ter atenção e alertar para os efeitos negativos da automedicação e consumo de substâncias, promovendo um processo de *coping* o mais adaptativo possível.

Identificar os principais problemas a resolver é uma estratégia de foco e de orientação para as soluções e para a actividade. Pretende-se assim combater a tendência de a vítima permanecer vítima, enquanto espectador, sem controlo sobre o processo que atravessa. Frequentemente as temáticas que surgem nestas situações prendem-se com o como se irão realizar os deslocamentos (se o acidente for num local não centralizado e de acessos facilitados), os contactos familiares a realizar, a perda de bens que se encontram nos veículos e o choque emocional e dificuldade em passar para o aqui e agora.

Reflectir sentimentos e fornecer apoio emocional é uma tarefa transversal a muitas intervenções psicológicas. É normativo que após a identificação de problemas importantes a resolver surja algum descontrolo emocional. Antes de se poder mudar o foco do indivíduo no

sentido de procurar soluções e alternativas, é importante reflectir empaticamente os sentimentos que este manifestar. Neste caso surgem alguns temas importantes, tais como abordar o significado atribuído ao evento pelas pessoas envolvidas. Aqui podem surgir sentimentos de culpa – naturais, mesmo quando nada podia ser feito para evitar o desfecho dramático do acidente – exacerbados pela exposição a cenários frequentemente caóticos e de destruição. Bryan (2007) refere que atribuições de responsabilidade destes eventos feitas pela vítima a si mesma na fase imediatamente após o incidente influenciam o subsequente desenvolvimento de Perturbação de Stress Pós-Traumática. É importante explorar a percepção dos recursos que cada pessoa tem, nomeadamente da rede social a que pode recorrer e que a pode apoiar nesta fase.

A exploração de alternativas é o seguinte passo lógico. Irão surgir algumas opções para resolver os problemas identificados e o objectivo passa por ser o indivíduo a sugerir soluções. Se for possível inserir elementos da rede social neste passo, mais protector e restabelecedor de equilíbrio será (Roberts, 2005).

A partir das alternativas e opções geradas é possível criar um plano de acção para as horas seguintes, por exemplo, contactar familiares ou entidades que podem fornecer apoio a lidar com a situação e os desafios impostos. O cliente deve ter oportunidade de tomar a iniciativa nestes passos, de forma a sentir-se mais capaz e com uma maior percepção de controlo (Roberts, 2005).

Por fim, é importante recolher contactos das vítimas de forma a poder ser feito um *follow-up* posterior em que se garante que a pessoa está envolvida num processo de *coping* adaptativo. Se necessário, este também é o momento indicado para realizar algum aconselhamento adicional ou referenciar a pessoa para outros serviços que a possam ajudar naquilo que ela sente que carece de apoios (Roberts, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária. (2013). *Sinistralidade Rodoviária Ano 2013 - Relatório Anual*. Disponível em: <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2013/Relat%C3%B3rio%20Anual%20V%C3%ADtimas%20a%2024%20horas/Relat%C3%B3rio%20Nacional%20Anual%202013-%20V%C3%ADtimas%20a%2024%20horas.pdf>. Consultado em: 30 de Junho de 2015.
- Bryant, R. A. (2007). Early Intervention for post-traumatic stress disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 19-26.
- Dziegielewski, S. F., & Resnick, C. (1996). Crisis assessment and intervention with adult survivors of incest. In Roberts, A. R. (Ed.), *Crisis management and brief treatment: Theory, technique, and applications*. Chicago: Nelson Hall, 83-102.
- Hobfoll, S. W., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Ursano, R. J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry* 70 (4), 283-315.
- Inter-Agency Standing Committee (2007). *Iasc Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Setting*. Disponível em: http://www.who.int/hac/network/interagency/news/iasc_guidelines_mental_health_psychosocial.pdf?ua=1. Consultado em: 30 de Junho de 2015.
- Javidi, H., & Yadollahie, M. (2012). Post-traumatic Stress Disorder. *International Journal Of Occupational & Environmental Medicine*, 3(1), 2-9.
- Ommeren, M., V. Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus?. *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (1), 71-77.
- Park, L. C., Frazier, P., Tennen, H., Mills, M. A., & Tomich, P. (2013). Prospective risk factors for subsequent exposure to potentially traumatic events. *Anxiety, Stress, & Coping*, 26 (3), 254-269.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. (2004). Risco e Protecção: Em Busca de Um Equilíbrio Promotor de Resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 135-13.
- Roberts, A. R. (1991). *Contemporary perspectives on crisis intervention and prevention*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Roberts, A. R., & Dziegielewski, S. F. (1995). "Foundations and applications of crisis intervention and time-limited cognitive therapy". In Roberts,

- A. R. (Ed.), *Crisis intervention and time-limited cognitive treatment*. Newbury Park, CA: Sage, 13-27.
- Roberts, A. R. (2005). "The ACT Model". In Roberts, A. R. (Ed.), *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and Research*. NY: Oxford University Press, 143-170.
- Simon, J. D. (1999). Nuclear, biological, and chemical terrorism: Understanding the threat and designing responses. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1 (2), 81-89.
- World Health Organization. (2009). *Global Status Report on Road Safety – Time for Action*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf. Consultado em: 30 de Junho de 2015.

2.9 INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM CRISE NOS ATAQUES DE PÂNICO

Márcio Pereira

“O que há de característico no terror do pânico é que ele não está claramente consciente dos seus motivos; mais os pressupõe do que os conhece e, se necessário, fornece o próprio temor como motivo do temor.”

ARTHUR SCHOPENHAUER

Os ataques de pânico configuram uma das perturbações mais frequentes na saúde mental. Os ataques de pânico manifestam-se em mais de um terço dos adultos todos os anos, sendo que as mulheres são entre duas a três vezes mais propensas.

Estes ataques são definidos por episódios de medo ou desconforto intenso, acompanhados de sintomas físicos específicos.

De acordo com o DSM-5 (APA, 2013) um ataque de pânico é um período abrupto de medo ou desconforto intenso que atinge um pico em minutos e durante o qual quatro (ou mais) dos seguintes sintomas

se desenvolvem: 1. palpitações, batimentos cardíacos ou ritmo cardíaco acelerado; 2. suores; 3. tremores ou estremecimentos; 4. sensações de falta de ar ou de respirar; 5. sensação de asfixia; 6. dor ou desconforto no peito; 7. náuseas ou mal-estar abdominal; 8. sensação de tontura, de desequilíbrio, de cabeça vazia ou desmaio; 9. sensações de frio ou de calor; 10. parestesias (sensações de entorpecimento ou formigueiros); 11. desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sentir-se desligado de si próprio); 12. medo de perder o controlo ou de “enlouquecer”; e 13. medo de morrer.

Polk & Mitchell (2009) referem que os ataques de pânico podem dividir-se em três sub-grupos: a) ataques de pânico inesperados (sem pistas) – ataques que ocorrem subitamente e sem aviso, em que não se encontram pistas situacionais ou desencadeadores; b) ataques de pânico situacionais (com pistas) – ataques que ocorrem sempre em resposta a desencadeadores conhecidos; c) ataques de pânico ocasionais situacionais – ataques que ocorrem ocasionalmente, mas não sempre que a pessoa é exposta a uma determinada situação.

Podemos falar de perturbação de pânico se os ataques de pânico forem recorrentes e se forem seguidos num mês (ou mais) de uma ou de ambas as seguintes características: 1. preocupação persistente acerca de ter novos ataques de pânico ou das suas consequências (por exemplo, perder o controle, ter um ataque cardíaco, “enlouquecer”); 2. uma alteração significativa desadaptativa relacionada com os ataques (por exemplo, comportamentos dirigidos a evitar ataques de pânico, como o evitamento da prática de exercício ou situações desconhecidas).

Na população em geral, de acordo com o DSM-5 (APA, 2013), a estimativa de prevalência em 12 meses para a perturbação de pânico nos Estados Unidos e em vários países europeus é de 2% a 3% em adultos e adolescentes, sendo que a idade média do início da perturbação de pânico nos Estados Unidos é de 20 a 24 anos. A prevalência mais baixa da perturbação em adultos mais velhos parece dever-se à

“atenuação” da resposta do sistema nervoso autónomo relacionada com a idade.

A evolução habitual, se a perturbação não for tratada, é crónica, mas com oscilações. Algumas pessoas podem ter surtos episódicos, com anos de remissão entre eles, e outras podem ter sintomatologia grave contínua. Apenas uma minoria das pessoas tem remissão completa sem recaída subsequente no espaço de poucos anos. A evolução da perturbação de pânico geralmente é agravada por uma variedade de outras perturbações, em particular outras perturbações de ansiedade, depressão e perturbações por uso de substâncias.

Importa, pois, a detecção e intervenção o mais precocemente possível para que a perturbação de pânico não se cristalice, isto é, para que a pessoa não desenvolva o medo de voltar a ter novo ataque de pânico.

Têm existido diversas tentativas para explicar a etiologia do pânico. A psicobiologia tem contribuído com várias hipóteses em que considera o pânico como o resultado de uma anormalidade bioquímica associada a predisposições genéticas (Gray, 1974; Svensson, 1987; Bradwejn, Koszycki & Payeur, 1992). Como consequência destas teorias, o tratamento em contexto médico envolve um regime farmacológico de benzodiazepinas, antidepressivos tricíclicos, entre outros. Contudo, a literatura mais recente sugere que as teorias psicológicas são melhor suportadas pela pesquisa empírica (Dattilio & Salas-Auvert, 2000).

A teoria cognitivo-comportamental de pânico compreende factores psicológicos e factores biológicos na origem e desenvolvimento do ataque de pânico, contudo coloca maior ênfase na percepção de ameaça ou perigo (Ottaviani & Beck, 1987). De acordo com esta teoria, as sensações físicas mais comuns durante um ataque de pânico são: tonturas, vertigens, taquicardia, palpitações, entorpecimento, visão turva, náuseas e sensação de falta de ar (hiperventilação). A teoria propõe que algumas pessoas aumentam a sua frequência respiratória quando estão sobre stress, especialmente durante uma crise. O

aumento da frequência respiratória provoca a expulsão do dióxido de carbono dos pulmões, diminuindo a sua concentração no sangue com o consequente aumento do pH do sangue. Esta alteração na química do sangue origina sensações físicas desconfortáveis (como tonturas ou parestesias) que amplifica a apreensão da pessoa, aumentando em espiral a frequência respiratória até originar um ataque de pânico.

Clark, Salkovskis & Chalkley (1985) afirmam que é a percepção do estímulo receado e a indução do medo que contribuem para as reacções catastróficas que precipitam o ataque de pânico. Desta forma, é essencial ensinar às pessoas técnicas que evitem a hiperventilação, nomeadamente por via do controlo da respiração.

Após o episódio de pânico é importante explicar à pessoa o racional daquele, podendo utilizar o esquema da Figura 9. Na Figura 9, “um aumento abrupto do batimento cardíaco” é frequentemente a sensação inicial do ataque de pânico, sendo seguido de “dificuldade crescente em respirar” e subsequentemente de “ondas de calor e suores”. As sensações físicas são acompanhadas por pensamentos automáticos e por emoções e comportamentos. As setas estão desenhadas para mostrar à pessoa como o conteúdo dos pensamentos automáticos contribui para o subsequente comportamento e para a escalada de sintomas.

SEQUÊNCIA DO PÂNICO

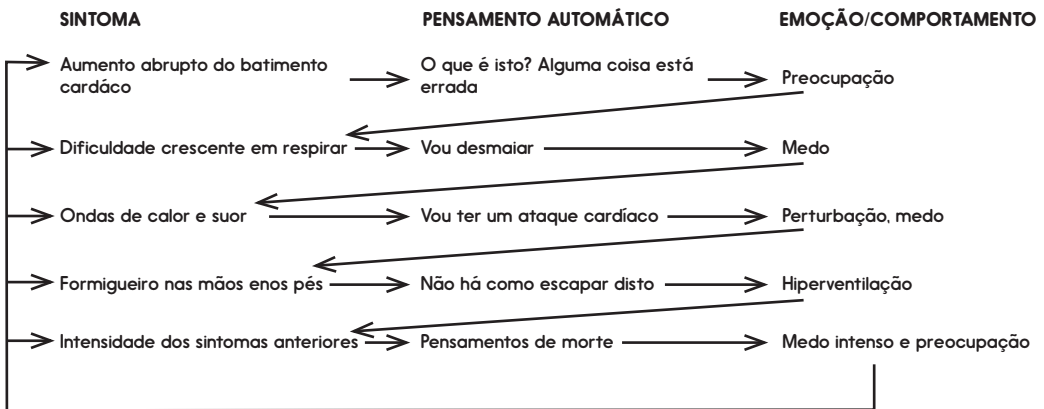


Figura 9 – Sequência do pânico (in Dattilio, 2001)

Existe diversa literatura que se foca nas técnicas de intervenção psicológica na perturbação de pânico, como os tratamentos baseados na exposição (Clark & Ehlers, 1993), a indução de sintomas e a desescalada (Dattilio, 1990), a intenção paradoxal (Dattilio, 1987), a terapia EMDR (Goldstein *et al.* 2000) ou a biblioterapia (Gould, Clum & Shapiro, 1993), contudo poucos artigos se focam em como intervir no momento do ataque de pânico.

Em seguida será apresentado um exemplo prático de intervenção no momento do ataque de pânico tendo como pano de fundo o modelo de Roberts (2005).

A Sra. S. de 30 anos estava no seu local de trabalho quando começou a sentir-se mal. Uma colega foi ao gabinete de psicologia da instituição e pediu ajuda. Referiu que a Sra. S. já teve no passado um ataque de pânico e que naquele momento está quase a desmaiar.

1 - Planear a intervenção e avaliar a crise

Recolha de informação: Quem?, O quê?, Como?, Informação que se sabe, O que já foi tentado?

- ➔ Quem: S., 30 anos.
- ➔ O quê: está sentada numa cadeira, com os olhos fechados, a hiperventilar; diz que não sente as mãos, que o coração está a bater muito depressa e que vai morrer.
- ➔ Outras informações: colega afirma que a Sra. S. está assim há 5 minutos, que já teve outro episódio semelhante e que teve de ir para o hospital, não está medicada.

2 - Primeiro Contacto / Estabelecimento de Relação

Oferecer ajuda:

- ➔ “O meu nome é... sou psicólogo e estou aqui para ajudar, pelo que vou ficar aqui consigo até se sentir melhor.” Falar sempre calmamente, ser empático, responsivo e fornecer suporte.
- ➔ Atenção à linguagem verbal e não verbal.
- ➔ Deverá colocar-se no mesmo nível da pessoa.

- É de extrema importância a não limitação de tempo para estar com a vítima. Deve ser garantida uma total disponibilidade.

Negociar a segurança

- “Consegue estar sentada ou prefere deitar-se?”. **É importante avaliar se a pessoa não está em risco de cair e magoar-se.**

3 - Identificação dos problemas

Identificar o problema precipitante

- Qual o problema precipitante?
 - “Aconteceu alguma coisa que a tivesse deixado aflita?”
 - Sra. S.: “Discuti com o meu chefe.”
 - Posto isto, pedi a todas as pessoas que se retirassem da sala, incluindo a pessoa com quem a Sra. S. tinha tido a discussão.
- “O que está a sentir?”. Sra. S.: “Estou tonta, não sinto as mãos e o coração está a bater muito depressa.”

4 - Lidar com os sentimentos e com as emoções

Permitir e encorajar a partilha de sentimentos

- “Sei que está aflita, está a ter um ataque de pânico, que a está a deixar com todas essas sensações desagradáveis, mas não vai morrer desses sintomas.”
- “Está a respirar muito depressa, o que está a originar que se sintam mal, vamos respirar desta forma: inspire devagar pelo nariz e encha confortavelmente os pulmões até à barriga. Em seguida, expire devagar pela boca e confortavelmente esvazie totalmente os pulmões. Imagine que está a cheirar uma rosa e depois imagine que está a soprar uma vela. Vamos fazê-lo em conjunto as vezes que forem necessárias.” – Ao final de 5 minutos a Sra. S. já se encontra a respirar melhor.
- “Consegue abrir os olhos?”. Sra. S. “Sim.” – Abriu os olhos mas disse que ainda se sentia tonta e que ainda não sentia as mãos.

- ➔ “É natural que ainda tenha esses sintomas uma vez que estive a respirar de forma descontrolada durante algum tempo, mas já vai melhorar”. Como estive a respirar muito depressa o oxigénio teve dificuldade em chegar às partes terminais do corpo, portanto, é natural que não sinta bem as mãos e se sinta tonta.” “Vamos fazer o seguinte exercício para as mãos: feche o punho direito com força e mantenha-o assim durante 5 segundos, dirija a atenção para o punho; sei que é difícil fazer força mas faça a máxima força que conseguir. Agora abra a mão e relaxe durante 10 a 15 segundos, dirigindo a atenção para essa zona. Repita novamente. Agora troque de mão e repita o procedimento. Repita as vezes necessárias até obter o relaxamento e consequentemente sentir a mão.”
- ➔ Sra. S.: “Já sinto as mãos e também estou menos tonta.”
- ➔ “Vamos continuar a respirar calmamente.”

5 - Gerar, explorar e aceder a estratégias de *coping* utilizadas no passado.

Explorar mecanismos de *coping* passados

- ➔ “Sei que já teve outras situações de pânico? O que a ajudou?”. Sra. S.: “Normalmente quando começo a ficar ansiosa ligo para o meu marido, mas hoje ele está a viajar e não atendeu o telefone e comecei a ficar muito nervosa.” “Tem mais alguém próximo em quem confie para ligar num momento de dificuldades?” Sra. S.: “A minha irmã, não me lembrei de lhe ligar ...”.

Explorar alternativas

- ➔ Explorar alternativas para aliviar o sofrimento. “É importante treinar os exercícios de respiração e de relaxamento que efetuámos hoje algumas vezes por dia, para que quando se sentir a ficar mais ansiosa os possa pôr em prática de forma quase automática”.

- ➔ “Disse-me que discutiu com o seu chefe, a existir uma próxima vez o que pode fazer para não chegar a este ponto?” Sra. S.: “O que faço sempre, tentar não levar a peito o que me diz, sei que não vale a pena tentar argumentar com ele...”
- ➔ Nas situações em que a pessoa não consiga encontrar alternativas, o psicólogo pode sugerir novos mecanismos de *coping* e explorar juntamente com a pessoa os seus sentimentos relativamente às novas estratégias.

6 - Desenvolver e formular um plano de acção

Efectuar psicoeducação

- ➔ Sra. S.: “A primeira vez que aconteceu eu ia na rua e comecei com um aperto no peito, pensei que morria. Fui ao hospital, fizeram-me vários exames e disseram-me que eu não tinha nada de físico. Disseram-me que tinha sido um ataque de pânico. Agora, ando sempre com medo que volte a acontecer.”
- ➔ Primeiramente, a pessoa necessita de obter uma compreensão realística do que aconteceu e do que a levou à crise. Neste ponto é importante dar o racional do ataque de pânico utilizando por exemplo a descrição da Figura 9. Sabemos que ao efectuarmos uma explicação do que aconteceu ajudamos a reduzir o medo de morrer em consequência destes sintomas e consequentemente o medo de voltar a ter outro ataque de pânico.

Aumentar a motivação com vista ao seu acompanhamento.

- ➔ “Sei que já foi noutro momento ao hospital, está, desde então, a ser acompanhada?”. Sra. S.: “Fiquei com uma carta para apresentar ao meu médico de família, mas nunca cheguei a lá ir.” “É importante que possa ter ajuda o mais cedo possível. A perturbação de pânico quando não tratada tende a ser crónica. O médico de família poderá encaminhá-la para o psicólogo ou psiquiatra.” Sra. S.: “É melhor procurar ajuda, vou marcar consulta.”

7 - Estabelecimento do plano de *Follow-up*

Plano de *Follow-up*

- ➔ “Se concordar, vou ligar-lhe passados alguns dias para perceber como está e se conseguiu ajuda.” Sra. S.: “Muito obrigada.”
- No *follow-up* realizado a Sra. S. não tinha voltado a ter um ataque de pânico e tinha consulta marcada para um psicólogo.

É recomendado que as técnicas utilizadas neste exemplo sejam consideradas, sempre que possível, antes do uso de farmacoterapia. Ao ajudarmos a pessoa a recuperar o controlo por ela própria, sem a ajuda de medicação, iremos estar a contribuir para o aumento da sua percepção de controlo e consequentemente da sua autonomia.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bradwejn, J., Koszycki, D. & Payeur, R. (1992). Replication of action of cholecystokinin tetrapeptide in panic disorder: Clinical and behavioral findings. *American Journal of Psychiatry*, 149, 962-964.
- Clark, D., Salkovskis, P. & Chalkley, A. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 16, 23-30.
- Clark, D. & Ehlers, A. (1993). An overview of the theory and treatment of panic. *Applied and Preventive Psychology*, 2, 131-139.
- Dattilio, F. (1987). The use of paradoxical intention in the treatment of panic attacks. *Journal of Counseling & Development*, 66, 66-67.
- Dattilio, F. (1990). Symptom induction and de-escalation in the treatment of panic attacks. *Journal of Mental Health Counseling*, 12, 515-519.
- Dattilio, F. & Salas-Auvert, J. (2000). *Panic disorder: Assessment and treatment through a wide-angle lens*. Phoenix, AZ: Zeig/Tucker, Co.
- Dattilio, F. (2001). Crisis Intervention Techniques for Panic Disorder. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. 55, Nº 3.
- Goldstein, A., deBeurs, E., Chambless, D. & Wilson, K. (2000). EMDR for panic disorder with agoraphobia: Comparison with waiting list and

- credible attention placebo control conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 947-956.
- Gould, R., Clum, G. & Shapiro, D. (1993). The use of bibliotherapy in the treatment of panic: A preliminar investigation. *Behavior Therapy*, 24, 241-252.
- Gray, J. (1974). *The neuropsychology of anxiety*. Oxford: Clarendon.
- Ottaviani, R. & Beck, A. (1987). Cognitive aspects of panic disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 15-28.
- Polk, D. A. & Mitchell, J. T. (2009). *Prehospital Behavioral Emergencies and Crisis Response*. Jones and Bartlett Publishers.
- Roberts (2005). *Crisis Intervention Handbook: assessment, treatment, and research*. 3rd ed., Oxford University Press.
- Svensson, T. (1987). Periphel, autonomic regulation of locus coeruleus noradrenergic neuros in brain: Putative implications for psychiatry and psychopharmacology. *Psychopharmacology*, 92, 1-7.

COMPREENDER A INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL EM CATÁSTROFE

Márcio Pereira

“Catástrofe é um acontecimento imprevisto, calamitoso e muitas vezes súbito, que causa a disrupção do funcionamento da comunidade ou sociedade causando grande destruição e sofrimento humano, excedendo a capacidade local de resposta, originando necessidade de apoio nacional ou internacional.”

CRED, 2009

Actualmente reconhece-se que a exposição a uma catástrofe poderá ser uma experiência crucial na vida de uma pessoa. Estas situações poderão trazer à superfície o melhor de cada um: coragem, força, espírito de entreatajuda, perseverança, entre outros atributos que definem o espírito humano. No entanto, as situações potencialmente traumáticas também poderão trazer dor, sofrimento e problemas psicológicos a quem as vivencia.

Existem vários aspectos que moldam a forma como uma pessoa experiencia uma catástrofe. Esta característica remete para a necessidade de adaptação do psicólogo aos diversos públicos e realidades com os quais se possa deparar.

3.1 A CATÁSTROFE, AS SUAS FASES E VÍTIMAS

Márcio Pereira

As catástrofes poderão provir de **causas naturais** ou de **causas humanas**.

Vejamos, em mais detalhe, como se dividem:

DESASTRES NATURAIS	DESASTRES TECNOLÓGICOS OU DE CAUSA HUMANA
<ul style="list-style-type: none"> → Geofísicos (tremores de terra, deslizamentos de terra, maremotos, actividades vulcânicas) → Hidrológicos (avalanches, cheias) → Climatéricos (ciclones e tempestades, temperaturas extremas, secas, fogos florestais) → Biológicos (Epidemias de doenças, pragas de insectos/animais) 	<ul style="list-style-type: none"> → Acidentes Industriais (nucleares, químicos) → Acidentes com transportes (viação, ferroviários, aviação, etc.) → Conflitos (fome, deslocamento de populações) → Guerra e atentados terroristas

Adaptado de Freeman 2014 (EUR-OPA report)

De acordo com Young *et al.* (2001), após o impacto, pode distinguir-se a existência de **três fases** numa catástrofe:

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 3.º 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 aos 3 anos.

Paralelamente às diferentes fases de uma catástrofe, pode identificar-se também diferentes fases de resposta biopsicossocial (Young *et al.*, 2001):

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 **optimismo** 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. A comunidade acredita que o seu quotidiano será restaurado rapidamente, sem complicações. Algumas semanas 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 percepção 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. As reacções de stress 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 primeiro aniversário do desastre precipita a exacerbação dos sintomas de Stress Pós-Traumático (PTSD). 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.

Habitualmente são consideradas vítimas as pessoas que estão directamente expostas a uma catástrofe. No entanto, muitas outras devem ser consideradas. Taylor (1987) define vítimas como as pessoas que sofrem reacções adversas derivadas de um ou múltiplos incidentes, independentemente da forma mais ou menos directa a que foram expostas.

Deste modo, podemos classificar as **vítimas de uma catástrofe** da seguinte forma:

- ➔ Vítimas primárias – foram directamente expostas;
- ➔ Vítimas secundárias – familiares e amigos das vítimas primárias;
- ➔ Vítimas terciárias – profissionais de socorro e salvamento;
- ➔ Vítimas quaternárias – são os membros da comunidade em geral, cujo luto vicariante por vezes os impele a ir ao extremo com presentes inadequados de roupas, equipamentos, instalações e dinheiro como forma de ajudar;
- ➔ Vítimas de 5.º nível – são aquelas pessoas não envolvidas directamente, mas que possuem vulnerabilidades psicopatológicas, ou aqueles que exploram uma situação de desastre para fins desviantes;
- ➔ Vítimas de 6.º nível – são as vítimas cujo acaso evitou que fossem vítimas primárias (ex.: perderam o avião que acabou por se despenhar).

Como vimos, existem vários níveis de vítimas. Atentemos nas vítimas quaternárias – a maioria das pessoas que fazem parte de uma comunidade afectada por uma catástrofe precisa de formas bastante simples de suporte psicossocial. A reabertura das instituições, por

exemplo, escolas, centros comunitários, centros de dia, fornecem tanto o espaço como a estrutura para estas formas menos exigentes de apoio.

Esta necessidade de intervenções simples de suporte psicossocial é ilustrada na pirâmide de intervenções psicossociais. Os serviços no topo da pirâmide são procurados por um número menor de pessoas após um desastre. Esta ideia poderá ser importante no planeamento, bem como na alocação e priorização de recursos. Também ilustra o conceito de intensificação (*stepped-up*) da prestação de cuidados.



Figura 10 – Pirâmide de Intervenção Psicossocial ao Nível da Comunidade (Tents, 2008)

Na União Europeia existe uma preocupação crescente com as populações imigrantes ou deslocadas num cenário de catástrofe (Freeman, 2014, EUR-OPA report). É reconhecido que se encontram em maior risco devido aos seguintes factores:

- ➔ Menor rendimento: a maioria dos imigrantes possui um menor rendimento e vive onde o valor das casas é menor. Considerando que o preço das casas é determinado, entre outros factores, pela idade, a qualidade de construção, a sua localização (relativamente a riscos) e a sua proximidade à rede de transportes e de outros serviços, é fácil compreender que, em situação de catástrofe, poderão ser os mais afectados.
- ➔ Motivos culturais: podem não conhecer o idioma do país o suficiente para perceber o que está a acontecer como, por exemplo, as instruções de evacuação. A comunicação eficaz poderá ainda ter como barreiras as diferenças culturais no que respeita ao género, crenças religiosas e atitudes relativamente à autoridade e ao altruísmo.

Alexander & Sagramola (2014) alertam para o tema das pessoas com incapacidade em cenário de catástrofe. **Incapacidade** é “uma condição física, sensorial ou mental que prejudica a habilidade de uma pessoa para perceber ou reagir a eventos em torno de si mesma e, em interacção com diversas barreiras, pode dificultar a participação plena e efectiva da pessoa na sociedade em igualdade de condições com os demais.” A incapacidade pode ser permanente ou temporária, mas estas directrizes referem-se especificamente àqueles cuja capacidade é **permanente ou afecta a pessoa a longo prazo**.

Nas emergências, desastres e situações de crise (Alexander & Sagramola, 2014):

- ➔ As pessoas com incapacidade devem receber o **apoio da mesma qualidade** da população em geral.

- ➔ O apoio deve ser **adaptado** para toda a gama de potenciais necessidades individuais e deve ser reconhecido que **as necessidades variam consideravelmente de uma pessoa para outra**.
- ➔ O plano para o atendimento das pessoas com incapacidade deve envolver **autoridades políticas, gestores públicos, autoridades de proteção civil e organizações da sociedade civil**.
- ➔ Os planos de emergência devem considerar as pessoas com incapacidade **individualmente**, em vez de as agruparem em categorias.
- ➔ Os locais e as necessidades de emergência das pessoas com incapacidade devem ser conhecidos e avaliados **antes** do desastre.
- ➔ No plano de emergência devem ser consideradas casas de cuidados, hospitais psiquiátricos e outros centros, onde as pessoas com incapacidade possam ser **concentradas**.
- ➔ Programas de educação, para todos os que estão envolvidos no plano, gestão e resposta a desastres devem incluir informações sobre a forma de **melhorar as condições** das pessoas com incapacidade.
- ➔ O processo de alerta deverá ser configurado de modo a incluir automaticamente as **necessidades e capacidades** destas pessoas.
- ➔ A evacuação, o transporte de emergência, o acolhimento e a reabilitação **não devem discriminar as pessoas com incapacidade**, pois deve ser garantido que suas necessidades são atendidas.
- ➔ As equipas de emergência devem manter uma atitude profissional e não discriminatória para com as pessoas portadoras de incapacidade.
- ➔ As equipas de emergência que são obrigadas a transportar pessoas com deficiências físicas devem receber formação e equipamento adequados para essas tarefas.

- Centros de acolhimento e dormitórios temporários devem ser **equipados** de forma a acomodar pessoas com incapacidade que venham a utilizá-los.
- As pessoas com incapacidade não devem sofrer de discriminação na atribuição de **alojamento pós-desastre** temporário. Deve ser acessível e concebido para satisfazer as suas necessidades essenciais.
- Devem ser colocados em prática procedimentos para garantir que as pessoas com incapacidade **não são discriminadas** durante o plano, aviso, alerta, evacuação, emergência resposta, descanso, abrigo de transição ou na recuperação de pós-desastre. Casos de discriminação devem ser tratados rapidamente e de forma justa.

Mas como reagem as pessoas em cenário de catástrofe? De acordo com as linhas orientadoras da NATO (2009):

- As reacções de stress são muito comuns após a catástrofe;
- Na maioria dos casos, as reacções de stress são transitórias;
- É necessário vigilância e avaliação clínica a uma pequena proporção de pessoas que possam estar em risco.

As reacções das pessoas podem ser agrupadas em 4 grupos:

- Nenhuma sintomatologia (resposta resistente);
- Reacção de stress proporcionada (resposta resiliente);
- Reacção de stress desproporcionado (este grupo contempla as pessoas que recuperam rapidamente após a intervenção; as pessoas deste grupo necessitam de um *follow-up*);
- Distúrbio psiquiátrico (pessoas que requerem apoio especializado).

As reacções despoletadas em comunidades vítimas de uma catástrofe não variam só consoante a catástrofe e o grau de exposição à

mesma. Poderão variar também de acordo com os aspectos culturais dessa comunidade.

Giger e Davidhizar's (1999) apontam alguns pressupostos que podem afectar as interações entre os cuidadores e as vítimas:

- ➔ Comunicação - procurar semelhanças linguísticas e saudar na língua da cultura em que se está inserido. Atender à comunicação verbal e não verbal.
- ➔ Espaço pessoal - é a área que rodeia cada indivíduo e varia de cultura para cultura. Este espaço deve ser preservado pelos técnicos psicossociais.
- ➔ Organização social - as crenças, valores e atitudes são aprendidas e reforçadas culturalmente, o que se reflecte nas reacções dos sobreviventes. É essencial respeitar e seguir os protocolos culturais, como a participação em rituais e o uso de vestuário apropriado aos costumes locais. Identificar líderes da comunidade e estabelecer primeiro contacto com estes.
- ➔ Organização temporal - a compreensão de como as pessoas organizam o seu tempo (por exemplo, refeições, oração, entre outros) pode evitar falhas de comunicação.

De acordo com Juen (2014), importa ainda ter em consideração os seguintes aspectos culturais:

- ➔ Os aspectos culturais são muitas vezes reduzidos a diferenças culturais no luto e comportamento social;
- ➔ Os interventores devem vir da cultura local e os representantes da cultura local têm de ser envolvidos na tomada de decisão;
- ➔ A cultura é um conceito dinâmico e não é homogénea. Está intimamente interligada com outros aspectos que definem as relações de poder na sociedade, como etnia, género e classe social;

- ➔ A tendência geral no futuro, portanto, é olhar não só para as diferenças entre e dentro dos grupos, mas também para as desigualdades entre e dentro dos grupos e comunidades.

BIBLIOGRAFIA

- Ajduković, D. (April, 1997). *Levels of psychosocial assistance to returnees*. Paper presented at the international conference “Psychosocial support in post war communities”. Graz, Austria, 17-20.
- Ajduković, D., & Ajduković, M. (2003) “Systemic approaches to early interventions in a community affected by organized violence”. In Orner, R., & Schnyder, U. (Eds.) *Reconstructing early interventions after trauma*. Oxford: Oxford University Press, 82-92.
- Alexander, D., & Sagamola, S. (2014). *Guidelines for Assisting People with Disabilities during Emergencies, Crises and Disasters*. European and Mediterranean Major Hazards Agreement (EUR-OPA).
- Centre for Research on the Epidemiology of Disasters [CRED]. (2009). *Disaster Category Classification and peril Terminology for Operational Purposes*.
- Freeman, O. (2014). *Report on civil protection in diverse societies: migrants, asylum seekers and refugees in the context of major risks prevention and management*. European and Mediterranean Major Hazards Agreement (EUR-OPA).
- Giger, J., & Davidhizar, R. (1999). *Transcultural nursing: Assessment and intervention*. 3rd ed., St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Juen, B. (2014). *State of the Art on Psychosocial Interventions after Disasters*. OPSIC.
- NATO (2009). *Guidance for Responding to the Psychosocial and Mental Health Needs os People Affected by Disasters or Major Incidents*.
- Taylor, A. (1987). A Taxonomy of Disasters and Their Victims. *Journal of Psychosomatic Research* 31, no. 4, 535-44.
- TENTS-TP (2008). *The European Network for Traumatic Stress*.
- Young, B., Ford, J., Ruzek, J., Friedman, M., & Gusman, F. (2001). *Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators*. California: The National Center for Post-traumatic Stress Disorder - Department of Veterans Affairs.

3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Márcio Pereira

Quando se assume a responsabilidade de ajudar em situações de incidentes de grandes dimensões ou de catástrofe, é importante **agir de forma a respeitar a segurança, a dignidade e os direitos das pessoas que se está a ajudar**. Os seguintes princípios aplicam-se a qualquer pessoa ou órgão envolvido na resposta humanitária, incluindo aqueles que prestam primeiros socorros psicológicos:

- Segurança:
 - evitar colocar as pessoas em maior risco de danos como resultado das suas acções;
 - certificar que os adultos e as crianças que está a ajudar estão seguros e protegidos de danos físicos ou psicológicos.
- Dignidade:
 - tratar as pessoas com respeito e de acordo com as suas normas culturais e sociais.
- Direitos:
 - certificar-se de que as pessoas podem obter ajuda de forma justa e sem discriminação;
 - ajudar as pessoas a reivindicar os seus direitos e o acesso à disponibilização de um apoio;
 - actuar sempre no melhor interesse de qualquer pessoa que se ajuda.

Manter estes princípios em mente para com todas as pessoas que encontrar, independentemente da sua idade, sexo ou etnia. Conhecer e seguir o código deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A OMS (2011) criou um guia de *Do's e Dont's* para **evitar causar mais danos às pessoas**, para prestar o **melhor cuidado possível** e agir apenas no seu **melhor interesse**:

- *Do*
 - ser honesto e digno de confiança;
 - respeitar o direito das pessoas de tomar as suas próprias decisões;
 - ficar atento e colocar de parte os seus próprios estereótipos e preconceitos;
 - deixar claro para as pessoas que, mesmo que não queiram ajuda imediata, podem ainda pedir ajuda posteriormente;
 - respeitar a privacidade e a confidencialidade da pessoa;
 - adaptar o seu comportamento, considerando a cultura, idade e género da pessoa.
- *Dont*
 - não pedir dinheiro ou qualquer outro favor à pessoa que está a ser ajudada;
 - não fazer promessas que não se pode cumprir e não dar informações falsas;
 - não fazer procedimentos para os quais não se possui treino;
 - não ser intrusivo ou agressivo;
 - não pressionar as pessoas a contar a sua história;
 - não julgar as pessoas pelas suas acções ou sentimentos.
- Juen (2014) salienta ainda os seguintes aspectos éticos a considerar em catástrofe:
 - **Processo de tomada de decisão:** Todos os actores estão envolvidos na tomada de decisão? Foram-lhes dadas informações suficientes?
 - **Comportamentos dos decisores:** Agiram de acordo com certos valores (por exemplo, direitos humanos)? Que partes da sua decisão são visíveis e que partes não são e quais as razões?

Os aspectos éticos em catástrofe mencionados nas orientações envolvem as dimensões da **lei, dignidade e direitos humanos, não-**

-discriminação, privacidade, confidencialidade e protecção de dados, transparência e prestação de contas.

Os **dilemas éticos** surgem especialmente em torno (Juen, 2014):

- Dos direitos humanos;
- Da distribuição desigual do risco de desastres e vulnerabilidades;
- Da questão de quem tem o direito e o dever de intervir;
- Da questão de quem é informado e de quem dá informações;
- Dos possíveis efeitos negativos dos meios de comunicação social;
- Da distribuição desigual de apoio, especialmente a questão de não apoiar grupos vulneráveis devido a várias razões.

BIBLIOGRAFIA

Juen, B. (2014). *State of the Art on Psychosocial Interventions after Disasters*. OPSIC.

OMS (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*.

Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico. Consultado em: 20 de Maio de 2015.

3.3 PSICOLOGIA DE CATÁSTROFE - PAPEL DOS PSICÓLOGOS NAS OPERAÇÕES DE PROTECÇÃO E SOCORRO

Rui Pedro Ângelo

Este capítulo tem como objectivo aprofundar a relação entre o contexto da Protecção Civil e a Psicologia, nomeadamente apresentar informação sobre: A. Sistema Integrado de Operações de Protecção e Socorro em Portugal; B. Plano Nacional de Emergência de Protecção

Civil; C. Ciclo de gestão da emergência; e D. Apoio psicossocial em catástrofe - Papel dos psicólogos nas várias fases do ciclo de gestão da emergência.

Psicologia de Catástrofe

A Psicologia de Catástrofe corresponde a uma especialidade aplicada da Psicologia vocacionada para a intervenção em emergências de multidões, na resposta aos sobreviventes, aos familiares das vítimas, aos operacionais e às comunidades afectadas. As emergências de multidões são definidas por um incidente grave com um grande número de pessoas envolvidas, implicando necessidades excepcionais ao nível psicossocial em dimensão ou período temporal.

Em Portugal, os incêndios florestais constituem a ocorrência de protecção e socorro mais visível e divulgada, que pode ter associada necessidades de intervenção de evacuação e alojamento temporário de populações. Há um conjunto alargado de situações de risco que pode ter associada maior probabilidade para a ocorrência de emergências de multidões, designadamente: cheias e inundações, incêndios urbanos, deslizamentos de terras, sismos, tsunamis, ondas de calor e vagas de frio. A possível ocorrência de um acto de terrorismo tem, igualmente, consequências que extravasam as vítimas directas, uma vez que, pela sua natureza, um número muito elevado de cidadãos será indirectamente afectado, constituindo-se como vítimas secundárias e com necessidade de apoio psicológico de emergência.

Apresentação do Sistema Integrado de Operações de Protecção e Socorro (SIOPS)

Este sistema tem como principal objectivo responder a situações de iminência ou de ocorrência de acidente grave ou catástrofe em Portugal. É o conjunto de estruturas, normas e procedimentos que asseguram que todos os agentes de protecção civil actuam, no plano operacional, articuladamente sob um comando único, sem prejuízo da respectiva dependência hierárquica.

A coordenação institucional deste sistema é assegurada, a cada nível, pelos Centros de Coordenação Operacional (CCO) que integram os representantes das entidades cuja intervenção se justifica a cada momento da ocorrência (nacional, distrital e municipal). Ao nível nacional, o CCO é coordenado pelo Presidente da Autoridade Nacional de Protecção Civil (ANPC) ou, em sua substituição, pelo Comandante Operacional Nacional da ANPC. Integram o Centro de Coordenação Operacional Nacional (CCON) representantes das Forças Armadas, Guarda Nacional Republicana, Polícia de Segurança Pública, Instituto Nacional de Emergência Médica, Instituto Português do Mar e da Atmosfera, Instituto de Conservação da Natureza e das Florestas e outras entidades que cada ocorrência justifique.

Para mais informações sobre o SIOPS consultar: <http://www.prociv.pt/AutoridadeNacional/siops/Pages/SIOPS.aspx>

Plano Nacional de Emergência de Protecção Civil (PNEPC)

Este Plano é um instrumento de suporte às operações de protecção civil em caso de iminência ou ocorrência de um acidente grave ou catástrofe em Portugal Continental.

O planeamento ao nível das emergências de protecção civil visa garantir as condições para uma melhoria da eficiência e eficácia dos serviços e agentes de protecção civil, de modo a potenciar a prevenção e resposta a acidentes graves e catástrofes, acautelando o objectivo final de contribuir para a redução das perdas e danos na população, bens e ambiente (PNEPC, 2013).

O director do PNEPC é o Primeiro-Ministro, que será substituído, nas suas faltas ou impedimentos, pelo Ministro da Administração Interna.

Para mais informações sobre o PNEPC consultar: <http://www.prociv.pt/RiscosVulnerabilidades/Pages/PlanosdeEmergencia.aspx>

A coordenação institucional do PNEPC é realizada pelo CCON, que assegura, a nível nacional, a articulação institucional das organi-

zações envolvidas nas operações de protecção civil, bem como a recolha e a articulação da informação de suporte técnico necessárias à componente operacional.

O apoio psicológico está contemplado no PNEPC no âmbito das áreas de intervenção (parte III, ponto 7.2.), sendo as suas entidades coordenadoras:

- ➔ Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (ao nível do apoio imediato),
- ➔ Instituto da Segurança Social, I.P. (ao nível do apoio de continuidade).

As entidades adicionais intervenientes neste sector são: ANPC, Câmaras Municipais, Corpos de Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Direcção-Geral da Saúde, Forças Armadas, Guarda Nacional Republicana, outras Organizações não Governamentais e a Polícia de Segurança Pública.

As prioridades de acção definidas para este sector são:

- ➔ Assegurar o apoio psicológico imediato a prestar às vítimas primárias (vítimas directamente resultantes da situação de emergência em causa) e secundárias (familiares e amigos das vítimas primárias) no local da ocorrência, também denominado por Teatro de Operações (T.O.);
- ➔ Coordenar os mecanismos de evacuação das vítimas primárias e secundárias do TO para as Zonas de Apoio Psicológico (ZAP) e destas para as Zonas de Concentração e Apoio da População (ZCAP);
- ➔ Assegurar o apoio psicológico às vítimas terciárias (operacionais dos agentes de protecção civil e dos organismos e entidades de apoio envolvidos nas operações em curso);
- ➔ Coordenar os mecanismos de evacuação das vítimas terciárias para locais exclusivos para esse efeito;
- ➔ Assegurar o apoio psicológico de continuidade à população presente nas ZCAP.

Adicionalmente, os psicólogos representam um importante contributo nas operações de socorro de outras áreas de intervenção, nomeadamente:

- ➔ Evacuação de populações (entidade coordenadora: Forças de Segurança, de acordo com o espaço de jurisdição da emergência) – evacuar a população em risco, com especial atenção aos grupos mais vulneráveis (crianças, idosos, pessoas acamadas, pessoas com mobilidade reduzida, pessoas com deficiência);
- ➔ Apoio logístico às populações (entidade coordenadora: Instituto da Segurança Social, I.P.) – assegurar a distribuição de bens essenciais (água, alimentos, agasalhos e roupas);
- ➔ Centro de pesquisa de desaparecidos e reunificação de familiares (entidade coordenadora: Forças de Segurança de acordo com o espaço de jurisdição da emergência) – assegurar as acções de pesquisa de desaparecidos, proporcionar a reunificação dos familiares com as vítimas ilesas ou hospitalizadas, bem como a inventariação e armazenamento dos espólios das vítimas mortais;
- ➔ Apoio ao reconhecimento de corpos e luto recente (entidade coordenadora: Ministério Público) – apoio psicológico específico aos familiares das vítimas mortais, quer no decorrer do processo de reconhecimento dos corpos quer no luto recente.

Importante

É essencial realçar que a participação na resposta às operações de socorro no T.O., não é realizada por psicólogos a título individual, mas sim por psicólogos inseridos em entidades devidamente acreditadas como agentes de protecção civil. Só assim se garante a qualidade do apoio psicológico de emergência prestado às vítimas, com psicólogos devidamente habilitados e formados para o efeito, integrados em equipas de emergência, com estrutura de comando própria e abrangidos pela coordenação das operações de socorro. Adicionalmente, a pertença a organizações de emergência garante igualmente a protec-

ção do próprio psicólogo que actua num cenário de desastre grave, através da liderança operacional no T.O. (crucial para voluntários sem experiência quotidiana nesta área) e da posterior supervisão (através de vários formatos), essencial para a salvaguarda da sua própria saúde mental, na sequência das elevadas exigências emocionais das intervenções realizadas.

Ciclo de Gestão da Emergência

Quer o planeamento de emergência quer o papel dos psicólogos no campo da protecção civil não se esgotam no período da resposta ao desastre grave. De acordo com uma das principais agências internacionais com actividade na área da protecção e socorro, a Federal Emergency Management Agency (FEMA) dos Estados Unidos da América, o processo de gestão de emergência, também conhecido como ciclo dos desastres, é constituído por 4 fases:

- ➔ Mitigação (e prevenção);
- ➔ Preparação;
- ➔ Resposta (emergência);
- ➔ Recuperação (e reabilitação).

Embora constituindo um ciclo, descreve-se adiante cada uma das fases anteriormente apresentadas.

Fase I - Mitigação (e prevenção)

Tem como objectivo geral prevenir futuras emergências ou minimizar os seus efeitos.

É uma fase de pré-ocorrência em que são desenvolvidas e executadas acções que, a longo prazo, pretendem eliminar (prevenção), reduzir ou minimizar (mitigação) os principais factores de risco dos potenciais perigos que ameaçam populações, bens e ambiente. Como tal, é entendida como uma fase de natureza estratégica e não de natureza táctica ou operacional, a ser desenvolvida muito antes da ocorrência das emergências.

Fase II - Preparação

Tem como objectivo geral preparar para lidar com uma situação de emergência.

Esta fase assume maior relevância ante perigos que não podem ser totalmente eliminados, existindo uma maior ou menor probabilidade de ocorrência de um determinado risco. Torna-se, assim, necessário adoptar um conjunto de medidas que preparem a sociedade para enfrentar essas mesmas ameaças. É nesta fase que as organizações preparam e planificam estrategicamente a organização para dar resposta aos desastres. Para o efeito, elaboram-se planos de emergência, normas e procedimentos de natureza tática, capazes de suportar a(s) estratégia(s) a executar na fase de emergência.

Fase III - Resposta (emergência)

Tem como objectivo geral responder, de forma segura, a uma emergência.

Esta fase, também denominada fase de emergência, caracteriza-se pelo momento em que o desastre ocorre e que determina o início concreto da fase de resposta. Como tal, dá-se início à execução dos procedimentos delineados na fase anterior (Preparação), em que são desencadeadas as acções imediatas de resposta com o objectivo primário de salvar vidas, proteger os bens e o ambiente, bem como de assegurar a continuidade dos serviços.

Fase IV - Recuperação (e reabilitação)

Tem como objectivo geral a recuperação das consequências da emergência.

Aqui, a reabilitação é a meta a curto prazo, de nível tático, com o objectivo de repor as condições de normalidade dos serviços essenciais, em que o regresso à “normalidade” não é absoluto. Adicionalmente, a recuperação é a actividade de longo prazo, de natureza

estratégica, que procura restabelecer as actividades económicas, sociais e ambientais para níveis idênticos, ou superiores, aos existentes antes do desastre ocorrido.

Todas as fases deste ciclo devem ser devidamente acauteladas e preparadas, sob pena de determinado processo poder comprometer todas as fases seguintes e colocar em causa todo o trabalho desenvolvido nas fases anteriores.

Apoio Psicossocial em Catástrofe - Papel dos Psicólogos nas várias fases do Ciclo de Gestão da Emergência

Uma catástrofe psicossocial refere-se à situação de emergência de multidões, em que a ruptura das instalações, de infra-estruturas de base e serviços provoca uma grande e duradoura disparidade entre as necessidades existentes e a capacidade psicossocial de resposta. A psicologia de catástrofe, em complemento à vertente de análise e investigação do comportamento humano em situações de excepção, operacionaliza a sua vertente aplicada no conceito de Apoio Psicossocial. Este conceito consubstancia um processo para promover a resiliência nos indivíduos, famílias e comunidades, através da implementação de acções relevantes e culturalmente apropriadas, que respeitem a independência, a dignidade e os mecanismos de gestão das emoções dos indivíduos e das comunidades.

De acordo com as conclusões do Conselho da União Europeia de 2010 sobre a intervenção psicossocial, em caso de emergências e catástrofes, e sobre o papel do Mecanismo de Protecção Civil da União Europeia, em caso de calamidades, existem provas empíricas de que as pessoas afectadas por catástrofes podem apresentar sintomas psicológicos que interferem com a própria saúde e a da sua comunidade. Acresce ainda que a intervenção psicossocial precoce pode ajudar as pessoas afectadas a enfrentar melhor a situação, individualmente e como comunidade, durante e após o acontecimento. O Conselho

recomendou a todos os Estados Membros a inclusão da intervenção psicossocial no planeamento integrado da gestão de riscos e emergências, por forma a incluir desenvolvimento de acções, tanto em fase de prevenção como em fase de apoio precoce e reabilitação. Na mesma linha, de acordo com directrizes da NATO (2008), a implementação e gestão das componentes de apoio psicossocial e saúde mental deve ser responsabilidade das agências e pessoas que gerem a totalidade dos planos de preparação e resposta a desastres e incidentes graves. Assim, é essencial promover a inclusão de grupos específicos de intervenção psicossocial nos sistemas de resposta a emergências previstos nos planos de protecção civil, desde o patamar municipal ao nacional, para facilitar a coordenação entre a sua acção e a de outros grupos operacionais com quem venham a relacionar-se.

Em termos aplicados, de forma a expor o vasto contributo que a psicologia constitui para esta área em geral e para as fases do ciclo de gestão de emergências em particular, a seguinte tabela apresenta o papel que os psicólogos podem desempenhar em cada uma, dividido em três categorias de intervenção e público-alvo:

- ➔ População civil,
- ➔ Operacionais (dos agentes de protecção civil e dos organismos e entidades de apoio envolvidos nas operações de protecção e socorro),
- ➔ Organização Psicossocial dos Planos de Emergência (elaboração da parte sectorial de apoio psicossocial dos planos de emergência).

Papel dos psicólogos nas várias fases do ciclo de gestão de emergência

FASE DO CICLO DE GESTÃO DA EMERGÊNCIA	PAPEL DOS PSICÓLOGOS	CATEGORIA DE INTERVENÇÃO
Mitigação (e prevenção)	Implementar programas de aumento da percepção de risco para a população (identificar e aceitar os riscos existentes, motivar para a adopção de medidas e comportamentos de autoprotecção, aumentar o conhecimento e confiança no sistema de resposta a emergências)	População Civil
	Implementar programas de sensibilização para a adopção de comportamentos de autoprotecção e cultura de segurança (com especial incidência nas escolas)	
Preparação	Realizar o levantamento e a identificação de locais para concentração de desalojados ao nível de freguesia, face a diferentes cenários de acidente	Organização Psicossocial dos Planos de Emergência
	Identificar e classificar grupos ou áreas mais vulneráveis na sua zona de actuação, de modo a que possam ser desenvolvidos planos especiais para essas comunidades/grupos	
	Desenvolver os Planos Sectoriais de Apoio Psicossocial e os Planos Municipais de Emergência	
	Participar, com periodicidade regular, em exercícios e simulacros, com as entidades e serviços que integram o SIOPS, tendo em vista testar o Plano de Resposta	
	Criar material psicodidáctico (efeitos dos incidentes potencialmente traumáticos e medidas promotoras de resiliência psicológica) adaptado quer ao tipo de emergências quer ao público-alvo	População Civil
	Criar Planos Prévios de Intervenção de apoio psicológico, consoante o tipo de emergência e de público-alvo	
	Realizar treinos psicológicos dos operacionais de socorro e segurança (tomada de decisão sob pressão, promoção da resiliência individual e de equipa, como prestar Primeiros Socorros Psicológicos a vítimas e colegas)	Operacionais
	Promover formação e treino de psicólogos e profissionais de apoio psicossocial, em psicologia de emergência	

FASE DO CICLO DE GESTÃO DA EMERGÊNCIA	PAPEL DOS PSICÓLOGOS	CATEGORIA DE INTERVENÇÃO
Resposta (emergência)	Apoiar psicologicamente – Prestação de Primeiros Socorros Psicológicos às vítimas primárias (directamente envolvidas no desastre), secundárias (familiares das vítimas primárias) no Teatro de Operações	População Civil
	Evacuar populações – Evacuação da população em risco, com especial atenção aos grupos mais vulneráveis (crianças, idosos, pessoas acamadas, pessoas com mobilidade reduzida, pessoas com deficiência)	
	Dar apoio logístico às populações – Assegurar a distribuição de bens essenciais (água, alimentos, agasalhos e roupas)	
	Dar apoio ao Plano de Alojamento de Emergência, especificamente em caso de instalação de campos de desalojados	
	Centro de pesquisa de desaparecidos e reunificação de familiares – Assegurar as acções de pesquisa de desaparecidos, proporcionar a reunificação dos familiares com as vítimas ilesas ou hospitalizadas, bem como a inventariação e armazenamento dos espólios das vítimas mortais	
	Apoiar o reconhecimento de corpos e luto recente – Apoio psicológico específico aos familiares das vítimas mortais, quer no decorrer do processo de reconhecimento dos corpos, quer no luto recente	
	Consultadoria sobre Gestão Psicossocial de Incidentes Críticos a decisores do SIOPS e técnicos de emergência	
	Dar apoio psicológico – Prestação de Primeiros Socorros Psicológicos às vítimas terciárias (profissionais de socorro e segurança)	Operacionais
	Realizar acções de desmobilização e <i>debriefings</i> dos operacionais de socorro e segurança	

FASE DO CICLO DE GESTÃO DA EMERGÊNCIA	PAPEL DOS PSICÓLOGOS	CATEGORIA DE INTERVENÇÃO
Recuperação (e reabilitação)	Integrar Sistemas de Lições Aprendidas para a gestão de futuras emergências	Organização Psicossocial dos Planos de Emergência
	Dar apoio psicológico de continuidade (intervenção clínica/ psicotraumatologia) a vítimas sinalizadas e despiste de psicotraumatologia (Perturbação Aguda de Stress após as 72 horas e após 4 a 6 semanas de Perturbação Pós-Stress Traumático [PTSD])	População Civil
	Implementar programas de comunicação de crise à população, para controlo de rumores e boatos e promoção do sentimento de controlo	
	Apoiar a realização de cerimónias de homenagem às vítimas mortais promotoras de um luto saudável	
	Intervenção de cariz comunitário, de promoção da coesão social e das redes de suporte social informais	
	Dinamizar grupos de auto-ajuda, com base na metodologia de trabalho de pares, de vítimas associadas à emergência	
	<i>Follow-up</i> a operacionais para despiste de psicotraumatologia (Perturbação aguda de stress após as 72 horas, após 4 a 6 semanas PTSD e no caso dos profissionais a médio prazo o <i>burnout</i>)	Operacionais
	Organizar uma sessão de <i>debriefing</i> emocional, para todos os operacionais de socorro e segurança envolvidos na resposta ao desastre	
	Intervisão e supervisão aos profissionais de ajuda envolvidos no apoio psicossocial em emergência	

Conclusão

A resolução de necessidades de natureza psicossocial em desastres e incidentes graves no panorama português requer a intervenção de várias entidades públicas e privadas, o que, em caso de ocorrência real, implicará a articulação e coordenação dos contributos de cada uma em prol da sua mitigação e resolução.

Tendo presente os benefícios psicológicos de uma perspectiva optimista na vida em geral, a psicologia de catástrofe contempla, necessariamente, a doutrina da Protecção Civil que postula que “qualquer catástrofe possível de acontecer, mais cedo ou mais tarde, acontecerá”.

Neste sentido, tanto a psicologia em geral – como campo da ciência especializado no comportamento humano – como a psicologia de catástrofe em particular têm um importante contributo a prestar na gestão de emergência, nas fases de preparação, resposta e reabilitação. Assim, importa, desde já, preparar a resposta ao próximo desastre grave que irá acontecer em Portugal.

Em termos futuros colocam-se dois grandes desafios nesta área. O primeiro consiste na operacionalização destes contributos em planos operacionais de âmbito municipal, distrital e nacional. O segundo em assegurar a coordenação institucional e a articulação e intervenção das organizações integrantes do SIOPS e de outras entidades públicas ou privadas a envolver nas operações de apoio psicossocial em cenários de desastre grave ou catástrofe.

BIBLIOGRAFIA

NATO (2008). Psychosocial Care for People Affected by Disasters and Major Incidents - A Model for Designing, Delivering and Managing Psychosocial Services for People Involved in Major Incidents, Conflict, Disasters and Terrorism.

Conselho da União Europeia (2010). Projecto de conclusões do Conselho da União Europeia sobre a intervenção psicossocial em caso de emergências e catástrofes e sobre o papel do Mecanismo de Protecção Civil da União em caso de calamidades.

3.4 TERRORISMO

Márcio Pereira

“É estimado que, num atentado terrorista, por cada vítima com ferimentos físicos existem de 4 a 15 vítimas com necessidade de apoio psicológico.”

ROBERTSON *ET AL.*, 2007

O terrorismo, apesar de não possuir uma definição universalmente aceite, pode ser definido como o uso da força ou violência contra pessoas ou bens em violação das legislações internacionais para fins de intimidação e coerção. Os terroristas usam frequentemente ameaças para criar o medo entre o público, para tentar convencer os cidadãos de que os seus governos são impotentes, para impedi-los e para obterem publicidade imediata para as suas causas.

O tipo e as causas da catástrofe poderão ser também um elemento que influencia a reacção das vítimas. Como apontado inicialmente, as catástrofes podem advir de causas naturais ou humanas. As reacções das vítimas de catástrofes que derivam destas duas causas podem diferir. Mais especificamente, quando a catástrofe acontece devido a influência humana, como é o caso do terrorismo, poderá trazer confusão, incerteza e um sentimento de vulnerabilidade contínua às vítimas.

As pessoas afectadas geralmente vão necessitar de mais tempo de suporte após os ataques terroristas (Ben-Gershon *et al.*, 2005). É importante criar estruturas psicossociais de apoio duradouras (por

exemplo, centros de assistência, portais online) o mais rápido possível. As intervenções comunitárias são especialmente importantes após os ataques terroristas (Ruzek *et al.*, 2007).

Importa ainda perceber o processo psicológico que leva ao terrorismo e quais as reacções que o mesmo poderá despoletar nas suas vítimas.

Moghaddam (2005) propõe um modelo para promover uma compreensão mais aprofundada do processo psicológico que conduz alguém ao terrorismo. O autor conceptualiza o acto terrorista como a etapa final numa subida em escada. Embora a grande maioria das pessoas, mesmo quando se sentem privadas e tratadas de forma injusta, permaneçam no 1.º nível, alguns indivíduos irão subir e, eventualmente, serão recrutados para organizações terroristas. Estes indivíduos acreditam que não têm nenhuma voz efectiva na sociedade e são encorajados pelos líderes para deslocar a agressão para os grupos externos.

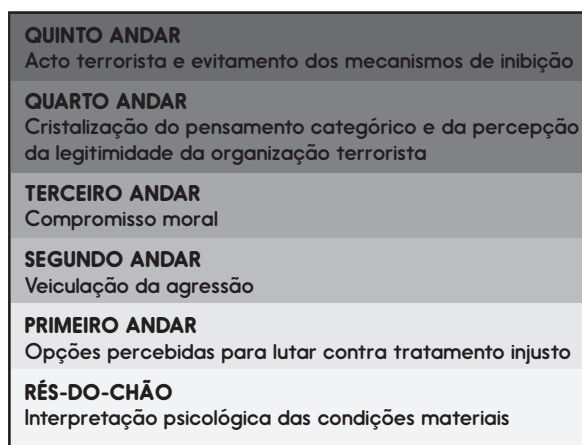


Figura 11 – Níveis do modelo de Moghaddam (2005)

- **Rés-do-chão** - Existe a abertura à ideologia, procura de identidade. Moghaddam descreve este piso como sendo composto da percepção geral das condições materiais de uma

população. Crucial para esta percepção são os elementos de justiça e de equitatividade. O autor utiliza a frase de “privação percebida” para expressar o fenómeno psicológico pelo qual um indivíduo sente que ele e os seus colegas, membros de um grupo étnico, religioso, político ou até mesmo profissional, não têm as mesmas vantagens que os de outros grupos. A sensação de ser incapaz de influenciar a situação através de meios legítimos pode levar à progressão para o primeiro andar.

- **Primeiro andar** - Perde a esperança. Neste nível, o progresso de um indivíduo até ao degrau seguinte pode ser impedido pelo acesso aos meios legítimos, através dos quais poderá abordar a injustiça percebida. Estes meios legítimos podem ser, por exemplo, os processos judiciais ou a oportunidade de participar nos processos democráticos que podem influenciar positivamente a situação do grupo. Se essas opções não estão disponíveis, um sentimento de injustiça pode ser cristalizado, levando para o andar seguinte.
- **Segundo andar** - Explora uma ideologia radical. No segundo andar, alguns indivíduos sentem que as injustiças que experienciam não podem ser corrigidas através de meios legítimos, e essas percepções formam a base de uma nova moralidade. Esta percepção envolve culpar um grupo percebido como favorecido pela situação. A oposição face a esse grupo fica saliente, desenvolvendo um sentimento de nós contra eles e validando a utilização da violência como algo moralmente aceite.
- **Terceiro andar** - Isolamento, veste-se e comporta-se de forma desviante, revolta contra outros grupos, adopta outro nome. No terceiro andar, “compromisso moral”, a moralidade paralela torna-se mais desenvolvida dentro do indivíduo, levando-o a acreditar que uma sociedade ideal é viável e que todos os meios são justificados para alcançá-la. É neste andar

que o compromisso com uma organização terrorista e/ou causa ocorre.

- **Quarto andar** - Os membros tornam-se menos visíveis, aumentam a participação no grupo mais restrito, preparam um ataque, expressam ódio contra os “infiéis”. Os autores consideram que a partir do quarto andar não existe possibilidade de a comunidade intervir/detectar o indivíduo, sendo que o risco de cometer um ataque terrorista é muito elevado.
- **Quinto andar** - O quinto e último andar é intitulado “o acto terrorista e o evitamento dos mecanismos inibitórios”. Nesta fase, o indivíduo, agora um terrorista de pleno direito, como um lobo solitário ou um membro da célula terrorista, categorizando os civis firmemente como “eles” na formulação “nós e eles”, justifica a violência contra eles desta forma. O acto terrorista é realizado através do evitamento dos mecanismos que normalmente impedem as pessoas de se prejudicarem uma a outra (como a pena); da velocidade com que um acto terrorista é realizado, não permitindo que haja tempo para o terrorista estabelecer qualquer ligação emocional com suas vítimas; e da crença de que o acto é cometido contra uma população inimiga.

Existem actualmente projectos europeus, como o TerRa (<http://terratookit.eu>), que estudam o processo de radicalização e cujo objectivo é intervir junto das populações de risco no desenvolvimento de radicais.

Para além do ataque visível na perda de vidas humanas e da destruição de infra-estruturas, o terrorismo é um acto deliberado para destruir o tecido social, emocional e económico das comunidades. O objectivo fundamental é criar o medo. As vítimas deste tipo de ataque não são apenas aquelas que morrem ou são feridas, mas a comunidade inteira que perde os seus entes queridos ou experiencia o horror do evento. A antecipação de futuros ataques serve para per-

petuar e agravar o impacto psicológico de ataques anteriores, criando um elemento persistente de terror nas comunidades. O terror induzido pode ser entendido como uma toxina comportamental em que aumenta o risco de alcoolismo e abuso de drogas, suicídio, comportamentos de risco, como sexo desprotegido ou conduzir embriagado, enquanto diminui a adesão aos tratamentos para aqueles que no momento já estavam em processo de ajuda (Chemtob, 2002).

Especificidades do Bioterrorismo

O bioterrorismo capitaliza o medo, muitas vezes de forma mais eficaz do que outras formas de terrorismo. O medo é mais intenso quando um ataque é incontrolável e desigual, e quando a vulnerabilidade ao ataque é incontrolável. O medo é ainda maior quando um ataque pode levar a uma catástrofe global e afectar as gerações futuras (Stern, 1999). A ameaça do bioterrorismo pode consumir todos os recursos, uma vez que estimula os pensamentos de possível contaminação do ar, dos alimentos e da água. A ingestão e nutrição que as pessoas normalmente associam à vida tornam-se associadas à contaminação e morte. Nenhuma das rotinas diárias é poupada.

O bioterrorismo é inerentemente mais terrível e misterioso do que os meios tradicionais de ataque terrorista. Os ataques biológicos podem ser invisíveis e tipicamente existem poucos ou nenhuns sinais de aviso. O medo causado pelo bioterrorismo é maior do que as lesões ou mortes reais provocadas pelo agente. Para cada um dos casos fisiológicos existem de 50 a 100 casos psicológicos (Meckler, 2002), resultando em um dano psicológico substancialmente maior do que o dano fisiológico. Um bom exemplo foi o ataque com gás Sarin no metro de Tóquio, em que 12 pessoas morreram, 50 ficaram com lesões físicas, 1000 experienciaram alterações temporárias na visão, contudo, deslocaram-se às urgências hospitalares mais de 5000 pessoas em resultado da ocorrência.

Outro factor que diferencia o bioterrorismo do terrorismo é que as vítimas podem servir como agentes contaminantes. Por exemplo, se os cidadãos são orientados a ficar em casa, num esforço para con-

trolar o surto, aqueles que não confiam na instrução oferecida podem tentar fugir, espalhando assim o agente contaminante. Estes dados apontam para a importância da comunicação e confiança no planejamento e resposta às necessidades psicológicas da população num cenário de bioterrorismo.

A informação é uma das ferramentas mais eficazes nestes cenários. A informação pode dar instruções e direccionar as pessoas, encorajar a evitar as zonas perigosas e aconselhar acções positivas importantes para a sobrevivência. Informação exacta baixa os níveis de ansiedade e tranquiliza os sobreviventes, ajudando ainda a unir os elementos da comunidade e a promover a esperança.

BIBLIOGRAFIA

- Ben-Gershon, B., Grinshpoon, A., & Ponizovsky, A. (2005). *Mental Health Services Preparing for the Psychological Consequences of Terrorism*, 10(3), 743–753.
- Chemtob, C. M. (October, 2002) *Resilience and psychosocial preparedness*. Paper presented at the conference Building Safe Communities held by the Jewish Board of Family and Children's Services Center for Trauma Program Innovation, New York.
- Meckler, L. (December 26, 2002) *Experts gauge mental impact of an attack*. Dallas/Fort Worth Star Telegram.com November 20. Disponível em: www.dfw.com/mld/dfw/living/health/specialties/mental_health/4558001.htm. Consultado em: 12 de Fevereiro de 2015
- Moghaddam, F., (2005). The Staircase to Terrorism: A Psychological Exploration. *American Psychological Association*. Vol. 60, No. 2, 161–169.
- Robertson, M., Pfefferbaum, B., Codispoti, C.R., & Montgomery, J.M. (2007). Integrating authorities and disciplines into the preparedness-planning process: A study of mental health, public health, and emergency management. *American Journal of Disaster Management*, 2(3), 133–142.
- Ruzek, J. I., Maguen, S., & Litz, B. T. (2007). *Evidence-Based Interventions for Survivors of Terrorism*. In Bongar, B. M., Brown, L. M., Beutler, L. E., Breckenridge, J. N., & Zimbardo, P. G. (Eds.), *Psychology of terrorism*. Oxford, New York: Oxford University Press, 247–272.
- Stern, J. (1999). *The ultimate terrorists*. Cambridge: Harvard University Press.

3.5 MODELOS DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL EM CATÁSTROFE

Márcio Pereira

“A adequada intervenção psicossocial na sequência de uma catástrofe pode reduzir a doença e promover a resiliência na população.”

EFPA (2013)

Existem múltiplos projectos e instituições europeias e internacionais com linhas orientadoras para a intervenção em situação de Catástrofe, como a Organização do Tratado do Atlântico Norte (NATO), a Inter-Agency Standing Committee (IASC), a The European Network for Traumatic Stress (TENTS), a Organização Mundial de Saúde (OMS) ou a National Child Traumatic Stress Network/ National Center for PTSD (NCTSN/NCPTSD). Estas linhas orientadoras, pela dificuldade de constituição de grupos de controlo num cenário de catástrofe que permitam a sua validação empírica, são baseadas fundamentalmente no consenso de peritos, na experiência e na investigação em torno do trauma.

Os Primeiros Socorros Psicológicos são uma alternativa ao *debriefing* psicológico. Em 2010, a OMS, através do seu grupo de desenvolvimento de linhas orientadoras, o mhGAP, avaliou as evidências da efectividade dos Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) e do *debriefing* e concluiu que, em caso da exposição a um evento potencialmente traumático, deverá ser oferecido às pessoas os PSP, em detrimento do *debriefing* psicológico. Em 2009, Bisson foi encarregue pela OMS de realizar uma revisão sistemática sobre a aplicação de PSP e concluiu que, apesar “da inexistência de evidência directa para a eficácia dos PSP, existem evidências indirectas que suportam a aplicação do modelo de PSP nas primeiras semanas após um evento traumático”.

Em seguida serão desenvolvidos os cinco princípios de Hobfoll (2007) e o modelo dos PSP de Brymer *et al.* (2006) para a intervenção imediata em situação de Catástrofe.

3.5.1 PRINCÍPIOS DE HOBFOLL

Hobfoll (2007) reuniu um painel mundial de especialistas no estudo e tratamento das pessoas expostas a catástrofes e violência em massa, para extrapolar dos campos de pesquisa relacionados e para obter consenso sobre os princípios de intervenção em Catástrofe. Foram identificados cinco princípios de intervenção suportados empiricamente que devem ser utilizados para orientar e informar a intervenção e a prevenção nos cenários de catástrofe. Estes são a promoção de:

1. Sensação de segurança;
2. Tranquilização;
3. Sensação de auto-eficácia e de eficácia da comunidade;
4. Conexão;
5. Esperança.

3.5.1.1 Promoção da Sensação de Segurança

Reduz os aspectos biológicos das reacções de stress traumático;
Afecta positivamente os pensamentos que inibem a recuperação.

Acções para a saúde pública:

- Conduzir para um local seguro;
- Tornar claro que estão em segurança;
- Educar para como tornar o ambiente seguro;
- Informar os meios de comunicação social para passarem a mensagem de segurança e resiliência, em vez de mensagens de perigo iminente;
- Encorajar as pessoas a limitarem a sua exposição aos meios de comunicação social.

Acções de intervenção individual:

- Instruções relativas à discriminação do contexto de trauma e estímulos associados ao evento, que possam evocar reacções de stress;

- Técnicas de *Grounding* para a focagem na realidade;
- Exposição imagética e exposição sistemática (ao vivo).

3.5.1.2 Promoção do Tranquilizar

- Reduz a ansiedade, a activação elevada, o entorpecimento ou as emoções fortes, com melhoria de:
 - Sono
 - Alimentação
 - Tomada de decisão
 - Desempenho dos diferentes papéis
 - Reduz a probabilidade de psicopatologia a longo prazo.

Acções para a saúde pública:

- Ajudar as pessoas a resolver preocupações;
- Dar informação sobre se os entes queridos estão seguros;
- Informar se ainda existe algum risco presente;
- Educação comunitária em massa sobre:
 - Reacções comuns após um evento potencialmente traumático;
 - Técnicas de gestão da ansiedade;
 - Sinais de evolução negativa das reacções de stress e onde e como procurar ajuda;
 - Limitar a exposição aos meios de comunicação social.

Acções de intervenção individual:

- Treino de respiração abdominal;
- Relaxamento muscular;
- Naturalização das reacções de stress;
- Técnica do *grounding*.

3.5.1.3 Promoção da Sensação de Auto-eficácia e de Eficácia da Comunidade

- Promover as crenças das pessoas acerca das suas capacidades;
- Promover a auto-regulação de pensamentos, emoções e comportamentos.

Acções para a saúde pública:

- Dar recursos às pessoas;
- Tanto quanto possível envolver os sobreviventes nas tomadas de decisão e nos trabalhos de recuperação;
- Promover actividades que eram desenvolvidas na comunidade, como:
 - Actividades religiosas;
 - Encontros convívio;
 - Utilização de rituais colectivos de cura e de luto;
 - Colaboração com líderes e curandeiros locais.
- Desenvolver “comunidades competentes”, que:
 - Encorajam o bem-estar dos seus cidadãos;
 - Encontram recursos materiais para a reconstrução e para o restabelecimento da ordem;
 - Têm esperança no futuro;
 - Suportam as famílias, que são frequentemente quem mais providenciam cuidados de saúde mental após as catástrofes;
 - Desenvolvem a percepção que existem pessoas disponíveis para dar suporte.

Acções de intervenção individual:

- Relembrar as pessoas da sua eficácia;
- Ajudar a recalibrar expectativas e objectivos;
- Ensinar as pessoas a resolverem problemas e a colocarem objectivos alcançáveis;
- Encorajar o *Coping* activo;
- Promover a sensação de controlo sobre os stressores.

3.5.1.4 Promoção da Conexão à Rede Social de Suporte

- Relacionado com melhor bem-estar emocional e recuperação;
- Dá oportunidade de:
 - Informação sobre recursos existentes;
 - Resolução de problemas práticos;
 - Compreensão emocional;
 - Partilha de experiências;
 - Normalização das reacções de stress e das experiências;
 - Instruções mútuas sobre a forma de lidar com os problemas.

Acções para a saúde pública:

- Identificar aqueles que:
 - Não têm suporte;
 - Provavelmente ficarão socialmente isolados;
 - Têm suporte social que transmite mensagens erróneas e desadaptativas.
- Ajudar os indivíduos a ligarem-se aos seus entes queridos;
- Aumentar a quantidade, qualidade e frequência dos contactos de suporte;
- Falar sobre potenciais influências negativas.

Acções de intervenção individual:

- Treinar as pessoas a como procurarem ajuda;
- Providenciar suporte formal;
- Ajudar a lidar com as discordâncias entre membros da mesma família.

3.5.1.5 Promoção da Esperança

- Resultados favoráveis estão associados com:
 - Optimismo;
 - Expectativas positivas;
 - Sentimento de confiança na via e/ou no próprio;
 - Crenças espirituais fortes.

Acções para a saúde pública:

- Suportar a reconstrução das economias locais;
- Ajudar as pessoas a:
 - Ligarem-se aos recursos;
 - Partilharem a sua experiência e a esperança;
 - Construir significado do que aconteceu;
 - Aceitar que as suas vidas e o seu ambiente mudaram.

Acções de intervenção individual:

- Identificar, amplificar e concentrar-se em desenvolver pontos fortes;
- Normalizar as respostas;
- Lidar com os comportamentos de evitamento extremos;
- Controlar pensamentos auto-depreciativos;
- Encorajar comportamentos de *coping* positivo.

Estes cinco princípios descritos por Hobfoll (2007) são hoje considerados como transversais a todas as intervenções e modelos na área da intervenção em catástrofe. Finalmente, na aplicação destes princípios a nível internacional, é crítico que se considere a cultura local e se adapte a implementação da intervenção às características singulares da população local.

BIBLIOGRAFIA

- EFPA (2013). The Standing Committee on Disaster, Crisis and Trauma Psychology – Work Plan 2013-2015.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., *et al.* (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 7, 283–315.

3.5.2 MODELO DOS PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS (Brymer *et al.*, 2006)

3.5.2.1 Introdução

O modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) é um modelo modular, baseado na evidência para ajudar crianças, adolescentes, adultos e as famílias após uma catástrofe ou atentado terrorista. O modelo PSP foi construído para reduzir o *distress* inicial causado por eventos potencialmente traumáticos e para promover o funcionamento adaptativo e os mecanismos de *coping* positivos a curto e médio prazo.

O modelo PSP não assume que todos os sobreviventes irão desenvolver problemas mentais ou dificuldades a longo prazo na recuperação. Assume, sim, que os sobreviventes e outros afectados pelo incidente irão experienciar inicialmente reacções ao stress (físicas, psicológicas, comportamentais, espirituais) e que algumas destas reacções poderão causar *distress* que interferirá com o *coping* adaptativo e com a recuperação, pelo que é importante o suporte no imediato.

O modelo PSP tem como principais objectivos:

- ➔ Estabelecer uma ligação humana empática, de forma não intrusiva;
- ➔ Promover a segurança desde o primeiro momento e providenciar conforto físico e emocional;
- ➔ Orientar e acalmar sobreviventes com reacções intensas;
- ➔ Ajudar os sobreviventes a comunicarem as necessidades e preocupações imediatas e recolher a informação necessária;
- ➔ Oferecer ajuda prática e informação aos sobreviventes;
- ➔ Conectar os sobreviventes, assim que possível, à sua rede social de apoio, incluindo família, amigos, vizinhos e recursos comunitários;
- ➔ Promover o *coping* adaptativo e o *empowerment* para que os sobreviventes tenham um papel activo na sua recuperação;
- ➔ Dar informação que possa ajudar os sobreviventes a lidar de forma mais eficaz com o impacto psicológico do incidente.

Desta forma, os autores propõem as seguintes linhas orientadoras para os interventores:

- ➔ Observar primeiro, não ser intrusivo. Depois questionar o que necessitam para determinar como se pode ajudar.
- ➔ Muitas vezes, a melhor forma de iniciar contacto é dar ajuda prática (água, comida, cobertores).
- ➔ Iniciar contacto só após se ter observado a situação, pessoa ou família, e de se ter assegurado que não se será intrusivo.
- ➔ Estar preparado para que o sobrevivente o possa evitar ou, pelo contrário, não o queira deixar ir.
- ➔ Falar calmamente, ser paciente, responsivo e sensível. Não utilizar calão.
- ➔ Se o sobrevivente quiser falar estar preparado para ouvir. Enquanto estiver a ouvir, focar-se em ouvir as necessidades e como poderá ajudar.
- ➔ Reforçar positivamente tudo o que o sobrevivente tenha feito para se manter seguro.
- ➔ Dar informação adequada à idade da pessoa e que dê resposta a necessidades imediatas. Repetir as respostas as vezes necessárias.
- ➔ Relembrar que os objectivos dos Primeiros Socorros Psicológicos são a redução do *distress* e a promoção do funcionamento adaptativo, pelo que não se deverá pedir detalhes do evento potencialmente traumático.

3.5.2.2 Preparação para a Aplicação dos Primeiros Socorros Psicológicos

De forma a assistir os sobreviventes de uma catástrofe, o intervenor tem de tomar conhecimento da natureza do evento, das circunstâncias presentes e do tipo e disponibilidade dos serviços de suporte existentes.

Entrar no Cenário

Entrar no cenário de uma forma bem-sucedida implica actuar dentro da estrutura de um Agente de Protecção Civil, em que os papéis estão claramente definidos. É essencial estabelecer comunicação e coordenar actividades com as organizações presentes no local. Uma boa entrada no cenário implica também obter conhecimento sobre quem lidera, organiza, que procedimentos já foram adoptados, que serviços de suporte existem. É importante ter informação exacta sobre o que vai acontecer, que serviços estão disponíveis e onde podem ser encontrados. Esta informação deverá ser obtida o mais precocemente possível, dado que dar esta informação é muitas vezes importante para a redução dos níveis de ansiedade e para a promoção do *coping*.

Dar Suporte

Em alguns cenários, os Primeiros Socorros Psicológicos são oferecidos em zonas já constituídas. Noutros, o interventor pode ter de circular nas imediações para identificar quem poderá necessitar de ajuda. Deve focar a atenção em como as pessoas estão a reagir e a interagir no cenário. As pessoas que podem necessitar de assistência imediata manifestam sinais de *distress*, incluindo:

- Desorientação;
- Confusão;
- Agitação;
- Pânico;
- Isolamento, apatia;
- Irritabilidade ou raiva;
- Preocupação excessiva.

Setting Grupal

Os Primeiros Socorros Psicológicos foram primariamente desenhados para a intervenção individual ou familiar, contudo, muitos componentes podem ser utilizados no formato grupal. Os componentes de informação, suporte, conforto, segurança podem ser aplicados

aos grupos que se formam espontaneamente. Para grupos de crianças ou adolescentes, oferecer jogos para a distração pode reduzir a ansiedade e a preocupação após horas ou dias num abrigo.

Quando se intervém com grupos, deve-se atentar em:

- ➔ Ajustar a discussão às necessidades e preocupações partilhadas pelo grupo;
- ➔ Focar a discussão na resolução de problemas e de estratégias de *coping* aplicados a necessidades imediatas;
- ➔ Não deixar a discussão, em torno de preocupações, tornar-se apenas num somatório de queixas;
- ➔ Se uma pessoa necessitar de mais suporte, oferecer um espaço dedicado para ela após a discussão grupal.

Manter uma Presença Calma

As pessoas reagem a um evento com base também nas reacções que observam nos outros. Ao demonstrar serenidade, pode ajudar os sobreviventes a sentirem que podem confiar em si. Outros podem seguir a seu pensamento mais focado, mesmo que não se sintam calmos ou seguros. Os interventores muitas vezes modelam o sentimento de esperança, que os sobreviventes não conseguem inicialmente sentir enquanto estão a lidar com as preocupações imediatas.

Ser Sensível à Cultura e à Diversidade

Os interventores devem ser sensíveis à cultura, etnia, religião e às diferenças linguísticas. Enquanto interventor deve estar consciente dos seus próprios valores e preconceitos, e de como estes diferem dos da comunidade com que irá intervir. Ajudar a manter ou restabelecer costumes, tradições, rituais, estrutura familiar, papéis de género e laços sociais é de extrema importância na recuperação da comunidade. Informação acerca da comunidade, incluindo como são expressas as reacções emocionais, atitudes relativamente a agências governamentais e receptividade ao aconselhamento, deve ser recolhida precocemente.

Estar Atento às Populações de Risco

Indivíduos que estão em maior risco após uma catástrofe são:

- Crianças, especialmente:
 - Separadas dos pais/adultos cuidadores;
 - Cujos pais/adultos cuidadores, membros da família ou amigos morreram;
 - Cujos pais/adultos cuidadores ficaram significativamente feridos ou estão desaparecidos;
 - Que estavam em lares de acolhimento.
- Aqueles que apresentam ferimentos;
- Aqueles que tiveram múltiplos realojamentos e deslocações;
- Aqueles que têm antecedentes de doenças físicas e mentais;
- Aqueles que têm incapacidades;
- Adolescentes e adultos com comportamentos aditivos;
- Grávidas;
- Mães com bebés ou crianças pequenas;
- Equipas de emergência;
- Outras perdas significativas (casa, animais de estimação, fotografias de família...);
- Aqueles que experienciaram em primeira mão cenas grotescas ou de risco extremo de vida;
- Aqueles que pertencem a grupos sociais desfavorecidos.

3.5.2.3 Acções Centrais dos Primeiros Socorros Psicológicos

1. Contacto e estabelecimento da relação
2. Segurança e conforto
3. Estabilização
4. Recolha de informação
5. Assistência prática
6. Conexão ao suporte social
7. Informação sobre o <i>coping</i>
8. Referenciação a serviços

Figura 12 – Acções Centrais dos Primeiros Socorros Psicológicos
(Brymer *et al.*, 2006)

1. Contacto e Estabelecimento da Relação

Objectivo: Iniciar o contacto de forma empática e não intrusiva, de forma a oferecer ajuda.

2. Segurança e Conforto

Objectivo: Promover a segurança de forma imediata e providenciar conforto físico e emocional.

3. Estabilização (se necessário)

Objectivo: Acalmar e orientar os sobreviventes em descontrolo emocional.

4. Recolha de Informação: Necessidades e Preocupações Actuais

Objectivo: Identificar as necessidades e preocupações imediatas, obter informação adicional de forma a ajustar a intervenção.

5. Assistência Prática

Objectivo: Oferecer ajuda prática aos sobreviventes na resolução das necessidades e preocupações imediatas.

6. Conexão ao Suporte Social

Objectivo: Ajudar a estabelecer ligação à rede social de suporte, incluindo membros da família, amigos e recursos da comunidade.

7. Informação sobre o *Coping*

Objectivo: Providenciar informação sobre as reacções de stress e como lidar com elas de forma a promover o funcionamento adaptativo.

8. Referenciação a Serviços

Objectivo: Promover a ligação dos sobreviventes a serviços necessários no presente ou no futuro.

Estas acções constituem os objectivos da ajuda psicológica nos primeiros dias ou semanas após a catástrofe. Devem ser utilizados com flexibilidade, sendo que a quantidade de tempo despendida em cada acção depende das necessidades específicas de cada sobrevivente.

3.5.2.3.1 Contacto e Estabelecimento da Relação

Objectivo: Iniciar o contacto de forma empática e não intrusiva, com o intuito de oferecer ajuda.

O primeiro contacto com um sobrevivente é muito importante. Se bem efectuado pode estabelecer uma relação de ajudar eficaz e aumentar a receptividade da pessoa no futuro em procurar ajuda.

Estabelecer o contacto com os sobreviventes de forma empática e não intrusiva:

- ➔ Apresentar-se e descrever o seu papel;
- ➔ Pedir permissão para falar;
- ➔ Explicar os objectivos;
- ➔ Questionar sobre as necessidades imediatas;
- ➔ Antes de falar com crianças assegurar-se, sempre que possível, que pede permissão aos pais/adultos responsáveis.
- ➔ Ter em atenção as diferenças culturais no que concerne ao toque, “espaço pessoal” e ao olhar;
- ➔ Assegurar ao máximo a confidencialidade.

Por exemplo, ao estabelecer contacto, poderá dizer:

- ➔ Adulto: “Olá. O meu nome é _____, sou psicólogo. Estou a ver como as pessoas estão e se poderei ajudar em alguma coisa. Posso falar consigo alguns minutos? Como se chama? Sra. Antónia, antes de falarmos, existe alguma coisa que necessite já, como água?”.
- ➔ Criança/Adolescente: “E esta é a sua filha?” (deve colocar-se ao nível ocular da criança, sorrir e cumprimentar a criança utilizando o seu nome). “Olá Elsa, o meu nome é _____ e estou aqui a tentar ajudar a tua família. Precisas de alguma coisa agora? Temos água e sumos de fruta, cobertores e brinquedos naquelas caixas.”.

Alguns sobreviventes podem não procurar a ajuda do técnico, contudo, podem beneficiar do seu apoio. Quando se identificar estas

peessoas, não se deve interromper conversas em curso e assumir que a pessoa poderá não querer falar imediatamente com o técnico. Se a pessoa declinar a sua oferta de suporte, deve ser respeitada a sua decisão e indicar onde e como poderá obter ajuda depois.

3.5.2.3.2 Segurança e Conforto

Objectivo: Promover a segurança de forma imediata e providenciar conforto físico e emocional.

Restabelecer o sentimento de segurança é um objectivo importante após um incidente. Promover a segurança e o conforto pode reduzir a ansiedade e as preocupações associadas.

O conforto e a segurança podem ser promovidos junto dos sobreviventes das seguintes formas:

- ➔ Garantir a segurança física imediata (retirar de locais em que corram perigo; remover objectos com que se possam magoar,...);
- ➔ Fornecer informações sobre as actividades e/ou serviços de resposta ao incidente (o que está a ser feito para assisti-los, serviços disponíveis, o que se sabe sobre o evento,...);

Exemplo com adultos: “Pelo que percebi, vamos começar a transportar as pessoas para um abrigo que será o ginásio da escola secundária, dentro de uma hora. Haverá comida, roupa limpa e um sítio onde poderão descansar. Por favor, permaneça nesta área, um elemento da equipa virá aqui para o levar.”

Exemplo com crianças: “Olha o que vai acontecer a seguir: tu e a tua mãe vão juntas para um sítio que se chama abrigo, que é uma casa segura que tem comida, roupa limpa e um espaço para descansarem. Fica aqui com a tua mãe até chegar o autocarro.”

- ➔ Oferecer conforto físico (local onde possam ficar, considerar, se possível, se possui a temperatura, luminosidade, mobiliário adequados,...);
- ➔ Promover o contacto social com outros sobreviventes;

- ➔ Proteger de experiências potencialmente traumáticas e de estímulos associados ao trauma (como imagens, sons ou cheiros).
- ➔ Discutir a exposição aos meios de comunicação social.

Exemplo com adultos: “Passou por muito e é uma boa ideia proteger-se a si e aos seus filhos de imagens, cheiros ou sons perturbadores. Até as notícias do desastre que passam na televisão podem ser muito perturbadoras para as crianças. Tente que as crianças não vejam notícias relacionadas com o desastre. E, já agora, também lhe fará bem a si não ver essas notícias.”

3.5.2.3.3 Estabilização (se necessário)

Objectivo: Acalmar e orientar os sobreviventes em descontrolo emocional.

A maioria das pessoas afectadas por uma catástrofe não necessita de estabilização. A expressão de emoções intensas é esperada e normal, contudo, a activação fisiológica extrema, o embotamento e a ansiedade extrema podem interferir com o sono, o apetite, a tomada de decisão, a parentalidade ou com outros papéis. Para estas pessoas deve ser oferecido suporte para a estabilização.

Observar os seguintes sinais que indicam que a pessoa possa necessitar de estabilização:

- ➔ Olhar vago e vazio;
- ➔ Não responsivo a orientações verbais;
- ➔ Desorientado (a deambular);
- ➔ Exibe reacções emocionais muito intensas (choro incontrolável, hiperventilação);
- ➔ Reacções físicas incontroláveis (tremores);
- ➔ Comportamento frenético de busca;
- ➔ Incapacitado pela preocupação;
- ➔ Actividades de risco.

No geral, seguir os seguintes passos para a estabilização:

- ➔ Respeitar a privacidade das pessoas e aguardar alguns minutos antes de intervir. Dizer que está disponível se precisarem ou que irá voltar dentro de minutos para perceber como estão.
- ➔ Manter-se calmo, sem falar, mas presente, em vez de tentar imediatamente falar com a pessoa, uma vez que poderá estar a contribuir para a sobrecarga cognitiva/emocional. Manter-se disponível, enquanto dá alguns minutos à pessoa para se acalmar.
- ➔ Manter-se por perto enquanto fala com outros sobreviventes e “à vista” para que a pessoa se possa dirigir ao técnico se assim o desejar.
- ➔ Oferecer suporte e ajudar a pessoa a focar-se em pensamentos e sentimentos específicos e em objectivos.
- ➔ Dar informação que ajude a pessoa a readquirir a sensação de controlo: como está organizada a ajuda, onde pode ter ajuda, que passos considerar.

Se mantiver activação emocional extrema, embotamento, dissociação ou pânico utilizar:

- ➔ **Respiração Abdominal** (para controlo da frequência cardíaca e respiratória):

Para os adultos:

1. Inspirar devagar pelo nariz e encher confortavelmente os pulmões até à barriga.
2. Silenciosa e calmamente repita para si: “o meu corpo está cheio de calma”. Expire devagar pela boca e confortavelmente esvazie totalmente os pulmões.
3. Silenciosa e calmamente repita para si: “o meu corpo está a libertar a tensão”.
4. Repetir 5 vezes.
5. Fazê-lo as vezes que forem necessárias ao longo do dia.

Para as crianças:

1. Ajudar a criança num exercício respiratório:
2. “Vamos praticar uma forma diferente de respirar que pode ajudar os nossos corpos a relaxar.
3. Põe uma mão em cima da barriga (demonstrar).
4. Ok, vamos respirar pelo nariz. Quando inspiramos vamos encher de ar a barriga e aguentar um bocadinho (demonstrar).
5. Depois vamos expirar pelas nossas bocas. Quando o fizermos o nosso estômago vai encolher (demonstrar).
6. Vamos inspirar muito lentamente enquanto eu conto até 3. Vamos agora expirar muito lentamente enquanto eu conto até 3.
7. Vamos tentar juntos? Boa!”

➔ **Relaxamento Muscular** (para relaxamento e eliminação da sensação de dormência):

1. “Deite-se ou sente-se de forma confortável. Execute os movimentos com suavidade. À medida que vai executando os movimentos é importante concentrar a sua atenção na zona do corpo que está tensa ou na qual tem uma sensação de formigueiro, observando as sensações físicas nessa zona”.

Imaginando que sente os braços dormentes:

2. “Feche os punhos com força. Faça força e mantenha durante 5 segundos, dirija a atenção para os punhos.
3. Agora abra a mão e relaxe durante 10 a 15 segundos, dirigindo a atenção para essa zona.
4. Repita.
5. Agora troque de mão e repita o procedimento. Repita as vezes necessárias.

6. Faça músculo com força no braço. Faça força e mantenha durante 5 segundos, dirija a atenção para o braço.
7. Agora relaxe o músculo do braço durante 10 a 15 segundos e observe as sensações físicas no braço. Repita novamente.
8. Troque de braço e repita o procedimento.
9. Repita as vezes necessárias até obter o relaxamento da zona do corpo.”

→ *Grounding*

Se a pessoa não está responsiva, deve utilizar-se o *Grounding*:

- Sentar a pessoa numa posição confortável;
- “Inspire e expire lentamente”;
- “Diga-me 5 coisas que esteja a sentir”. Por exemplo: Sinto as costas na cadeira, sinto um cobertor na minha mão...”;
- “Inspire e expire lentamente”;
- “Agora diga-me 5 sons que esteja a ouvir”. Por exemplo: Oíço o meu coração a bater, um telemóvel a tocar...”;
- “Inspire e expire lentamente”;
- “Olhe à sua volta e diga-me 5 objectos que esteja a ver”. Por exemplo: Vejo o chão, uma mesa, os meus sapatos...”;

Se se tratar de uma criança pode utilizar-se a nomeação de cores. Por exemplo: Diz-me 5 cores que estejas a ver. Consegues ver alguma coisa azul?”

Se nenhuma destas intervenções ajudar na estabilização emocional, deverá encaminhar-se a pessoa para uma consulta médica, porque poderá ser necessária a administração de medicação.

3.5.2.3.4 Recolha de Informação: Necessidades e Preocupações actuais

Objectivo: Identificar as necessidades e preocupações imediatas, obter informação adicional de forma a ajustar a intervenção.

Deve lembrar-se que, na maioria dos contextos de intervenção, a pesquisa de informação será limitada pelo tempo, pelas necessidades e prioridades do sobrevivente, entre outros factores.

A pesquisa de informação é utilizada para:

- Determinar a necessidade de encaminhamento imediato;
- Determinar a necessidade de usufruir de serviços adicionais disponíveis;
- Oferecer uma intervenção de *follow-up*;
- Determinar quais as componentes dos primeiros socorros serão mais úteis.

Áreas a pesquisar:

- Natureza e severidade das experiências durante o incidente;
- Morte de um ente querido;
- Preocupações acerca da vida após o incidente;
- Separação ou preocupação acerca da segurança dos entes queridos;
- Doenças físicas, doenças mentais e necessidade de medicação;
- Perdas (casa, escola, trabalho, animais de estimação, outros bens);
- Sentimentos exacerbados de culpa ou vergonha;
- Pensamentos de fazer mal ao próprio ou a outros;
- Disponibilidade do suporte social;
- Consumos anteriores de álcool ou drogas;
- Exposição anterior ao trauma e à morte de entes queridos;
- Mecanismo de *coping* passados.

Ao clarificar o nível de exposição ao trauma:

- Evitar pedir a descrição detalhada de experiências traumáticas;
- Seguir o discurso natural do sobrevivente;
- Os indivíduos não devem ser pressionados a revelar detalhes de qualquer trauma ou perda;

- ➔ Se os sobreviventes estão ansiosos para falar sobre suas experiências, dizer-lhes: “Por enquanto, as informações básicas para o ajudar com as suas necessidades actuais são o mais útil.”; “Pode discutir detalhadamente as suas experiências num ambiente mais protegido no futuro.”.

Se o sobrevivente identificar múltiplas preocupações, deve fazer-se o resumo e ajudá-lo a identificar quais os assuntos mais prioritários.

3.5.2.3.5 Recolha Assistência Prática

Objectivo: Oferecer ajuda prática aos sobreviventes na resolução das necessidades e preocupações imediatas.

Ao ajudar as pessoas a obterem recursos, o técnico estará a aumentar a sensação de *empowerment*, a esperança e a restabelecer a sua dignidade. Desta forma, ajudar o sobrevivente com os seus problemas actuais ou antecipados é um componente central do modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos. Os sobreviventes podem apreciar uma ajuda mais pragmática com o foco na resolução dos seus problemas.

Após a identificação das necessidades, deverá ensinar-se as pessoas a definirem objectivos realistas que irão ajudar a diminuir o sentimento de incapacidade em lidar com a situação; ajudar a terem experiências de sucesso; e ajudar a restabelecer a percepção de controlo necessária para uma recuperação eficaz.

Deve então oferecer-se ajuda prática para os sobreviventes na resposta às necessidades e preocupações imediatas:

➔ **Passo 1 - Identificar as necessidades mais imediatas**

O sobrevivente tem frequentemente múltiplas preocupações, pelo que é necessário focar-se numa de cada vez.

Exemplo com adultos: “Eu compreendo o que me está a dizer Sra. Antónia. A sua maior preocupação é encontrar o seu marido e certificar-se de que ele está bem. Vamos focar-nos nisso e estabelecer um plano para obter essa informação.”.

Exemplo com crianças: “Parece que estás muito preocupado com muitas coisas, como o que aconteceu à tua casa, quando o teu pai vai voltar e o que vai acontecer a seguir. São todas preocupações importantes, mas vamos pensar naquela que é a mais importante agora e vamos fazer um plano.”

→ **Passo 2 - Clarificar a necessidade**

Falar com o sobrevivente para especificar o problema. Quanto mais clarificado estiver o problema, mais fácil será colocá-lo em passos práticos para o resolver.

→ **Passo 3 - Discutir um plano de acção**

Ajudar o sobrevivente a pensar no que pode ser feito. Tentar que a resposta venha primeiro da pessoa e só após isso se deve oferecer sugestões. Dizer ao sobrevivente o que poderá esperar realisticamente dos recursos disponíveis.

→ **Passo 4 - Agir para atender à necessidade**

Ajudar o sobrevivente a iniciar a acção. Por exemplo, ajudá-lo a marcar uma hora com o serviço que necessita e, se necessário, ajudá-lo no preenchimento de formulários.

3.5.2.3.6 Conexão ao Suporte Social

Objectivo: Ajudar a estabelecer ligação à rede social de suporte, incluindo membros da família, amigos e recursos da comunidade.

O suporte social está relacionado com o bem-estar emocional e com a recuperação após as situações de catástrofe. As pessoas que têm um bom suporte social mais facilmente entrarão em actividades de suporte (dar ou receber suporte) necessárias após o incidente.

O suporte social pode ter vários formatos:

- Suporte Emocional: abraçar, escutar, compreender, aceitar;
- Conexão Social: sentir que pertence a um grupo e partilha coisas em comum com outras pessoas;
- Sentir que Faz Falta: sentir que é importante para os outros, que é valorizado;

- ➔ Suporte Confiável: sentir que tem pessoas em quem pode confiar, que estarão lá se necessário;
- ➔ Aconselhamento e Informação: ter pessoas que lhe dão bons conselhos ou informação, que o ajudam a compreender as suas reacções ou que lhe dão bons exemplos sobre como lidar com alguns problemas;
- ➔ Assistência Física: ter pessoas que o ajudam a carregar coisas, a arranjar a casa ou a preencher formulários;
- ➔ Assistência Material: ter pessoas que lhe dão bens, como água, roupa, abrigo, ou dinheiro.

O técnico deve:

- ➔ Melhorar o acesso das pessoas à sua rede de suporte primária (família e outros significativos);
- ➔ Incentivar o recurso às pessoas que estão a prestar apoio imediato;
- ➔ Discutir formas de procurar e dar apoio;
- ➔ Identificar possíveis pessoas de apoio;
- ➔ Discutir o que fazer/falar (como abordar outras pessoas);
- ➔ Explorar a resistência em procurar apoio;
- ➔ Abordar os sobreviventes com isolamento social extremo:
 - ➔ Pensar sobre o tipo de apoio que lhe será mais útil;
 - ➔ Pensar nas pessoas de que o sobrevivente se poderá aproximar;
 - ➔ Decidir quem pode ser um bom modelo ou mentor;
 - ➔ Decidir de antemão o que o sobrevivente gostaria de discutir ou fazer;
 - ➔ Escolher o momento certo e lugar para abordar alguém para apoio.

3.5.2.3.7 Informação sobre o *Coping*

Objectivo: Providenciar informação sobre as reacções de stress e como lidar com elas de forma a promover o funcionamento adaptativo.

As catástrofes podem colocar em risco a capacidade de os indivíduos em lidar com as adversidades. Sentirem que conseguem lidar com a ansiedade e com os problemas poderá ser benéfico para a recuperação.

Informar sobre as reacções de stress:

- Fornecer informações simples sobre reacções de stress e *coping*;
- Construir a discussão em torno das reacções do sobrevivente;
- Incluir possíveis reacções negativas e positivas;
- Evitar patologizar as reacções de stress;
- Discutir formas positivas e negativas de lidar com as reacções de stress.

Informar sobre a duração das reacções de stress:

- A duração das reacções dependerá (entre outras coisas):
 - Da gravidade da exposição ao trauma e perda;
 - Da gravidade das adversidades após o incidente;
 - Da frequência com que estão expostos a estímulos que evocam pensamentos ou sentimentos associados ao incidente.

Dizer que é natural a resposta de ansiedade face ao que viveu e que é normal que comece a diminuir a intensidade, frequência e duração das reacções. Contudo, se as reacções continuarem a interferir com a sua capacidade de funcionar, após um mês, deverá procurar serviços especializados de saúde mental.

Informar sobre o *Coping* negativo (pode ter efeitos negativos não intencionais):

- Isolamento social;
- Evitamento extremo de pensar ou falar sobre o incidente;

- Trabalhar demasiado;
- Raiva ou violência;
- Uso de álcool ou drogas.

Informar sobre o *Coping* positivo (leva a resultados positivos):

- O apoio social;
- Actividades positivas distractoras;
- Estabelecer e alcançar objectivos;
- Alterar expectativas/prioridades;
- Respiração/relaxamento/descanso;
- Exercício físico;
- Escrever um diário;
- Aconselhamento;
- Humor.

Informar sobre o *Coping* na família:

- Retomar as rotinas familiares;
- Desenvolver a percepção de que poderão existir diferenças nas reacções e recuperação dos elementos da família;
- Encorajar o entendimento mútuo, a paciência e a tolerância aos diferentes percursos de recuperação dos elementos da família;
- Ajudar os adolescentes a compreender os comportamentos mais protectores dos pais (como pedir para ligar quando chegar à casa dos amigos) como normais e passageiros.

Informar sobre as reacções de raiva

Os sobreviventes podem modificar a sua raiva:

- Retirando-se do local por um tempo;
- Conversando com um amigo sobre o que está a irritá-lo;
- Fazendo exercício físico (por exemplo, caminhar, correr, fazer flexões);
- Fazendo um diário em que descreve como se sente;
- Relembrar o sobrevivente que estar com raiva não irá ajudá-lo

a conseguir o que quer e pode prejudicar os seus relacionamentos importantes;

- Incentivar o sobrevivente para se distrair com actividades positivas;
- Incentivar o sobrevivente a permitir que outro adulto possa supervisionar temporariamente os seus filhos.

Informar sobre as emoções “negativas” de culpa e vergonha

Alguns sobreviventes podem pensar acerca do que causou o evento, como reagiram e como poderá ser o futuro. Atribuírem excessiva culpa a si próprios ou a outros pode aumentar a intensidade das suas reacções.

- Escutar essas crenças e ajudar os sobreviventes a olhar para a situação de outra forma. Perguntar eventualmente: “Se um amigo seu tivesse passado por esta situação, o que lhe diria? Consegue dizer o mesmo a si próprio?”;
- Ajudar a esclarecer mal-entendidos, rumores e distorções;
- Ajudar os sobreviventes a entender como os pensamentos influenciam as emoções.

Informar sobre como lidar com os problemas do sono

Incentivar os sobreviventes a:

- Manter rotinas de sono regulares;
- Reduzir o consumo de álcool;
- Eliminar as bebidas com cafeína à tarde/noite;
- Aumentar o exercício físico regular;
- Relaxar antes de dormir;
- Limitar as sestas a 15 minutos e sempre antes das 16:00;
- Obter suporte para preocupações imediatas.

Informar sobre os problemas de sono nas crianças

- Lembrar aos pais que é frequente que as crianças queiram permanecer perto dos seus pais à noite;

- ➔ Alterações temporárias nas rotinas de dormir (quererem dormir na cama dos pais ou que os pais fiquem no seu quarto) são normais, desde que os pais façam um plano com os seus filhos para negociar um retorno à rotina normal de sono.

Informar sobre o abuso de substâncias

- ➔ Explicar que muitas pessoas optam por beber, usar medicamentos ou drogas para reduzirem o seu sofrimento;
- ➔ Pedir ao indivíduo para identificar os prós e os contras do uso de álcool ou de outras drogas como forma de lidar com os problemas;
- ➔ Chegar a um acordo de abstinência ou de um padrão de consumo seguro.

Questões desenvolvimentistas:

- ➔ As pressões e adversidades após um desastre podem resultar em importantes interrupções, atrasos ou regressões no progresso do desenvolvimento;
- ➔ A perda de oportunidades de desenvolvimento ou conquistas pode ser experienciada como uma das principais consequências resultantes do desastre.

Tentar alertar os membros da família para estas dificuldades, ressaltando que as dificuldades no desenvolvimento diminuirão com a progressiva adaptação ao incidente.

3.5.2.3.8 Referenciação a Serviços

Objectivo: Promover a ligação dos sobreviventes a serviços de suporte necessários no presente ou no futuro.

Enquanto o técnico dá informação, deve também falar sobre se existe alguma preocupação que necessite de informação adicional ou de referenciação a outro serviço. Exemplos de situações que requerem referenciação:

- Um problema médico agudo que necessite de apoio imediato;
- Um problema de saúde mental que necessite de atenção imediata;
- Agravamento de um problema médico, emocional, comportamental pré-existente;
- Ameaça em magoar-se a si ou a outros;
- Preocupação relacionada com o uso de álcool ou drogas;
- Casos que envolvam negligência a crianças ou idosos (reporte às autoridades);
- Quando existe necessidade de medicação para a estabilização;
- Quando é pedido apoio religioso;
- Dificuldades crescentes em lidar com as reacções de stress (4 ou mais semanas após o incidente);
- Quando o sobrevivente pede referênciação.

É também importante voltar a ligar os sobreviventes a instituições que lhes providenciavam serviços antes do incidente, incluindo:

- Serviços de saúde mental;
- Serviços médicos;
- Serviços de suporte social;
- Serviços de apoio a crianças;
- Escolas;
- Grupos de suporte para as dependências.

Se a pessoa recusar referênciação para um serviço de saúde mental:

- Propor uma avaliação, em vez de tratamento;
- Normalizar a noção de tratamento;
- Fornecer materiais educativos;
- Dar informação sobre diferentes formas de procurar assistência;
- Considerar envolver entes queridos (pais ou cônjuge), com consentimento do próprio, na discussão do assunto;
- Fazer *follow-up* e voltar a abordar o assunto.

Promover a continuidade das relações de ajuda

Uma preocupação secundária, mas importante para o sobrevivente, é a de poder manter o contacto com o interventor que o ajudou. Poderá efectuar *follow-up*, mas em muitos casos, poderá não ser possível manter o contacto. Contudo, a perda de contacto pode levar a uma sensação de abandono ou rejeição. Pode criar-se uma sensação de continuidade dos cuidados prestados se:

- ➔ Der nomes e contactos dos serviços de suporte existentes na comunidade que poderá recorrer se necessitar de ajuda.
- ➔ Apresentar os sobreviventes a profissionais de saúde, serviço social a ou outros trabalhadores, para que eles saibam o nome de outros ajudantes.

Conclusão

O modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos foi construído para reduzir o *distress* inicial causado por eventos potencialmente traumáticos e para promover o funcionamento adaptativo e os mecanismos de *coping* positivos a curto e médio prazo. De forma a estar preparado para aplicar os Primeiros Socorros Psicológicos, o psicólogo deverá entrar no cenário, dar suporte, ter em conta o *setting* grupal, manter uma presença calma, ser sensível à cultura e à diversidade e estar atento às populações de risco.

Na aplicação dos Primeiros Socorros Psicológicos é importante ter em atenção as oito acções essenciais: contacto e estabelecimento da relação, segurança e conforto, estabilização, recolha de informação, assistência prática, conexão ao suporte social, informação sobre o *coping* e referência a serviços.

BIBLIOGRAFIA

Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., *et al.* (2006). *Psychological First Aid: Field operations guide*. 2nd ed., Los Angeles: National Child Traumatic Stress Network and National Center

for PTSD. Disponível em: <http://www.nctsn.org/content/psychological-first-aid>. Consultado em: 12 de Fevereiro de 2015.

3.6 ESPECIFICIDADES DOS PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS DURANTE A EPIDEMIA DE ÉBOLA

Márcio Pereira

“Às vezes queria pegar uma criança no colo, abraçar, cuidar, e não poder fazer isso é muito difícil, muito pesado.”

PATRÍCIA CAMPOS MELLO –
REPÓRTER DO JORNAL *FOLHA DE SÃO PAULO*

A doença do vírus Ébola é uma doença grave, contagiosa que pode ser fatal (a taxa de letalidade do surto de 2014 na África Ocidental foi de cerca de 50%). No entanto, os cuidados de saúde aumentam substancialmente a hipótese de sobrevivência (OMS, 2014).

O surto do vírus Ébola tem um impacto significativo no bem-estar das pessoas afectadas, dos seus familiares, dos membros da comunidade e dos profissionais de saúde que tratam as pessoas com Ébola. Este surto coloca problemas específicos para as pessoas afectadas (por exemplo, estigmatização, isolamento, medo e possível abandono) e para os seus cuidadores e técnicos de saúde (por exemplo, a segurança, o acesso a informações actualizadas).

Nesta situação é de crucial importância para o profissional o acesso a informações relacionadas com a doença e com a sua transmissão.

A OMS (2014) informa que o Ébola começa rapidamente com uma febre elevada. Uma pessoa com Ébola sente-se muito cansada, com dores de cabeça e dores no corpo e sem apetite. O tempo desde a infecção até ao início dos sintomas é de 2 a 21 dias. A pessoa com o vírus Ébola pode infectar outras pessoas assim que se manifestem os primeiros sintomas. O início da doença do Ébola pode ser confundido

com outras doenças infecciosas, como a malária, porque os sintomas iniciais são inespecíficos. Esses sintomas incluem febre alta e cansaço extremo, muitas vezes acompanhada de perda de apetite, dor de cabeça e dores no corpo. Conforme a doença progride, as pessoas começam a experienciar vômitos e diarreia. Sangue no vômito ou nas fezes é observado entre os pacientes gravemente doentes, principalmente em estágios mais avançados, e é muitas vezes seguido de morte em poucos dias. Nos casos não fatais, a pessoa pode melhorar ao fim de 6 a 11 dias e perderá a capacidade de infectar outras pessoas.

Igualmente importante é a transmissão de informação à população das zonas afectadas de forma a evitar rumores ou mitos, partilhar informação clara que promova comportamentos de protecção e que melhore a compreensão da doença. Deverão ser abordados os seguintes assuntos:

➔ Como a doença se transmite e como poderá ser prevenida.

Ao contrário de infecções com a gripe ou a tuberculose, o Ébola não se transmite pelo ar. Apenas pode ser transmitido através do contacto directo com fluidos corporais ou com tecidos da pessoa que está doente ou que morreu, ou pelo contacto com objectos (pratos, copos, talheres, escova de dentes, etc.) que foram utilizados pela pessoa. Uma vez que o Ébola se transmite pelo contacto directo, quem vive com uma pessoa doente está em risco elevado de contrair a infecção e deverá utilizar equipamento de protecção individual. Pessoas com sintomas deverão evitar o contacto com as outras pessoas.

➔ O que fazer se suspeitar que um familiar possa estar contaminado.

Deverá encorajar o familiar a procurar ajuda médica num centro de tratamento do Ébola. Se o familiar não conseguir deslocar-se por qualquer motivo deverá ligar para a linha telefónica de apoio ao Ébola – para efectuar o transporte para um

centro de tratamento deverá utilizar equipamento de protecção individual, incluindo roupa protectora, luvas, óculos e máscaras.

Se na comunidade existir alguém que sobreviveu a uma infecção do Ébola, peça a essa pessoa para ajudar. Pelo que se sabe, após recuperar da infecção, a pessoa fica imunizada contra o vírus.

→ O que deverá fazer em seguida enquanto espera por ajuda.

Proteja a sua família. Coloque a pessoa doente numa divisão isolada dos restantes membros da família e não partilhe nenhum objecto entre a pessoa doente e os restantes membros da família (pratos, copos, talheres, escova de dentes, etc.).

Apenas uma pessoa deverá cuidar da pessoa doente. Evite tocar na pessoa doente, todos os fluídos corporais, incluindo o sangue, o vómito, o leite, o sémen, a urina, o suor, são perigosos e não devem entrar em contacto com a sua pele. Se necessitar tocar deverá utilizar luvas (garanta que as luvas estão intactas).

Coloque as roupas sujas e toalhas dentro de um saco de plástico e queime-o.

Uma pessoa com Ébola é melhor tratada num hospital, contudo, se tiver de tratar da pessoa em casa, faça-o utilizando sempre equipamento de protecção. A OMS não recomenda que se deva cuidar de doentes com Ébola em casa.

Deve lavar as mãos com sabão e deve esfregar as mãos com uma solução de álcool se tocou na pessoa doente ou em algum objecto da pessoa, se utilizou a casa de banho, se tocou em fluidos corporais e sempre após a retirada das luvas protectoras.

→ Cuidar dos doentes.

Dê bastantes líquidos, como água, sopa, chá ou outras bebidas disponíveis localmente. Encoraje as pessoas a comer um pouco.

Dê paracetamol se tiverem febre ou dores.

Não dê aspirina ou outro analgésico.

→ Sinais de perigo.

Se o doente vomitar, tiver diarreia ou começar a sangrar, deverá ser transportado imediatamente para o hospital. Estes são sinais de perigo. O doente poderá infectar outros e está em risco de morrer.

O paciente deve ser transportado apenas por funcionários da saúde que possuam equipamento de protecção individual e sob a orientação das autoridades locais.

→ Proteja-se após a morte de alguém por Ébola.

Evite o contacto directo e implemente medidas protectoras. As pessoas que morreram por Ébola ainda conseguem transmitir a doença, sendo que as pessoas que entrarem em contacto directo com os corpos estarão em risco elevado. Não toque ou movimente o corpo de alguém que morreu do Ébola.

Nos funerais e outros rituais de luto, não toque no corpo ou objectos do falecido. Utilize luvas protectoras se tiver de tocar em objectos do falecido.

→ Para quem recuperou da infecção de Ébola.

Deverá continuar em acompanhamento médico e efectuar testes laboratoriais para perceber se o vírus foi erradicado do organismo.

Tanto quanto se sabe, a pessoa fica com imunidade ao Ébola.

A pessoa não é transmissora do vírus.

A pessoa poderá ajudar a comunidade a cuidar dos doentes.

Os homens deverão utilizar preservativo nos contactos sexuais pelo menos durante 3 meses – o Ébola poderá manter-se no sêmen.

Para as mulheres que amamentam, o leite deverá ser testado em laboratório antes de amamentarem.

O Ébola afecta de várias formas a comunidade. As pessoas ficam separadas dos seus entes queridos devido à doença ou mesmo à morte. Os trabalhadores da área da saúde lidam com uma sobrecarga enorme e com factores de stress acrescidos. As pessoas associadas ao Ébola ficam vulneráveis ao estigma, piorando o seu sofrimento e isolamento. E comunidades inteiras ficam com medo que a doença os afecte.

É também importante recordar que o Ébola afecta a forma como normalmente damos suporte ao outro (ao não podermos tocar nas pessoas) e como lidamos com a morte dos nossos entes queridos (ao não podermos realizar os rituais fúnebres tradicionais). Uma forma alternativa dos doentes obterem o suporte familiar nos centros de tratamento poderá ser através do telefone.

Mesmo após a morte, o vírus ainda está activo, pelo que o contacto com um corpo morto pode causar contaminação, portanto os costumes tradicionais, tais como a lavagem do corpo ou transportá-lo de volta para a aldeia ancestral para o enterro, poderão espalhar ainda mais a doença. Os rituais fúnebres são muito importantes em muitas das comunidades afectadas, pois acreditam frequentemente que há uma relação directa entre o respeito prestado a um falecido e a prosperidade dos seus descendentes. Ao impedir as pessoas de realizarem os rituais pode causar raiva, frustração, ressentimento e medo. É importante estabelecer um diálogo com as comunidades locais e especialmente com os líderes religiosos locais para explicar a situação e discutir formas alternativas e mais seguras de honrar os mortos.

Por último, deve ser dada uma atenção especial aos dependentes (crianças, idosos ou pessoas com incapacidades), na medida em que podem perder os seus cuidadores. Há relatos de crianças que foram abandonadas. O estigma e a discriminação retiram-lhes a protecção e o apoio e colocam-nas em risco elevado. As crianças pequenas são especialmente vulneráveis, pois não conseguem satisfazer as suas

próprias necessidades básicas ou proteger-se. As meninas geralmente enfrentam um risco maior de violência e exploração sexual, e aquelas que são abusadas incorrem ainda numa maior estigmatização e isolamento. As meninas e as mulheres jovens estão em maior risco de exposição à doença Ébola, na medida em que são cuidadoras dos familiares afectados.

BIBLIOGRAFIA

- OMS (2014). *Psychological first aid during Ebola virus disease outbreaks*.
 Cross, R. (2014). *Psychosocial support during an outbreak of Ebola virus disease*. Briefing note prepared by the IFRC Reference Centre for Psychosocial Support.

3.7 LINHAS ORIENTADORAS PARA A COLABORAÇÃO DAS VÍTIMAS COM OS MÉDIA

Márcio Pereira

Em caso de catástrofe os média estão sempre muito interessados em entrevistar as vítimas, que acabaram de experienciar um evento chocante e potencialmente traumático. Do ponto de vista da vítima é sentida uma pressão enorme para dar a entrevista sendo difícil dizer que não.

A experiência do trabalho em crise, no entanto, é que a realização de uma entrevista logo após a experiência potencialmente traumática pode prejudicar a vítima e tornar a sua recuperação mais difícil (Hara-vuori *et al.*, 2011).

A experiência de incidentes anteriores revela que os média são extremamente pressionantes no contacto com os sobreviventes e com as suas famílias. Poucas horas após o incidente, os sobreviventes podem receber sms, correio eletrónico, chamadas telefónicas ou até mesmo ser contactados no seu domicílio pelos média. O primeiro

contacto da imprensa pode ser para confirmar se são sobreviventes ou familiares de vítimas. Uma resposta positiva dará os meios de comunicação a confirmação e estes podem publicar esta informação e continuar as suas investigações de forma persistente.

É importante notar que, se as vítimas e seus familiares mais próximos estão protegidos da imprensa, outros membros da família e amigos serão solicitados a confirmar a relação com as vítimas ou solicitados para entrevistas, fotografias, etc..

Estas são as razões pelas quais o Comité Permanente de Crise e Catástrofe da Federação Europeia das Associações de Psicologia (EFPA) construiu as seguintes directrizes para as vítimas de catástrofe na sua colaboração com os média durante as primeiras horas e dias após o incidente.

É importante notar que:

- ➔ As vítimas logo após o incidente poderão estar em estado de choque, o que significa que poderão ter uma forte necessidade de falar sobre a experiência.
- ➔ As vítimas podem ter uma forte necessidade de dar uma entrevista logo após a experiência também porque a experiência é considerada injusta e errada.
- ➔ Após uma experiência exigente as vítimas não são capazes de avaliar as consequências de dar uma entrevista para os média.
- ➔ Após as primeiras horas e dias a sensação de choque vai diminuir e a vítima pode sentir-se e pensar de uma forma diferente. Pode então arrepender-se do que divulgou em directo na entrevista após o incidente.
- ➔ Depois de dar uma entrevista as vítimas não têm qualquer controlo sobre como a entrevista é utilizada. Ela pode ser usada repetidas vezes em notícias, mas também noutras circunstâncias, meses e anos após o incidente.

Por estas razões, a vítima deve primeiro:

- ➔ Não responder a questões dos média nas primeiras horas.
- ➔ Negar a dar uma entrevista durante as primeiras horas após o incidente.
- ➔ Acalmar-se e distanciar-se da experiência antes de dar uma entrevista.
- ➔ Discutir com membros da família ou amigos as consequências de dar uma entrevista.

Se após aconselhamento a vítima quer dar uma entrevista é importante que:

- ➔ Tenha uma pessoa de suporte com ela ao dar a entrevista.
- ➔ Faça um acordo sobre como e onde a entrevista é utilizada.
- ➔ Faça um acordo acerca do que o jornalista pode perguntar e o que não é permitido perguntar.
- ➔ Após a entrevista, a pessoa entrevistada deva ser autorizada a ler a entrevista, antes de publicada.
- ➔ É sempre possível negar a resposta à pergunta feita.

Se qualquer um dos sobreviventes ou familiares quer fornecer informações através da imprensa, sem dar entrevistas, pode nomear uma pessoa em quem confia que poderá ser o porta-voz da família.

Além destas precauções, é importante ressaltar que alguns sobreviventes ou familiares que já colaboraram com a imprensa, clarificando o evento, sentiram mais controlo sobre o que está escrito e sobre as fotos que são utilizadas pelos média.

Por último, é importante o aconselhamento aos meios de comunicação social sobre como podem proteger as vítimas e a si próprios. Neste domínio, o Dart Center for Journalism & Trauma possui linhas orientadoras disponíveis em <http://dartcenter.org/>.

BIBLIOGRAFIA

- Dart Center for Journalism & Trauma. Disponível em: <http://dartcenter.org>. Consultado em: 15 de Março de 2015.
- Haravuori, H., Suomalainen, L., Berg, N., Kiviruusu, O., & Marttunen, M. (2011). Effects of media exposure on adolescents traumatized in a school shooting. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 70-77.
- Saari, S., Vatne-Straume, M., & Håkanson, E., 2015. *Guidelines for victims of collaboration with media just after a traumatic event*. SC on Crisis and Disaster Psychology, European Federation of Psychologists' Association. Disponível em: <http://disaster.efpa.eu/>. Consultado em: 16 de Março de 2015.

3.8 LIÇÕES APRENDIDAS EM INCIDENTES MULTI-VÍTIMAS E CATÁSTROFES EM PAÍSES EUROPEUS

Márcio Pereira

A intervenção psicológica num contexto caótico como o de uma catástrofe contempla sempre imprevisibilidade e algumas especificidades relacionadas com alguns aspectos, como o local onde ocorre, o tipo de catástrofe, o grau de preparação existente, os recursos existentes, entre outros, que contribuem para o maior ou menor sucesso da intervenção psicológica. Desta forma, torna-se importante aprender com as experiências, recolhendo as melhores práticas e reconhecendo alguns erros a evitar.

Em seguida serão apresentados alguns exemplos de intervenções psicológicas realizadas em diversos países.

3.8.1 Terramoto na Grécia – Setembro de 1999 (adaptado de Vasso Boukouvala em EFPA, 2009)

Descrição da situação: A 7 de Setembro de 1999, um tremor de terra de 5.9 na escala de Richter atingiu a província de Attica, causando danos numa área abrangente. O epicentro estava localizado a 18 km de Atenas. De acordo com fontes oficiais, 143 pessoas perderam a vida, 700 ficaram feridas e 40.000 famílias ficaram sem casa. Existiram danos extensos em edifícios (casas, indústria, escolas, hospitais, etc.) e 3.340 edifícios em risco de ruírem tiveram de ser demolidos. As réplicas continuaram durante muitos meses, sendo que algumas tinham elevada intensidade.

Intervenção Precoce: Existiu uma mobilização imediata dos serviços do Estado e de outros (Ministério da Saúde, Ministério do Interior, Protecção Civil, Forças Armadas, bombeiros, serviços de emergência, Cruz Vermelha, Associação de Psicólogos Gregos e outras associações não governamentais). Existiu um esforço de recolha do maior número de dados possíveis, como número de feridos, a extensão dos danos, as características demográficas e as condições de vida após o terramoto. A avaliação permitiu a implementação das seguintes acções: a) criação de um centro de crise que teve como objectivo oferecer na imediatividade apoio psicológico – funcionou durante 3 meses com 55 psicólogos voluntários da Associação de Psicólogos Gregos; b) a intervenção psicológica incluiu a utilização dos Primeiros Socorros Psicológicos, de *debriefings* individuais e familiares e a criação de grupos de discussão para adultos, adolescentes, crianças e para professores – os casos psiquiátricos identificados foram referenciados para os hospitais; c) criação de uma unidade móvel de apoio psicológico que permitiu visitar os campos de desalojados, bem como as zonas afectadas e as escolas com o objectivo de oferecer informação e conselhos práticos; d) intervenção com pessoas resgatadas dos escombros das suas habitações – os psicólogos deslocaram-se aos hospitais

para realizarem estas intervenções; e) criação de uma linha telefónica dedicada ao suporte e ao aconselhamento – este serviço foi divulgado em grande escala pelos meios de comunicação social.

Avaliação e implicações para o futuro:

- ➔ Na ocorrência de um incidente de grandes dimensões, a presença de um coordenador para a área do apoio psicossocial é crucial.
- ➔ Os voluntários não devem intervir desintegrados da resposta já em curso, devem, sim, apresentar-se ao coordenador psicossocial.
- ➔ Após uma catástrofe, para que as necessidades das pessoas sejam cumpridas adequadamente, o Estado e as associações têm de estar num nível elevado de prontidão.
- ➔ O trabalho educacional antes dos desastres é muito importante – as licenciaturas em psicologia devem possuir no seu currículo matéria sobre a intervenção nestes cenários.
- ➔ Os psicólogos nos hospitais devem possuir treino específico nas áreas da crise e catástrofe de forma a estarem preparados para este tipo de intervenção psicológica.
- ➔ É imperativo que o Estado desenvolva centros especializados em crise e catástrofe.
- ➔ A existência de uma rede de cooperação entre estados europeus é necessária para assegurar a resposta a uma situação de catástrofe.
- ➔ O papel dos meios de comunicação social é de extrema importância após uma catástrofe, porque é uma das formas mais eficazes de disseminar informação ao público – os psicólogos devem aconselhar os meios de comunicação social e através deles difundir mensagens de aconselhamento.
- ➔ Muito tempo foi perdido no início – os primeiros 4 dias serviram apenas para implementar a ajuda.
- ➔ Não foi realizada intervenção com os membros das equipas de socorro.

- ➔ Não existiu oportunidade de realizar *follow-up* para avaliar o impacto e a efectividade da intervenção realizada.

3.8.2 Naufrágio na Noruega – Novembro de 1999 (adaptado de Atle Dyregov & Rolf Gjestad em EFPA, 2009)

Descrição da situação: A 26 de Novembro de 1999, um catamarã embateu contra um recife a alta velocidade ao largo da cidade costeira de Haugesund na Noruega. Afundou em 1 hora. Um número elevado de embarcações e de helicópteros participaram na operação de resgate sob uma forte intempérie. 16 pessoas morreram e 69 sobreviveram. O barco foi construído de uma forma que se julgava ser impossível naufragar. O recife penetrou em vários compartimentos pelo que, quando o vento e as ondas o retiraram do recife, o navio afundou rapidamente.

Intervenção Precoce: Os sobreviventes foram transportados para a cidade de Haugesund onde obtiveram suporte. Também em Bergen, o destino do barco, e em Stavanger, o ponto de origem do barco, foram criados centros de apoio psicológico. Os familiares dirigiram-se para os centros sem saberem quem tinha sobrevivido e aí receberam os primeiros socorros psicológicos e informação. Os sobreviventes que não necessitaram de cuidados médicos, após terem sido cuidados nas localidades costeiras próximas do naufrágio, foram transportados para Bergen ou para os seus domicílios. O Centro de Psicologia de Crise em Bergen foi contactado de forma a organizar o *follow-up* e os *debriefings* necessários que aconteceram na primeira semana.

Avaliação e implicações para o futuro:

- ➔ Embora a exposição tenha sido extrema, levando a consequências em várias dimensões da vida dos sobreviventes e familiares, a maioria evoluiu positivamente.

- ➔ As pessoas que frequentaram os *debriefings* apreciaram esses encontros – os que frequentaram os *debriefings* foram os que tiveram um maior tempo de exposição ao incidente.
- ➔ É importante que as pessoas percepcionem o sistema de ajuda como cuidador e disponível para os atender.

3.8.3 Acidente ferroviário na Bélgica – Março de 2001 (adaptado de Olivier Serniclaes em EFPA, 2009)

Descrição da situação: A 27 de Março de 2001, de manhã, à hora de ponta, um comboio de passageiros colidiu frontalmente com um comboio que seguia vazio. 8 pessoas morreram (incluindo os 2 maquinistas), 12 ficaram com ferimentos, naquele que foi o pior acidente ferroviário nos últimos 25 anos na Bélgica. Os profissionais de socorros trabalharam durante 10 horas nos destroços à procura de sobreviventes encarcerados e de corpos. Foi activado o plano de emergência e mais de 60 profissionais estiveram no local. A companhia ferroviária admitiu que o acidente foi causado por erro humano (inexperiência do maquinista que mudou inadvertidamente de linha e da barreira da língua, um maquinista falava alemão e o outro falava francês).

Intervenção Precoce: Foi criado um centro de suporte nas proximidades do incidente. Mais de 80 pessoas foram ao centro (familiares das vítimas e pessoas que viviam próximo do local do incidente). No primeiro dia, 20 profissionais trabalharam no centro (psicólogos e assistentes sociais da Cruz Vermelha, psicólogos da Polícia Federal, assistentes sociais do Estado, autoridades locais, psicólogos da companhia ferroviária). O centro permaneceu aberto durante 2 dias, nos quais as vítimas e os familiares receberam suporte e informação. No segundo dia foi feito um levantamento de necessidades das vítimas. Foram realizados *debriefings* para os profissionais e foi oferecido apoio psicológico às vítimas e aos seus familiares. O Ministério da Saúde coordenou os *follow-ups* que se realizaram durante 3 meses.

Avaliação e implicações para o futuro:

- ➔ Até àquele momento não existia um plano para o apoio psicossocial nem o coordenador da resposta psicossocial conhecia as autoridades locais, o que dificultou a coordenação da equipa e originou um menor suporte das autoridades locais.
- ➔ O centro de suporte estava sobrelotado, sem que existisse um local específico para as vítimas e para os seus familiares, o que originou alguma confusão entre vítimas, repórteres e profissionais de socorro – o centro de suporte não tinha regras de organização.
- ➔ Durante o primeiro dia, os políticos e as autoridades locais deram conferências de imprensa em que não demonstraram respeito pelas necessidades das vítimas (intimidade, respeito, informação confiável, protecção).
- ➔ Existiu boa colaboração entre os trabalhadores psicossociais.
- ➔ Não foi executado um estudo sobre os efeitos psicológicos do incidente na população.

3.8.4 Inundações na Áustria – Agosto de 2002 (adaptado de Eva Munker-Kramer em EFPA, 2009)

Descrição da situação: A 7 de Agosto de 2002, a “inundação do século” abateu-se sobre a Áustria. O Danúbio não conseguiu suportar a quantidade de água durante um período extraordinário de chuva e inundou as suas imediações. Existiu um segundo pico de inundação a 12 de Agosto, que surgiu com a mesma intensidade e que desmoralizou as pessoas. Aldeias inteiras ficaram isoladas pela água, sem electricidade, sem água para beber, sem lugares secos onde dormir e a evacuação para acampamentos durou alguns dias. 17.500 casas e empresas sofreram danos graves e muitas delas ruíram em algumas horas, com todos os bens materiais no seu interior. Carros e outras propriedades foram destruídas e desapareceram. Os danos totais atingiram o montante de € 370.000.000 e mais de 30.000 pessoas foram atingidas na área.

Intervenção Precoce: A intervenção na fase aguda foi conduzida por um equipa psicossocial constituída por 23 psicólogos, 5 assistentes sociais, 2 médicos e 7 psicoterapeutas. A equipa encontrou muitas vítimas em estado de choque, impotentes, desesperadas e com dificuldades em tomar decisões. Foram identificadas reacções agudas de stress; em alguns casos sintomas de PTSD (devido a retraumatização – muitos idosos com imagens intrusivas da 2.^a Grande Guerra Mundial), conflitos familiares, amotivação, ataques de pânico, entre outros. Foi feita triagem psicológica no local pelos psicólogos com a ajuda de outros voluntários. Foram oferecidas intervenções breves a quem possuía reacções mais exacerbadas (aconselhamento individual, psicoeducação) e aconselhamento às chefias e aos autarcas. Foi criada uma linha telefónica exclusiva para o aconselhamento. No total foram intervencionadas 500 pessoas.

Avaliação e implicações para o futuro:

- ➔ Foi extremamente importante a coordenação e cooperação institucional, nomeadamente com a assistência social (que garantiram a ligação com o governo no que dizia respeito aos bens de primeira necessidade e alojamento). Esta cooperação permitiu que os psicólogos se concentrassem no seu *core business* aumentando a qualidade da intervenção.

3.8.5 Queda de aeronave no Luxemburgo – Novembro de 2002 (adaptado de Marc Stein em EFPA, 2009)

Descrição da situação: Um avião da companhia luxemburguesa LUXAIR que vinha de Berlim caiu perto do aeroporto devido ao nevoeiro denso. Morreram 20 das 22 pessoas que iam a bordo. Após a queda, o avião incendiou-se. 17 pessoas morreram na queda, enquanto 3 dos 5 sobreviventes faleceram no hospital.

Intervenção Precoce: O plano de emergência foi activado mobilizando os psicólogos da Polícia e os psicólogos da Protecção Civil para a intervenção utilizando o modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos. Posteriormente, foram ainda mobilizados os psicólogos do Ministério da Família que possuíam treino em psicotraumatologia e um grupo de 10 funcionários da Lufthansa com treino na assistência aos familiares das vítimas. Na intervenção psicossocial desenvolveram-se as seguintes acções: a) criação de um espaço para receber os familiares das vítimas enquanto esperavam por mais informação; b) criação de um espaço dedicado a cuidar dos familiares da tripulação do avião; c) intervenção com 3 pessoas que presenciaram a queda do avião; d) intervenção com as equipas de socorro e com os agentes de autoridade que estiveram no local; e) criação de linhas telefónicas dedicadas para dar informação aos familiares das vítimas uma vez que muitas das vítimas viviam na Alemanha – foram recebidas 109 chamadas. Nos dias seguintes: a) foi organizada a viagem de avião e a estadia dos familiares no Luxemburgo; b) foi organizada uma cerimónia fúnebre privada para diferentes religiões (católicos e protestantes) e foi dado apoio a 140 familiares; c) foi organizada uma cerimónia religiosa nacional; d) foi organizado o processo de repatriamento dos corpos para a Alemanha; e) foram organizados *debriefings* com as equipas de intervenção (bombeiros, polícias, equipa de identificação), mas também com a equipa de intervenção psicossocial.

Avaliação e implicações para o futuro:

- ➔ Foram criadas 3 linhas telefónicas para informações em paralelo, o que originou grande confusão – no futuro será importante que uma única linha centralize a informação.
- ➔ Alguns familiares foram mal informados de que poderiam ver os corpos dos entes queridos no local de identificação de cadáveres, contudo, não puderam ter esse acesso – isto originou muita tensão – e só no dia seguinte foi permitido aos familiares ver os corpos após todos terem sido identificados

(a maioria pelo registo dentário) – quase todas as famílias quiseram ver os seus familiares, apesar de estarem irreconhecíveis e severamente queimados. Os familiares ficaram agradecidos por lhes ter sido permitido despedirem-se dos familiares apesar do estado dos corpos.

- ➔ A equipa de identificação sentiu uma enorme pressão psicológica, porque tiveram também de observar as reacções de luto dos familiares – no futuro é importante separar fisicamente a equipa de identificação do local onde os familiares podem ver as vítimas.

3.8.6 Acidente de viação na Finlândia – Março de 2004 (adaptado de Salli Saari em EFPA, 2009)

Descrição da situação: Em Março de 2004 aconteceu o maior acidente rodoviário da Finlândia, quando um autocarro e um veículo pesado colidiram em Konginkasgas. No autocarro seguiam 37 passageiros jovens. No total 23 pessoas morreram e 15 ficaram com ferimentos graves. Os passageiros viajavam para uma estância de ski.

Intervenção Precoce: Foram oferecidos primeiros socorros psicológicos aos familiares dos falecidos e dos feridos. A Cruz Vermelha Finlandesa criou uma linha de apoio. Durante os primeiros 3 dias mais de 30 familiares dos passageiros utilizaram a linha – alguns contactos originaram visitas domiciliárias. Foram ainda oferecidos *debriefings* aos familiares e amigos dos jovens falecidos e foram executadas reuniões de *follow-up* pela Cruz Vermelha. O suporte psicológico aos feridos foi oferecido nos hospitais.

Avaliação e implicações para o futuro:

- ➔ Os Primeiros Socorros Psicológicos foram aplicados a muitos familiares dos falecidos.
- ➔ A coordenação dos diferentes actores (Centros de Crise e Cruz Vermelha) foi eficaz.

- Alguns problemas foram encontrados na colaboração com os hospitais e com os trabalhadores religiosos, que não atendiam à coordenação e visitavam os familiares sem qualquer convite.
- Existiu um bom apoio de pares na intervenção e os familiares ficaram agradados com a qualidade da intervenção realizada.

3.8.7 Ataque terrorista em Espanha – 11 de Março de 2004 (adaptado de Catherine Perello Scherdel em EFPA, 2009)

Descrição da situação: A 11 de Março de 2004, foram detonadas bombas em comboios na cidade de Madrid, matando 191 pessoas e ferindo 1755. A investigação oficial determinou que os ataques foram executados por uma célula terrorista inspirada na al-Qaeda.

Intervenção Precoce: O plano de emergência de Madrid foi activado. O Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (COPM) ofereceu a sua colaboração ao centro de coordenação de emergências (SUMMA 112) e ao Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate

(SAMUR). O COPM organizou, imediatamente após o ataque, dois centros de apoio psicológico, um na Associação de Psicologia e outro no SUMMA 112. A estrutura de emergência organizada pelo COPM era composta pelas seguintes pessoas: 4 coordenadores, 2 responsáveis pelas equipas de psicologia, 8 linhas telefónicas que funcionaram até 22 de Março. O COPM fez uma primeira selecção de psicólogos especialistas em crise e catástrofe; após esta fase fez uma segunda selecção de psicólogos com experiência em trauma mesmo sem possuírem treino em intervenção em crise e catástrofe (foram contactados 1415 psicólogos e entrevistaram 948). A intervenção psicológica foi também realizada em morgues, hospitais, cemitérios, esquadras da polícia, hotéis onde se alojaram os familiares e em domicílios. No local do ataque estiveram presentes polícias, bombeiros, médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, voluntários, jornalistas.

No total foram realizadas mais de 5000 intervenções psicológicas presenciais, 13.540 assistências por telefone e 183 visitas domiciliárias. Nestas intervenções os psicólogos executaram técnicas de relaxamento, intervenções cognitivas, deram informação e suporte e realizaram posteriormente *follow-up*. Os psicólogos elaboraram folhetos psicoeducativos para os afectados e para os familiares e, em conjunto com os meios de comunicação social, difundiram informação.

Avaliação e implicações para o futuro:

- Os psicólogos devem seguir as orientações das autoridades.
- As instituições presentes devem coordenar-se colocando de parte as suas divergências.
- A informação deve ser transmitida continuamente.
- As vítimas necessitam do apoio de uma equipa multidisciplinar no local da ocorrência.
- Deve-se evitar a exposição constante que poderá agravar os efeitos psicológicos.
- Cada psicólogo deverá considerar se possui treino suficiente para intervir no terreno.
- Deve existir uma organização que coordene a intervenção com procedimentos claros a seguir.
- Os psicólogos não devem sair do cenário sem informar o responsável de forma a assegurar a continuidade do apoio psicológico.
- Assegurar que os psicólogos possuem treino específico em crise e catástrofe.
- Os psicólogos devem estar atentos às suas reacções e ao seu estado emocional e devem parar quando necessário.
- Os psicólogos devem partilhar as suas experiências com os pares.
- É importante efectuar-se registos para se perceber com quem se interveio e quais as consequências de cada intervenção.

3.8.8 Acidente ferroviário em Espanha – 24 de Julho de 2013 (adaptado de Arranz, 2014)

Descrição da situação: Um comboio de alta velocidade do serviço Alvia que liga Madrid à cidade galega *Ferrol* descarrilou em *Angrois*, três quilómetros antes de chegar à estação de Santiago de Compostela. Das 222 pessoas a bordo (218 passageiros e quatro membros da tripulação) 80 morreram e 147 ficaram feridas. A maioria das vítimas não residia em Santiago de Compostela. Relatórios técnicos afirmam que o comboio viajava a uma velocidade que era o dobro do limite imposto para a curva onde descarrilou.

Intervenção Precoce: A intervenção foi conduzida pelo Grupo de Intervenção Psicológica em Catástrofes e Emergências (GIPCE) do Colégio Oficial de Psicólogos da Galiza com a colaboração da Cruz Vermelha, de psicólogos de outras instituições e de psicólogos voluntários. Os psicólogos intervieram no posto de comando avançado, no edifício *Cersia* (que funcionou como centro de apoio psicossocial) e nas estações de comboios de *A Coruna* e de *Ferrol* onde se encontravam familiares das vítimas. Muito do trabalho realizado foi em torno da obtenção de informação relativa à identificação dos sobreviventes e dos mortos e a sua comunicação às famílias, dando o apoio no início do processo de luto.

Avaliação e implicações para o futuro:

- ➔ Foi detectada a necessidade de existirem pessoas de apoio à coordenação (que ajudariam na gestão da informação, da alimentação da equipa, na gestão de acessos e na troca de turnos).
- ➔ Melhorar a gestão de recursos humanos, nomeadamente os tempos de descanso e a duração máxima dos turnos.
- ➔ Necessidade de criar mochilas com *kits* de trabalho (folhas de registos, identificação, coletes, fichas de triagem, carregadores para os telemóveis).

- Necessidade de definição da estrutura de coordenação psicológica.
- Criação de uma área de gestão do voluntariado, onde possam ser recebidos os voluntários.
- Existência de coordenadores e coordenadores substitutos dos diferentes espaços de intervenção.
- Existência de uma sala para a coordenação reunir.
- Definição das áreas de maior carga emocional de forma a promover uma maior rotatividade.
- Planificação do cuidado e monitorização dos profissionais envolvidos no socorro.
- Utilização das redes sociais para a transmissão de informação geral.

BIBLIOGRAFIA:

- Arranz, A. (2014). *Intervención psicológica en el accidente de tren Alvia en Santiago de Compostela (I)*. Disponível em: <http://psicosocialyemergencias.com/2014/intervencion-psicologica-en-el-accidente-de-tren-alvia-en-santiago-de-compostela-i/#.VV5Za5NUXQg>. Consultado em: 20 de Maio de 2015.
- EFPA. (2009). *Lessons Learned In Psychosocial Care After Disasters*. Disponível em <http://disaster.efpa.eu/recent-reports/lessons-learned-%281999-2004%29/>. Consultado em 5 de Março de 2015.

4

AUTO-AJUDA E GESTÃO DE STRESS

Márcio Pereira

“Providenciar ajuda e suporte em situações de catástrofe pode ser enriquecedor a nível pessoal e profissional devido à satisfação em ajudar o outro. Contudo, pode também ser muito exigente do ponto de vista físico e emocional.”

BRYMER *ET AL.*, 2005

“O interventor ou a sua família pode ser directamente afectado pela situação de catástrofe. Mesmo não estando directamente envolvido, pode ser afectado pelo que vai ver ou ouvir enquanto ajuda. Como interventor, é importante prestar uma atenção extra ao seu próprio bem-estar. Cuide de si mesmo, para que possa cuidar melhor dos outros!”

BRYMER *ET AL.*, 2006

4.1 ANTES DA INTERVENÇÃO

Ao decidir se está apto a participar como interventor na situação de catástrofe deve considerar o seu nível de conforto com a ocorrência em causa, bem como as suas circunstâncias actuais. Estas incluem:

Considerações de Saúde

Avaliar a sua condição física e emocional e qualquer condição que interfira com a sua capacidade de trabalhar por longos períodos:

- ➔ Cirurgias recentes ou tratamentos médicos;
- ➔ Problemas emocionais ou psicológicos recentes;
- ➔ Perdas ou alterações significativas na sua vida no último ano;
- ➔ Restrições de dietas que o impeçam de trabalhar;
- ➔ Capacidade para permanecer activo por longos períodos de tempo em actividades físicas que poderão ser extenuantes;
- ➔ Se necessário, preparar medicação para os dias em que previr estar a intervir, se possível levando sempre a mais.

Considerações Familiares

Avaliar a capacidade da família em lidar com a possibilidade de intervir em cenário de catástrofe:

- ➔ A sua família está preparada para a sua ausência?
- ➔ A sua família está preparada para lidar com o facto de poder intervir em ambientes em que existe algum nível de risco?
- ➔ A sua família pode assumir algumas das suas responsabilidades enquanto está a intervir?
- ➔ Tem uma boa rede de suporte para quando regressar da intervenção?

Considerações relacionadas com o Trabalho

Avaliar qual o impacto que poderá ter no trabalho ao tirar tempo para intervir no cenário de catástrofe:

- ➔ O empregador permitirá a ausência?
- ➔ O trabalho é suficientemente flexível para permitir que responda ao cenário 24-48h após ter sido contactado?

Deve tomar uma decisão honesta sobre se está pronto para ajudar nesta situação específica e neste momento em particular.

É ainda importante possuir formação técnica específica para este tipo de intervenção psicológica, bem como um bom autoconheci-

mento. Quais as situações que lhe seriam mais difíceis intervir? Que situação poderia ter a capacidade de interferir com o seu funcionamento adaptativo? É sabido que a intervenção com crianças no contexto de crise ou catástrofe é sempre exigente do ponto de vista emocional, contudo, pela experiência possuída em alguns cenários, o pior cenário será sempre um com o qual se identifique ou se projecte (por exemplo, poderá não ter dificuldade em intervir com população idosa com doença terminal, porém, se neste momento tem um familiar que está nesta condição, o impacto emocional poderá ser amplificado). Deixo ao leitor o desafio de encontrar, à luz do descrito, qual ou quais os seus piores cenários possíveis.

4.2 DURANTE A INTERVENÇÃO

Enquanto interventor, pode sentir-se responsável pela segurança e pela administração de cuidados às outras pessoas. Pode presenciar ou mesmo experienciar situações terríveis, como destruição, ferimentos, morte ou violência. Pode ainda ouvir histórias de dor e sofrimento. Estas experiências podem afectá-lo a si e aos seus colegas.

Desta forma, na aplicação de primeiros socorros psicológicos, é importante reconhecer e diferenciar as reacções de stress, de forma a cuidar de si durante a intervenção.

Reacções Comuns de Stress

Os interventores podem experienciar reacções de stress, que são consideradas normais:

- ➔ Aumento ou diminuição do nível de actividade;
- ➔ Dificuldades no sono;
- ➔ Irritabilidade, zanga ou frustração;
- ➔ Dificuldades na atenção e em tomar decisões;

- Reacções físicas (cefaleias, dor de estômago, taquicardia, etc.);
- Ansiedade.

Reacções Extremas de Stress

Os interventores podem experienciar reacções extremas ao stress e, por isso, eventualmente necessitar de apoio profissional ou de supervisão. Exemplos de respostas graves ao stress:

- Fadiga de compaixão: alienação, resignação, impotência aprendida;
- Re-experienciação do trauma;
- Isolamento;
- Utilização de substâncias;
- Dificuldades interpessoais, incluindo a violência doméstica;
- Depressão;
- Comportamentos suicidários ou para-suicidários.

Cuidados da Organização

A organização pode reduzir o risco de reacções mais extremas de stress se fizer algumas acções:

- Limitar o tempo de exposição ao cenário (não mais do que turnos de 12 horas e encorajar intervalos);
- Proceder à rotação de elementos de zonas de maior exposição para zonas com menor nível de exposição;
- Impor pausas;
- Encorajar o apoio de pares;
- Monitorizar os interventores;
- Providenciar supervisão;
- Realizar treino de gestão de stress.

Cuidados de Auto-ajuda

Actividades que promovem a auto-ajuda:

- Gerir os recursos pessoais;
- Planear a segurança da família;
- Obter a nutrição, os exercícios e o relaxamento necessários;
- Utilizar as seguintes estratégias de gestão de stress:
 - Supervisão;
 - Praticar técnicas de relaxamento no dia-a-dia;
 - Aumentar a frequência de actividades de prazer;
 - Passar tempo com a família e amigos;
 - Escrever, manter um diário;
 - Limitar o uso de cafeína, nicotina, álcool e outras substâncias.

Sempre que possível esforçar-se por:

- Recompensar os seus próprios esforços;
- Pensar nos mecanismos de *coping* que o ajudaram no passado e que poderá utilizar agora;
- Conhecer os seus limites (evitar trabalhar com muitos sobreviventes no mesmo turno);
- Trabalhar em equipa, perguntar como se sentem e pedir para o monitorizarem;
- Fazer pausas (mesmo que breves) para alimentação e descanso;
- Utilizar o apoio de pares e supervisão;
- Ser flexível, paciente e tolerante;
- Aceitar que não consegue mudar tudo.

Deve evitar fazer:

- Longos períodos de trabalho só (sem colegas);
- Trabalhar sem fazer pausas;
- Diálogo interno negativo que reforce sentimentos de incompetência;

- Comer de forma excessiva ou utilizar substâncias como forma de suporte;
- Obstáculos comuns à auto-ajuda:
 - “Eu seria egoísta se fizesse uma pausa”;
 - “Se os outros estão a trabalhar à 24h eu também tenho de trabalhar 24h seguidas”;
 - “As necessidades dos sobreviventes são mais importantes que as minhas”;
 - “Vou descansar só quando fizer x,y,z”.

4.3 APÓS A INTERVENÇÃO

Esperar um período de reajustamento ao regressar ao dia-a-dia. Ter tempo para descansar e reflectir é uma parte importante no papel de interventor. As sugestões seguintes podem ajudar na sua própria recuperação.

Sempre que possível esforçar-se por:

- Ter e dar suporte;
- Planear tempo para férias;
- Preparar-se para uma mudança na visão do mundo que poderá não encontrar eco nos seus familiares;
- Procurar ajuda se as reacções e respostas extremas ao stress se mantiverem por 2 ou 3 semanas;
- Aumentar as actividades de prazer, o exercício físico e a gestão do stress;
- Estar atento à alimentação e à saúde;
- Passar tempo com as pessoas importantes;
- Praticar boas rotinas de sono;
- Dar tempo para a reflexão pessoal;
- Falar sobre as suas preocupações ou escrever;
- Reflectir e aceitar o que fez bem, os aspectos a melhorar e os limites do que podia fazer dadas as circunstâncias.

Deve evitar:

- O uso de álcool, drogas ilícitas ou grandes quantidades de medicação prescrita;
- Fazer mudanças de fundo na sua vida, pelo menos por um mês;
- Desvalorizar o trabalho que realizou com os sobreviventes;
- Estar demasiado ocupado.

Conclusão

Ao decidir se está apto a intervir numa situação de catástrofe, o interventor deverá ter em atenção a sua saúde, família e outras considerações relacionadas com o trabalho. Na aplicação de primeiros socorros psicológicos importa reconhecer e diferenciar as suas próprias reacções de stress. No cenário, a organização e as actividades de auto-ajuda podem reduzir o risco de reacções extremas de stress e, após a intervenção, deverá passar por um período de reajustamento ao regressar ao seu dia-a-dia.

4.4 MODELO DE PRIMEIROS SOCORROS PARA O STRESS (2013)

O Modelo dos **Primeiros Socorros para o Stress (PSS)**, apresentado em seguida, foi inicialmente desenvolvido por uma equipa liderada por Nash *et al.* (2010) no programa Combat Operational Stress First Aid (COSFA) para a Marinha dos Estados Unidos da América. Posteriormente, foi criada uma versão para organizações de resposta à emergência como modelo de suporte de pares para lidar com o stress resultante de eventos exigentes (*National Fallen Firefighters Foundation & National Center for PTSD, Department of Veterans Affairs*, 2013).

No ambiente de trabalho, os indivíduos mais bem posicionados para serem os fornecedores de PSS são os colegas de trabalho ou

outros que tenham relação com o indivíduo afectado. Amigos e familiares também podem desempenhar um papel importante na identificação dos indivíduos que podem estar em risco.

O modelo dos PSS foi desenhado para reduzir o risco de reacções extremas de stress, sendo utilizado para:

- para monitorizar continuamente o stress dos interventores;
- reconhecer rapidamente aqueles indivíduos que estão a reagir de forma extrema a uma vasta gama de stressores pessoais e profissionais e que necessitam de ajuda;
- oferecer um espectro de intervenções de um-para-um de forma a garantir a segurança, a reduzir o risco de reacções de stress severas e a promover a recuperação;
- monitorizar a recuperação de forma a garantir um retorno ao pleno funcionamento e bem-estar;
- referenciar os indivíduos, se necessário, a níveis mais elevados de cuidados.

Os PSS são baseados num Modelo Contínuo de Stress

Os efeitos adversos de stress são visíveis em alterações do funcionamento da pessoa em todas as suas dimensões, incluindo a biológica, a psicológica e os domínios social e espiritual. As reacções de stress variam de forma contínua ao longo de um espectro de gravidade - elas não são todas normais e transitórias, mas também não são todas sinalizadoras de possível doença mental crónica (ver Figura 13).

APTO (VERDE)	A REAGIR (AMARELO)	FERIDO (LARANJA)	DOENTE (VERMELHO)
DEFINIÇÃO	DEFINIÇÃO	DEFINIÇÃO	DEFINIÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> → Funcionamento ótimo → Desenvolvimento → Bem-estar 	<ul style="list-style-type: none"> → Distress e diminuição moderada e transitória do funcionamento → Desaparece por si → Baixo risco 	<ul style="list-style-type: none"> → <i>Distress</i> e diminuição mais severa e persistente do funcionamento → Deixa uma 'cicatriz' → Risco elevado 	<ul style="list-style-type: none"> → Perturbação mental → Funcionamento desadaptativo
CARACTERÍSTICAS	CARACTERÍSTICAS	CARACTERÍSTICAS	CARACTERÍSTICAS
<ul style="list-style-type: none"> → Está no seu melhor → Bem treinado e preparado → Controlado → Adaptado fisicamente, mentalmente, espiritualmente → Focado na missão → Motivado → Calmo → Diverte-se → Comportamento ético 	<ul style="list-style-type: none"> → Irritabilidade, ansiedade, 'sentir-se em baixo' → Perda de motivação → Não focado → Dificuldade em dormir → Tensão muscular ou outras alterações físicas → Não se diverte 	<ul style="list-style-type: none"> → Perda do controlo → Pânico, raiva ou depressão → Não se sente o mesmo de antes → Excessiva culpa, vergonha, censura 	<ul style="list-style-type: none"> → Os sintomas mantêm-se ou pioram com o passar do tempo → <i>Distress</i> severo ou dano severo da catividade social ou laboral
	CAUSAS	CAUSAS	TIPOS
	<ul style="list-style-type: none"> → Qualquer stressor 	<ul style="list-style-type: none"> → Risco de vida → Perda → Conflito interno → Fadiga 	<ul style="list-style-type: none"> → PTSD → Depressão → Ansiedade → Abuso de substâncias

Figura 13 - Modelo Contínuo de Stress (adaptado de *Stress First Aid*, National Center for PTSD)

A Zona Verde é o objectivo a atingir com as actividades de prevenção. A Zona de Stress na qual começa a existir um risco significativo de perturbações no desempenho de papéis e de futuras perturbações mentais é a Zona Laranja. Quando um indivíduo passa das reacções de stress diárias normais para as respostas mais extremas da Zona Laranja, devem ser iniciados os PSS pelos pares.

O contínuo tem quatro estágios: Apto (verde), a Reagir (amarelo), Ferido (laranja) e Doente (vermelho). É importante ressaltar que todas as pessoas reagem quando confrontadas com estímulos potencialmente traumáticos. No entanto, a forma como respondem vai depender de quão preparadas estão para lidar com o evento stressor

e de como interpretam o evento. Durante o decurso das reacções de stress, uma pessoa pode variar de forma relativamente rápida de verde para amarelo, de amarelo para laranja e, finalmente, para vermelho e vice-versa.

Os PSS são compostos por sete acções principais: **Verificar, Coordenar, Proteger, Acalmar, Conectar, Competência e Confiança**. A Figura 14 apresenta uma visão geral das sete acções e como elas se encaixam

ACÇÕES PSS	POSSÍVEIS ACÇÕES
Verificar	<ul style="list-style-type: none"> → Avaliar o nível de sofrimento e de funcionamento → Avaliar riscos imediatos → Avaliar necessidade de referenciação para cuidados de saúde → Reavaliar o progresso
Coordenar	<ul style="list-style-type: none"> → Decidir quem deverá ser também informado da situação → Referenciar para cuidados de saúde, se necessário → Facilitar o acesso a outros cuidados necessários
Proteger	<ul style="list-style-type: none"> → Assegurar imediatamente a segurança física da pessoa ou de outros → Promover um sentimento de segurança psicológica e de conforto → Proteger-se de stress adicional (assegurar o descanso)
Acalmar	<ul style="list-style-type: none"> → Reduzir a activação fisiológica (diminuição da taquicardia e da frequência respiratória, relaxamento) → Reduzir a intensidade de emoções 'negativas' como o medo ou a raiva → Ouvir empaticamente a pessoa falar sobre as suas experiências → Dar informação que tranquilize
Conectar	<ul style="list-style-type: none"> → Encorajar a conexão às pessoas mais próximas → Ajudar na resolução de problemas de forma a remover obstáculos ao suporte social → Promover actividades sociais positivas no local de trabalho
Competência	<ul style="list-style-type: none"> → Ajudar a pessoa a voltar ao seu funcionamento habitual → Facilitar trabalhos que sejam reforçadores positivos e formação/treino, se necessário → Encorajar a exposição gradual a situações potencialmente stressantes
Confiança	<ul style="list-style-type: none"> → Conduzir a pessoa de volta à sua autoconfiança, liderança, missão e valores centrais → Promover a confiança dos colegas e familiares na pessoa

Figura 14 - Sete acções principais do modelo PSS
(adaptado de *Stress First Aid*, National Center for PTSD)

Quando se estiver a aplicar PSS, deve começar-se sempre com Verificar, seja através das próprias observações ou das informações sobre o evento, sinais de angústia ou de mudança no funcionamento. Após esta primeira fase, deve aproximar-se da pessoa para, em primeiro lugar, estabelecer contacto e para reunir informações que o ajudem a tomar uma decisão sobre o que fazer com base nas informações recolhidas.

Recordar também que os PSS devem ser aplicados com flexibilidade. O trabalho realizado numa acção pode dar resposta a diferentes reacções de stress (ver slide em baixo), por isso, a decisão de como agir dependerá primeiro do tipo de reacção ao stress que a pessoa está a experienciar, mas também de uma série de outros factores, incluindo:

- ➔ Quanto tempo pode estar com esta pessoa?
- ➔ Qual a natureza do relacionamento?
- ➔ Qual a acção que traria o maior benefício?
- ➔ Que acção seria mais aceitável para a pessoa?
- ➔ Que acção promoveria maior recuperação?

Dependendo dos sintomas e das circunstâncias, poderá utilizar-se mais do que uma acção PSS simultaneamente, como ilustrado na figura seguinte. É importante manter uma postura aberta e flexível em relação aos PSS e utilizá-los como um quadro referencial para relembrar os factores que devem ser considerados quando alguém está com reacções de stress moderadas ou graves.

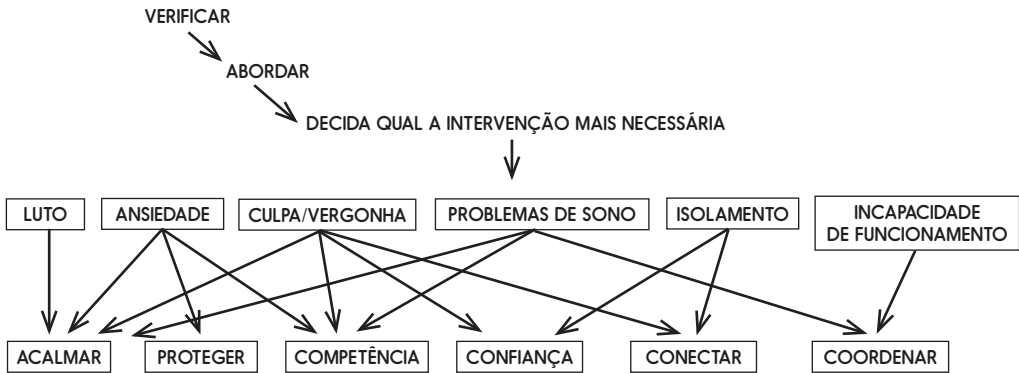


Figura 15 – Primeiros Socorros para o Stress (PSS) para Apoio de Pares

Caso prático

O R. enquanto interventor numa situação de catástrofe presenciou a morte de um colega devido a uma derrocada. O R. estava próximo mas não ficou ferido.

Começa a notar-se que o R.:

- ➔ Não está a dormir bem;
- ➔ Parece andar sempre com a atenção dispersa;
- ➔ Faltou ao trabalho e foi ao médico devido a dores de cabeça;
- ➔ Parece cansado, ansioso e agitado.

Este padrão continua por algumas semanas. O que fazer?

Verificar

Dizer ao R. que está preocupado pela sua aparência e pelo seu comportamento e perguntar-lhe como se sente.

Coordenar

Planear com o médico da instituição e com a sua hierarquia a ajuda para o R..

Proteger

Falar com o R. num local calmo. Escutá-lo de forma activa. Assim, estará a promover uma sensação de segurança reduzindo os efeitos do stress.

Acalmar

Treinar com o R. algumas técnicas de relaxamento – como a respiração abdominal – para reduzir a ansiedade. Transmitir-lhe que quer ajudar. Ao reduzir a ansiedade está a melhorar o sono e a promover melhores tomadas de decisão.

Conectar

Fazer a ligação ao suporte social, como o médico ou o psicólogo da instituição. O suporte está associado ao bem-estar emocional e à recuperação.

Competência

Após alguns contactos com o médico e com o psicólogo, começa a notar-se que o R. está mais focado e de regresso ao trabalho. A sensação de competência recupera a confiança para lidar com o dia-a-dia.

Confiança

O R. está com o seu desempenho habitual e abraçou novos projectos. Ao expressar confiança no R. mostra-se que ele é valorizado pelos pares. Esta acção ajuda a reduzir o estigma associado ao processo de ajuda.

Conclusão

O Modelo dos Primeiros Socorros para o Stress (PSS) foi adaptado por organizações de resposta à emergência como modelo de suporte de pares para lidar com as reacções de stress resultantes de eventos exigentes. Baseia-se num Modelo Contínuo de Stress e é composto por sete acções principais: Verificar, Coordenar, Proteger, Acalmar, Conectar, Competência e Confiança.

BIBLIOGRAFIA

- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., & Watson, P. (2005). *Psychological First Aid: Field Operations Guide*. New York: The National Center Child Traumatic Stress – Terrorism and Disaster Branch - and National Center for PTSD.
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., *et al.* (2006). *Psychological First Aid: Field operations guide*. 2nd ed., Los Angeles: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. Disponível em: <http://www.nctsn.org/content/psychological-first-aid>. Consultado em: 5 de Abril de 2015
- Nash, W. P., Westphal, R. J., Watson, P. J., & Litz, B. T. (2010). *Combat and Operational Stress First Aid: Caregiver Training Manual*. Washington, D.C.: U.S. Navy, Bureau of Medicine and Surgery.
- National Fallen Firefighters Foundation & National Center for PTSD, Department of Veterans Affairs (2013). *Stress First Aid for Firefighters and Emergency Medical Services Personnel – Student Manual*.

5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Márcio Pereira

Ainda em tempo de estudante de licenciatura, foi colocada uma questão numa aula: “O que diria a um amigo que se encontra deprimido antes de ele entrar para uma entrevista de emprego?”. A questão gerou muita discussão e opções na sala de aula, com muitos a dizerem “Boa sorte!”, outros a dizerem “Vais conseguir, força!”, outros ainda a tentarem executar um momento de psicoterapia ultrabreve antes da sua entrada. Eis que o professor diz: “Eu diria para colocar as costas direitas em vez de estar curvado. Não há ninguém que consiga estar deprimido estando com as costas direitas...”. No momento não me apercebi, mas esta é a essência de grande parte da intervenção na crise; durante a crise não conseguimos alterar as estruturas de base, apenas podemos promover estratégias para manter a função adaptativa da pessoa. Comparando com a construção de um castelo de cartas, enquanto na psicoterapia, se o castelo de cartas está a desabar e a queda é previsível, a intervenção passa por apoiar a queda da estrutura e criar uma base mais sólida; na intervenção em crise, a intervenção é colocar a carta em falta que está a fazer com que a estrutura possa desabar, independentemente da solidez da construção anterior. Con-

sidero que é de todo importante a inclusão de disciplinas na área da intervenção em crise nos cursos de Psicologia que de forma sistemática abordem os modelos e estratégias de intervenção na crise.

Outro aspecto importante prende-se com o carácter preventivo da intervenção em crise. Recordo-me ainda de, no início da minha actividade profissional, enquanto psicoterapeuta, receber clientes com perturbação de pânico com agorafobia com evoluções de 10 ou 15 anos, medicados, mas que em nenhum momento lhes tinha sido explicado o que lhes acontecia (física e psicologicamente) durante um ataque de pânico. Eles, após um episódio inicial de pânico, e sem qualquer explicação para o sucedido, aprenderam a ter medo das reacções e dos locais associados aos ataques de pânico, diminuindo de forma significativa a sua qualidade de vida e os seus graus de liberdade. Ao intervir no momento de crise e após estabilização emocional é possível realizar psicoeducação que informe e explique sobre as reacções e sobre como lidar com as mesmas. Ao intervirmos no momento estamos a poupar sofrimento e a reduzir a probabilidade do desenvolvimento de psicopatologia.

Os modelos existentes actualmente são baseados em princípios gerais que provaram ser eficazes na resposta a situações de agudização da psicopatologia pré-existente ou em cenários potencialmente traumáticos. A eficácia da intervenção em crise como uma alternativa viável aos modelos mais tradicionais de intervenção psicológica tem sido bem documentada. A questão não é se a intervenção em crise funciona, mas, sim, que técnicas funcionam melhor com que tipos de clientes e problemas e em que circunstâncias (Dziegielewski *et al.*, 1998).

A presença no momento de crise, seja de carácter individual ou numa situação de catástrofe, coloca desafios acrescidos ao psicólogo. É importante que o psicólogo conheça os próprios limites, as suas reacções de stress e as estratégias de auto-ajuda. Por outro lado, exige ainda uma postura e abordagem diferentes que requerem treino. Em muitos locais podemos não possuir um espaço em que possamos estar a sós com a pessoa ou mesmo uma cadeira em que nos possamos sentar.

Na prática da psicoterapia, recorde-me da minúcia com que preparava a sala para a recepção do cliente (desde a orientação das cadeiras, passando pela temperatura, insonorização, iluminação, lenços de papel, etc.); hoje na intervenção em crise contento-me com um espaço que apresente as mínimas condições de segurança, mesmo que possa ser um vão de escada ou uma berma onde nos possamos sentar. Esta transição é difícil, levando a que alguns colegas pensem que não vão conseguir. Nesse momento lembro-me da metáfora do elefante acorrentado, de Jorge Bucay (2004), apresentada em seguida:

— Não consigo — disse-lhe. — Não consigo!

— Tens a certeza? — Perguntou-me ele.

— Tenho! O que eu mais gostava era de conseguir sentar-me à frente dela e dizer-lhe o que sinto... Mas sei que não sou capaz.

(...)

— Deixa-me que te conte...

E sem esperar pela minha aprovação, o Jorge começou a contar.

Quando eu era pequeno, adorava o circo e aquilo de que mais gostava eram os animais. Cativava-me especialmente o elefante que, como vim a saber mais tarde, era também o animal preferido dos outros miúdos. Durante o espectáculo, a enorme criatura dava mostras de ter um peso, tamanho e força descomunais... Mas, depois da sua actuação e pouco antes de voltar para os bastidores, o elefante ficava sempre atado a uma pequena estaca cravada no solo, com uma corrente a agrilhoar-lhe uma das suas patas.

No entanto, a estaca não passava de um minúsculo pedaço de madeira enterrado uns centímetros no solo. E, embora a corrente fosse grossa e pesada, parecia-me óbvio que um animal capaz de arrancar uma árvore pela raiz, com toda a sua força, facilmente se conseguiria libertar da estaca e fugir.

O mistério continua a parecer-me evidente.

O que é que o prende, então?

Porque é que não foge?

Quando eu tinha cinco ou seis anos, ainda acreditava na sabedoria dos mais velhos. Um dia, decidi questionar um professor, um padre e um tio sobre o mistério do elefante. Um deles explicou-me que o elefante não fugia porque era amestrado.

Fiz, então, a pergunta óbvia:

— Se é amestrado, porque é que o acorrentam?

Não me lembro de ter recebido uma resposta coerente. Com o passar do tempo, esqueci o mistério do elefante e da estaca e só o recordava quando me cruzava com outras pessoas que também já tinham feito essa pergunta.

Há uns anos, descobri que, felizmente para mim, alguém fora tão inteligente e sábio que encontrara a resposta:

O elefante do circo não foge porque esteve atado a uma estaca desde que era muito, muito pequeno.

Fechei os olhos e imaginei o indefeso elefante recém-nascido preso à estaca. Tenho a certeza de que naquela altura o elefantezinho puxou, esperneou e suou para se tentar libertar. E, apesar dos seus esforços, não conseguiu, porque aquela estaca era demasiado forte para ele.

Imaginei-o a adormecer, cansado, e a tentar novamente no dia seguinte, e no outro, e no outro... Até que, um dia, um dia terrível para a sua história, o animal aceitou a sua impotência e resignou-se com o seu destino.

Esse elefante enorme e poderoso, que vemos no circo, não foge porque, coitado, pensa que não é capaz de o fazer.

Tem gravada na memória a impotência que sentiu pouco depois de nascer.

E o pior é que nunca mais tornou a questionar seriamente essa recordação.

Jamais, jamais tentou pôr novamente à prova a sua força...

— E é assim a vida, Damião. Todos somos um pouco como o elefante do circo: seguimos pela vida fora atados a centenas de estacas que nos cortam a liberdade.

Vivemos a pensar que «não somos capazes» de fazer montes de coisas, simplesmente porque uma vez, há muito tempo, quando éramos pequenos, tentámos e não conseguimos.

(...)

— É isto que se passa contigo, Damião. Vives condicionado pela lembrança de um Damião que já não existe, que não foi capaz.

A única maneira de saberes se és capaz é tentando novamente, de corpo e alma... e com toda a força do teu coração!”

Deixo uma última consideração, de que este livro ajude o leitor a lidar com as crises independentemente do contexto onde exerça a sua prática, devendo sempre servir os melhores interesses dos seus clientes e assumindo que “[n]ada jamais seria realizado se, para que nenhuma outra pessoa pudesse encontrar um defeito, esperasse até atingir a perfeição na realização de algo”. (Cardeal John Newman, 1902, cit. por Roberts, 2005).

BIBLIOGRAFIA

- Dziegielewski, S. (1998). *The many faces of health social work*. New York: Springer.
- Bucay, J. (2004). “O Elefante Acorrentado”. In Bucay, J. *Deixa-me que te conte. Os contos que me ensinaram a viver*. Lisboa, Pergaminho.
- Roberts, A. R. (2005). *Crisis Intervention Handbook: assessment, treatment, and research*. 3rd ed., Oxford University Press.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

AEM – Ambulância de Emergência Médica
ANPC – Autoridade Nacional de Protecção Civil
ASD – Acute Stress Disorder
ASR – Acute Stress Reaction
CAPIC – Centro de Apoio Psicológico e de Intervenção em Crise
CB – Corpo de Bombeiros
CCO – Centros de Coordenação Operacional
CCON – Centro de Coordenação Operacional Nacional
CM – Câmaras Municipais
CNOS – Comando Nacional de Operações de Socorro
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
COS – Comandante de operações de socorro
COSFA – Combat and Operational Stress First Aid
CPT – Crescimento Pós-Traumático
CRED – Centre for Research on the Epidemiology of Disasters
CVP – Cruz Vermelha Portuguesa
DECIF – Dispositivo Especial de Combate a Incêndios Florestais
DGS – Direcção Geral de Saúde
DNB – Direcção Nacional de Bombeiros
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DSM-4 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (4.^a actualização)
DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (5.^a actualização)
DSRRB – Direcção de Serviços de Regulação e Recenseamento dos Bombeiros
DSSS – Divisão de Segurança, Saúde e Estatuto Social
EAPS – Equipas de Apoio Psicossocial
EFPA – European Federation of Psychology Associations
EMDR – Eye Movement Desensitization Reprocessing
EUR-OPA – European and Mediterranean Major Hazards Agreement
FA – Forças Armadas
FEMA – Federal Emergency Management Agency
GNR – Guarda Nacional Republicana
IASC – Inter-Agency Standing Committee
IC – Incidente Crítico
ICD – Classificação Internacional de Doenças
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
ISS – Instituto de Segurança Social
LNES – Linha Nacional de Emergência Social
mhGAP – Mental Health GAP Action Programme
NATO – North Atlantic Treaty Organization
NCTSN – National Child Traumatic Stress Network
NCPTSD – National Center for PTSD
NecPro – Necrotérios Provisórios
NHS – National Health Service UK
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PAS – Perturbação Aguda de Stress (ASD em Inglês)
PFA-S – Primeiros Socorros Psicológicos para as Escolas
PNEPC – Plano Nacional de Emergência de Protecção Civil
PSS – Primeiros Socorros para o Stress
PSP – Primeiros Socorros Psicológicos
PTSD – Perturbação de Stress Pós-Traumático
RAS – Reacção Aguda de Stress (ASR em Inglês)
RASI – Relatório Anual de Segurança Interna
SAMUR – Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIOPS – Sistema Integrado de Operações de Protecção e Socorro
SLAS – Serviços Locais de Acção Social
TENTS – The European Network for Traumatic Stress
TerRa – Terrorism & Radicalization project
TO – Teatro de Operações
TOTE – Técnico Operador de Telecomunicações de Emergência
UCLA – University of California, Los Angeles
UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência
UNISDR – The United Nations Office for Disaster Risk Reduction
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana
VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação
ZAP – Zona de Apoio
ZCAP – Zona de Concentração e Apoio à População

AUTOR E COORDENADOR

Márcio Pereira

Licenciado em Psicologia Clínica (variante cognitivo-comportamental) pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

Psicoterapeuta pela Associação Portuguesa de Terapias Cognitivo-Comportamentais

Responsável Nacional do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise do Instituto Nacional de Emergência Médica

Experiência Clínica em Contexto Escolar e Prisional

Formador nas áreas de Intervenção Psicológica em Crise e Emergência, Primeiros Socorros Psicológicos e Gestão de Stress

Formador no 1.º e 2.º Cursos de Formação em Psicotraumatologia, validado pela European Society for Traumatic Stress Studies

Docente convidado em Mestrados de Enfermagem

Representante Português no Comité de Crise de Catástrofe da Federação Europeia de Associações de Psicologia

Representante Português na Rede Ibero-Americana de Psicologia de Emergência

Autor do Curso de Intervenção Psicológica em Situações de Catástrofe da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP)

AUTORES CONVIDADOS

Cátia Mendes Serra

Psicóloga no Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise do INEM

Mestre em Psicologia Clínica

Formação no Curso Avançado em Psicologia de Emergência

Dulce Pires

Psicóloga clínica em contexto prisional

Doutoranda em Psicologia pela Universidade de Aveiro

Co-autora do livro *Mente de Combate*, editado pela Prime Books

Joana Faria

Psicóloga no Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise do INEM

Doutoranda em Psicologia pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Professora convidada da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (Curso Pós-graduado em Psicologia e Intervenção em Crise e Emergência)

Rui Pedro Ângelo

Coordenador Nacional das Equipas de Apoio Psicossocial e Chefe da Divisão de Segurança, Saúde e Estatuto Social da Autoridade Nacional de Protecção Civil

Doutorado Europeu em Psicologia Social pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Professor convidado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa (Curso Pós-Graduado em Psicologia e Intervenção em Crise e Emergência) e do Instituto Superior de Educação e Ciências (disciplina de Psicologia de Catástrofe do Mestrado em Riscos e Protecção Civil)

Verónica Oliveira Guerreiro

Psicóloga no Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise do INEM

Licenciada em Psicologia Clínica pelo Instituto Superior de Ciências da Saúde – Sul

Certificação Europeia em Psicotraumatologia pelo Centro de Trauma do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, enquanto membro da European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS).

