

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

RELATORIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL

Miguel André Telo de Arriaga

Relatório

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Antónia Rós

2013

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

RELATORIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL

Miguel André Telo de Arriaga

Relatório

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

2013

RELATORIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser o(a) autor(a) deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Copyright

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

AGRADECIMENTOS

Na fase em que se termina um trabalho desta índole, é justo e merecido um agradecimento a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste Relatório.

Á minha noiva Inês, porque sem ela nada fazia sentido, aos meus pais e irmão por todo o apoio que sempre me deram em todas as alturas e decisões de vida e ao meu chefe João pela amizade e apoio.

Não poderia deixar de fazer um especial agradecimento à Professora Antónia Rós, pela sua disponibilidade e sempre pronta resposta no sentido de me verdadeiramente orientar e centrar naquilo que é mais importante.

A todos o meu sentido, muito obrigado!

RESUMO

O Relatório de Atividade Profissional agora apresentado, pretende constituir-se como um documento científico pedagógico, no que respeita à creditação do percurso académico e profissional, com vista á obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

O relatório, apresenta-se como um documento que pretende explanar uma reflexão sobre o percurso profissional e académico, com o enfoque numa atividade específica do desempenho profissional, a Intervenção Psicológica na Crise.

O Presente relatório inicia-se então com um enquadramento contextual e formulação de objetivos, seguindo-se um enquadramento teórico sobre a temática da Intervenção Psicológica na Crise.

No ponto seguinte foram abordadas as metodologias utilizadas, sobretudo com referência ao processo formativo, prática clínica, atividade docente e atividade na área da emergência psicológica, onde foi feita referência ao Plano especial de emergência psicológica desenvolvido e tipo de trabalho desenvolvido.

De seguida foi descrita a atividade, na qual recaiu a ênfase deste relatório, sendo referido os procedimentos e tipo de ocorrências trabalhadas nestas intervenções. Antes das considerações finais foi ainda focado num outro ponto a análise crítica à escolha do tema realizada. O relatório termina com a reflexão final do percurso até agora realizado e perspetivas futuras

Palavras-chave: Relatório, Reflexão, Profissional, Intervenção Psicológica, Crise;

ABSTRACT

The Professional Activity Report now presented, aims to establish itself as a scientific and pedagogical document regarding the academic and professional accreditation, with a view to the degree of Master in Clinical Psychology and Health

The report, presented as a document that aims to explain a reflection on career and academics, with a focus on a specific professional activity, Psychological Intervention in Crisis.

The present report begins then with a contextual description and formulation of objectives, followed by a theoretical approach on the issue of Psychological Intervention in Crisis.

Were addressed in the next paragraph the methodologies used, especially with reference to the academics process, clinical practice, teaching activity and the activity in the area of psychological emergency, where it was also made reference to the special emergency plan developed for psychological crisis intervention.

In the following points, it was described the activity, which add the emphasis of this report. Before final considerations it was still focused another point in the critical analysis of the chosen topic. The report ends with a final reflection of the so far course and future prospects.

Keywords: Report, Reflection, Professional, Psychological Intervention, Crisis;

INDICE

	f
INTRODUÇÃO	11
1 – ENQUADRAMENTO CONTEXTUAL E OBJECTIVOS	13
1.1 - OBJECTIVOS DO RELATÓRIO.....	13
1.2 - IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO.....	13
2 - ENQUADRAMENTO TEORICO	15
2.1- CONCEITO DE TRAUMA	16
2.2 - STRESSE NUM EVENTO CRITICO	24
2.3 - PERTURBAÇÃO DE PÓS STRESSE TRAUMÁTICO (PTSD)	29
2.3.1 - Definição e caracterização de PTSD	29
2.3.2 - Definição da PTSD nas classificações internacionais de diagnóstico.....	29
2.3.3 - Prevalência da Perturbação de Pós Stresse Traumático	34
2.3.4 - Evolução da Perturbação de Pós Stresse Traumático	35
2.3.5 - Factores de risco na Perturbação de Pós Stresse Traumático	36
2.3.6 - Modelos Psicobiológicos da Perturbação de Pós Stresse Traumático	37
2.4 - COMORBILIDADE.....	41
2.5 - STRESSE E EXPOSIÇÃO AO TRAUMA	42
2.6 - INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SITUAÇÕES DE CRISE	45
2.6.1 - Contextos de Intervenção Psicossocial	45
2.6.2 - O conceito de Intervenção Psicossocial em Situações de Catástrofe, Crise e Emergência	48
2.6.3 - Diferenças Psicologia Convencional Vs Intervenção na Crise	

	50
2.6.4 - Reações Inerentes a Situações de Crise Psicológica.....	52
2.7 – MODELOS DE INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA SITUAÇÕES DE CRISE, EMERGÊNCIA E CATÁSTROFE - <i>Early Interventions</i>	55
2.7.1 - Os Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) como Modelo de <i>early interventions</i>	56
2.7.2 - A Intervenção na Crise.....	57
2.7.3 - Intervenções Educacionais, Psicoeducação.....	59
2.7.4 - Modelo <i>Psychological First Aid (PFA)</i>	60
2.7.5 - O Modelo de Primeiros Socorros Psicológicos, Impacto, Reação e Reorientação (IRR)	63
2.7.6 - O Modelo CISM.....	65
2.7.7 - O Apoio de Pares	68
3 – METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS	71
4 - DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS OBTIDOS	72
4.1 - PRÁTICA CLÍNICA	72
4.2 - ATIVIDADE DOCENTE E COMPLEMENTAR.....	73
4.3 - A ATIVIDADE NA ÁREA DA EMERGÊNCIA	74
4.3.1 - Plano Especial de Plano Especial de Intervenção Psicológica na Crise e Emergência, para o Distrito de Portalegre	76
4.3.2 - Ocorrências e Intervenções	80
5 - DESCRIÇÃO SINTÉTICA DO DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE	88
6 - DISCUSSÃO CRÍTICA DA METODOLOGIA E DOS RESULTADOS ENCONTRADOS	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100

INDICE DE QUADROS

		f
Tabela 2.1	“Traumatic Events”	17
Tabela 2.2.	Designação dos diferentes tipos de acidentes	46
Tabela 2.3.	Diferenças entre Psicologia Convencional e Intervenção Psicológica na Crise	51
Tabela 2.4	Reações ao evento traumático	52
Tabela 4.5	Grupos a Intervir e Técnicas de Intervenção Realizadas	81
Tabela 4.6	Grupos a Intervir e Técnicas de Intervenção Realizadas	82
Tabela 4.7	Grupos a Intervir e Técnicas de Intervenção Propostas	84
Tabela 4.8	Primeiras Medidas de apoio Iniciais	85
Tabela 4.9	Segundas Medidas de apoio Iniciais	86
Tabela 5.10	Número e tipologia das ocorrências com intervenção Psicológica na Crise, para Distrito de Portalegre	89

LISTA DE ABREVIATURAS

ANPC- Autoridade Nacional de Proteção Civil

APA- *American Psychiatric Association*

ASD- *Acute Stress Disorder*

ASR- *Acute Stress Response*

CID- Classificação Internacional de Doenças

CISD- *Critical Incident Stress Debriefing*

CISM – *Critical Incident Stress Management*

DSM- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTSD- *Post Traumatic Stress Disorder*

PSP- Primeiros Socorros Psicologicos

PFA- *Psychological First Aid*

INTRODUÇÃO

O presente relatório de Atividade Profissional, visa o preconizado pelo tratado de Bolonha, perspetivando o conceito da aprendizagem ao longo da vida.

Neste âmbito, será importante a apresentação do processo de reconhecimento e validação de competências adquiridas, não só por processos de aprendizagem formal, mas também não formal, decorrente da experiência profissional.

O presente relatório insere o seu enfoque no reconhecimento e validação de competências adquiridas através de processos que decorrem da experiência profissional, visando como fim último a creditação curricular. Surge então este trabalho no âmbito do processo de creditação do percurso académico e profissional do candidato Miguel André Telo de Arriaga, licenciado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, para a obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Tendo em consideração a amplitude que pretende retratar o trabalho desenvolvido, ou seja, o exercício da prática profissional deste últimos nove anos, tendo ainda em conta o proposto pelas linhas orientadoras para a realização do Relatório de Atividade Profissional, pretende-se focar mais pormenorizadamente uma atividade representativa dessa mesma atividade Profissional destes últimos anos. Desta forma, o presente trabalho inicia-se com a identificação do candidato, a contextualização do processo de formação, assim como um breve enquadramento sobre a organização e objetivos do documento.

Em seguida será descrita e analisada de forma reflexiva a atividade e percurso profissional, terminando este relatório com um capítulo onde

Introdução

constam os aspetos que limitaram ou contribuíram para o desenvolvimento profissional.

1 - OBJECTIVOS E IDENTIFICAÇÃO

1.1 OBJECTIVOS DO RELATÓRIO

O presente relatório de Atividade Profissional tem como principais objetivos:

- 1- Dar a conhecer o candidato, contextualizando o seu processo de formação
- 2- Incidir sobre a atividade desenvolvida, focando particularmente a intervenção Psicossocial em situações de Catástrofe, Crise e Emergência.
- 3- Refletir sobre a atividade profissional desenvolvida à luz das metodologias e investigações dos atuais desenvolvimentos teóricos
- 4- Constituir-se como um documento científico-pedagógico, no âmbito da obtenção da creditação ao grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

1.2 IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Miguel André Telo de Arriaga, trinta e três anos de idade, nascido no ano de mil novecentos e oitenta em Portalegre, Portugal.

Objetivos e identificação

É licenciado em Psicologia Clínica e do Aconselhamento, Pós Graduado em Seleção de Recursos Humanos, Doutorando em Neuropsicologia Clínica.

A sua atividade profissional centra-se na Docência, enquanto docente do Ensino Superior, na Escola Superior de Saúde de Portalegre, exercendo também prática clínica, e com um forte enfoque na Intervenção Psicológica na Crise, sobretudo em situações de emergência, pelo seu desempenho no âmbito da Proteção Civil.

2 - ENQUADRAMENTO TEORICO

Todo o percurso académico e profissional decorreu de um conjunto de apostas e escolhas, desenvolvidas e refletidas nos capítulos deste relatório.

Nesse sentido, a explicação das correntes, modelos e procedimentos de intervenção que sustentam a prática profissional escolhida para desenvolver no presente Relatório, é fundamental, para uma compreensão sustentada e pormenorizada dos percursos e opções traçadas e definidas, refletidas posteriormente.

Em Portugal, apesar da ainda diminuta existência de técnicos especializados e de estruturas organizadas são chamados a prestar Apoio Psicossocial em situações de Catástrofe, Crise e Emergência a estrutura de psicólogos do INEM, a Equipa de Intervenção Psicológica na Crise da ANPC de Portalegre, ou em situações apenas relacionadas com Bombeiros as Equipas de Apoio Psicossocial da ANPC. Existem outras estruturas de apoio Psicossocial para intervenção nas situações descritas, mas cuja operacionalidade é nesta fase diminuta ou inexistente sendo que na grande maioria das situações, encontramos este tipo de apoio a ser prestado por Enfermeiros, Médicos, Psicólogos ou Técnicos de Serviço Social sem formação, plano ou modelo estruturado para o fazer. Podem ser reportados estes dados enquadrando na informação disponibilizada pelo Guia de Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental (2009), que refere a existência de 40 Associações/Instituições, distribuídas por diferentes Distritos de Portugal continental e ilhas, com a valência do Apoio Psicossocial, nenhuma identificada em concreto para o apoio específico para a área do Apoio Psicossocial em Situações de Crise e Emergência.

No desenvolvimento deste tema, da intervenção psicológica na crise, com um particular enfoque à área da intervenção Psicossocial em situações de catástrofe, crise e emergência, importa fazer uma abordagem não só às principais Perturbações resultantes destes eventos mas também dos modelos de intervenção existentes.

2.1 CONCEITO DE TRAUMA

A Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1994) define trauma como “(...) a experiência pessoal de um acontecimento que envolve a morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física; ou testemunhar um acontecimento que envolve a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte inesperada ou violenta, ferimento grave ou ameaça de morte ou doença grave num familiar ou amigo próximo (...). A resposta da pessoa ao acontecimento tem de envolver medo intenso, impotência ou horror (...)” (p. 424).

O conceito porém, já estava presente na edição Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM III-R, APA, 1987), sendo o acontecimento traumático definido como algo que ultrapassa a usual experiência humana. Mais tarde, a constatação de que este tipo de eventos ou episódios de ameaça à vida não eram uma experiência pouco comum levou à alteração e retirada do conceito de episódio raro na definição de trauma.

Apesar de se reconhecer hoje os eventos traumáticos, como não sendo eventos raros, importa sempre ter em linha de conta que, um acontecimento traumático é usualmente caracterizado por ser algo de inesperado e repentino, e cujo seu impacto suscita muitas vezes medo, desespero e horror às pessoas que o vivenciam, direta ou indiretamente.

Enquadramento teórico

Apresentados alguns dos conceitos, será então possível verificar que o conceito de trauma e acontecimento traumático, bem como os pressupostos que o cumprem são estabelecidos por um vasto leque de acontecimentos que todos os dias têm um potencial de ocorrência muito significativo.

Como já foi referido, alguns acontecimentos críticos, como os desastres são muitas vezes inesperados, repentinos e avassaladores. Podem ainda ter um carácter de imprevisibilidade, de não controlo sobre o evento, assim como, uma percepção de perigo para a sua própria vida ou de outro (e.g. assistir a um atropelamento) (Levetown, M., 2008).

Os acontecimentos traumáticos podem ser caracterizados e divididos de diferentes formas.

Tabela 2.1: “Traumatic Events” como caracterizados pela DSM-IV-TR (APA, 2000)

Eventos traumáticos vividos	Eventos traumáticos Testemunhados	Eventos traumáticos vividos por Outros
Combate Militar	Ter observado ferimento grave ou morte não natural de uma outra pessoa devido a:	Traumatização vicariante, por membro próximo da família ou amigo, nas seguintes situações:
Abuso Sexual	Assalto violento	Assalto violento
Agressão Física	Acidente	Acidente Grave
Roubo	Guerra	Ferimentos Graves
Sequestro	Desastres	Diagnóstico de doença fatal
Refém	Ver corpo ou partes de corpo	
Ataque terrorista		
Tortura		
Prisioneiro de guerra		
Catástrofes provocadas pelo homem		
Acidente automóvel grave		
Diagnostico doença grave		

Muitas outras situações ou eventos poderiam estar descritos nesta tabela como alguns já supracitados dos quais se podem referir alguns exemplos, como maus tratos à criança o que inclui negligência, abuso físico, sexual e psicológico, assim como violência familiar, na escola e comunidade, ou ainda o vasto espectro de catástrofes naturais existentes.

Enquadramento teórico

O peso potencial de um evento traumático pode ser variável tendo em conta fatores como a sua natureza, dimensão, número de perdas e duração. É porém sabido que o peso no potencial traumático acresce quando tratamos de desastres provocados pelo homem, sobretudo no que respeita aos chamados desastres Intencionais ou aos Desastres Tecnológicos (e.g. atentados terroristas e queda de uma ponte), já que ao contrário dos Desastres Naturais, estas são situações que não são suposto acontecer.

Um importante aspeto é o fato de que as vítimas de incidentes críticos podem estar diretamente envolvidas em acidentes, mas também podem ser testemunhas destes mesmos incidentes. Sendo que desta forma, o potencial vicariante na transmissão do trauma, pode ter um impacto decisivo mesmo sem o viver de facto o evento, mas “apenas” por ter assistido ao mesmo, podendo os desastres, crises e eventos traumáticos causar depressão, PTSD, ansiedade generalizada, medo e aquilo a que pode ser designado de um agudo sentir da própria vulnerabilidade (Satcher, et al, 2007).

Algumas investigações realizadas em Portugal, revelaram alguns importantes indicadores sobre a epidemiologia dos eventos traumáticos. Albuquerque et al (2003), verificou que para os 2606 participantes, epidemiológico sobre a PTSD, na população adulta (com idade superior a 18 anos) em Portugal, a morte violenta de familiares ou amigos (29,3%) e o ser roubado ou assaltado (22,7%), ou o ser testemunha de acidente grave ou morte (22,2%) poderiam constituir uma situação traumática significativa.

É ainda importante referir que as diferentes situações potenciadoras de stressores traumáticos podem ter diferentes características e podem ser categorizados de acordo com alguns aspetos como o impacto que exercem sobre a vítima, o sentimento de controlo sobre a situação, a previsibilidade e a duração da exposição ao stressor. Podem ser encontrados diferentes exemplos de acontecimentos potencialmente traumáticos, de intensidade elevada, que ocorrem num dado espaço

Enquadramento teórico

temporal, e para os quais usualmente as vítimas não tiveram oportunidade de se preparar, basta pensar no caso dos desastres naturais, como incêndios florestais, ou os acidentes de viação.

Outro dos importantes aspetos a ter em conta são os efeitos cumulativos dos acontecimentos relacionados com a exposição repetida a situações potencialmente traumáticas e/ou a diferentes stressores permanentes sobretudo no exercício de algumas atividades profissionais como exército, polícia, bombeiros ou equipas de emergência pré-hospitalar.

A exposição longa e permanente ao elemento stressor, leva muitas vezes à desesperança e incerteza, alterando fenómenos tão importantes como a sensação de segurança (McFarlane & De Girolamo, 1996). São exemplo destas situações a violência doméstica, situações de abuso e negligência continuadas assim como diferentes situações como combate.

Serra (2003) refere várias características descritas na literatura que diferenciam e definem o acontecimento traumático das outras situações de stress. São exemplos dessas definições a diminuição do equilíbrio da vítima, levando-a a sofrimento; a alteração do sentimento de segurança e auto-suficiência das pessoas assim como da sua suscetibilidade na ligação ao outro; destruição dos mecanismos de adaptação; por em causa os pressupostos básicos de vida; questionamento dos pressupostos como a justiça e a previsibilidade; alteração da experiência emocional, cognitiva e o comportamental da pessoa; confronto da pessoa com a sua vulnerabilidade e alteração da concepção que tem do mundo como um lugar seguro; desaparecimento da predictabilidade e de controlabilidade das ocorrências e; empobrecimento da auto-estima.

Serra (2003) refere ainda que o trauma é percebido como mais grave quanto é provocado por outro ser humano, com crueldade intencional, quando não é predictível e controlável, quando a duração do evento ou eventos é prolongada, e quando decorre na infância e é multifacetado.

Enquadramento teórico

São vários os estudos que apresentam dados sobre o fato de a maioria das pessoas, em determinado momento da sua vida, já ter experienciado pelo menos um acontecimento traumático. Estudos epidemiológicos referem que a probabilidade de exposição a situações com potencial traumático ao longo da vida são muito elevada, com populações jovens são encontradas taxas de prevalência que variam entre os 32% (Breslau & Davis, 1992) e 67 % (Bernat et al, 1998).

Um estudo com uma amostra de jovens universitários portugueses (Maia et al., 2006), em que a média de idade é de 20 anos, foi verificado que 24 % considerava que já tinha vivenciado uma experiência traumática.

Diferentes investigações sugerem que é comum o fato de pessoas experimentar múltiplos eventos traumáticos no curso de suas vidas (e.g., Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, e Nelson, 1995; Norris, 1992), e que a exposição prévia a eventos traumáticos pode afetar as respostas das pessoas no pós evento, existindo alguma moldagem em função das experiências de vida passadas, não só no que respeita ao desenvolvimento de estratégias de *coping*, como a inexistência das mesmas (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, e Best, 1993), e ainda que os efeitos de experiências traumáticas podem ser cumulativas (Follette, Polusny, Bechtle, & Naugle, 1996; Goodman, Dutton, & Harris, 1997).

Os dados apresentam-nos diferentes valores para as diferentes realidades culturais. A realidade Portuguesa (Albuquerque, Soares, Jesus & Alves, 2003), apresenta uma taxa, na população, de exposição a pelo menos um acontecimento traumático durante a vida de cerca de 75% e que 43,5% está exposto a mais do que uma situação. Este estudo teve uma amostra definida, de modo bi-etápico e estratificado, representativa da população com idade igual ou superior a 18 anos, a nível nacional. Tendo sido selecionados indivíduos de todas as regiões do País. Aos indivíduos que identificados como tendo sido experienciado uma ou mais situações traumáticas, foram entrevistados e avaliados pela Escala

Enquadramento teórico

Abreviada de Sintomas, (Breslau et al, 1999), para determinar a presença ou ausência de PTSD.

Ainda que, com resultados ligeiramente inferiores, podemos considerar outros estudos (Norris, 1992), cuja percentagem verificada foi de 69% das pessoas experimentarem pelo menos um acontecimento traumático durante as suas vidas, este estudo foi realizado com uma amostra heterogênea de 1.000 adultos, sendo 50% e 50% mulheres e dividido igualmente entre jovens, adultos e idosos. Foi examinada a frequência e impacto dos 10 eventos encontrados como mais potencialmente traumáticos, sendo a morte trágica o mais prevalente, seguida da agressão sexual e dos acidentes de automóvel.

A realidade atual, assim como a consciência do aumento de diferentes fenómenos, sobretudo naturais, tem levado a um grande enfoque da investigação sobre o impacto dos desastres naturais (e.g. cheias, sismos, vulcões ou furacões), a exposição a contextos de guerra, situações de agressão ou violação, acidentes (e.g. Carro, avião, comboio) atentados terroristas entre outros acidentes, desastres naturais ou *man made disasters*.

Como já foi referido, para além da intervenção junto das vítimas destes acontecimentos, tem também sido dado um enfoque muito importante no que respeita ao impacto da exposição repetida a eventos potencialmente traumáticos para aqueles que prestam o socorro (e.g. bombeiros, polícias, diferentes agentes de Proteção Civil, emergência pré hospitalar). Pelo que a exposição a elementos potencialmente traumáticos, tem uma importância que deverá centrar a atenção no que respeita às possíveis repercussões no indivíduo.

A exposição a eventos traumáticos é muitas vezes associada com a alteração de sentimento de segurança e de auto-suficiência ou dificuldades no estabelecimento de vínculos afetivos. O funcionamento interpessoal, o funcionamento familiar, a capacidade de formar ou manter relações de amizade, a relação que as pessoas estabelecem consigo próprias a nível da auto-estima, o desempenho sexual,

Enquadramento teórico

autoconfiança, confiança no seu próprio julgamento ou nas crenças dos outros sobre o próprio, são também muitas vezes afetados pelo desenrolar da exposição (Resick, 2000).

Estas alterações comportamentais são consequência, sobretudo, da alteração daquele que é considerado pela pessoa, como o seu estado de “normalidade”, com as diferentes atividades de vida diárias, que conhece e controla. A exposição ao evento acarreta, na grande maioria das vezes, uma alteração significativa ao ambiente que de alguma forma era controlado pelo indivíduo.

Importa ter em conta que as consequências psicológicas da exposição ao evento traumático são diversas e altamente individualizadas. Não existindo uma resposta que é experimentada por todos. A diversidade de respostas emocionais é evidente, tanto na variabilidade como em termos de gravidade, tempo, duração, e nos tipos de consequências. (Bennice, et al, 2003)

Dohrenwend e Dohrenwend (1981) afirmam que as experiências de stresse têm um efeito cumulativo que se constitui como um fator de risco para o desenvolvimento de doença mental, o que será consequência de muitos dos indicadores atrás apresentados.

Estas alterações, acarretam consigo, um conjunto de problemáticas que se vai refletir em situações como a saúde, o emprego, os relacionamentos interpessoais, e inclusivamente o confronto com a morte (Valentine, 2003).

Alguns estudos têm mostrado que a exposição a experiências de vida adversas durante a infância sejam por, de acordo com os dois tipos básicos de trauma de Terr (1991), experiência traumática única (Tipo I) ou repetida (Tipo II) se correlacionam de forma significativa com o estado de saúde em períodos tão longos como até 50 anos depois da exposição ao evento traumático. Felitti (2002) verificou um conjunto de comportamentos como consumo de drogas, doença pulmonar obstrutiva crónica, depressão e a tentativa de suicídio, como estando aumentada

Enquadramento teórico

naqueles que foram vítimas. Estando ainda presentes mais correlações estatisticamente significativas, com a hepatite, doenças cardíacas, diabetes, fraturas, obesidade, alcoolismo, e inclusive no ajustamento laboral. Este estudo foi realizado visando estudar como as experiências potencialmente traumáticas na infância, afetam décadas mais tarde a saúde de adultos, com uma amostra de 17421 adultos.

Ocorrem muitas vezes na criança traumatizada, mudanças internas que a podem afetar em períodos mais tardios da sua vida, na adolescência ou início da idade adulta. Sem tratamento, alguns traumas de infância podem resultar em posteriores problemas de comportamento violento, apatia extrema ou revitimização a auto-mutilação, suicídio ou comportamentos auto-destrutivos e distúrbios de ansiedade. (Pruitt, 2009)

Importa reconhecer que a maioria das crianças e adolescentes lida com sucesso e tem estratégias de *coping*, funcionais para o enfrentamento adaptativo após a exposição a um evento potencialmente traumático, sendo que (Masten, 2001; Benight & Bandura, 2004) é muitas vezes descrita a resiliência e as respostas auto-eficácia adaptativa.

Porém, muitos outros estudos apresentam também dados a partir dos quais é possível verificar uma maior incidência de problemas comportamentais, desenvolvimentais, emocionais e académicos, após a exposição a um evento traumático (Cicchetti & Toth, 1997; Eckenrode, Laird, & Doris, 1993; Goenjian et al., 2005; Mollica et al., 2004).

Em 2004, Catherall (cit. in Matsakis 1996) refere que uma das características da relação entre família, stresse e trauma é a sua bidirecionalidade. É sabido que o suporte familiar pode moderar o impacto do evento traumático no membro da família traumatizado, como o impacto no membro traumatizado também pode traumatizar a família.

No que diz respeito ao trauma, a Psicologia tem centrado a sua atuação sobretudo nos efeitos negativos que a pessoa sofre quando

vivência o evento traumático, por exemplo no diz respeito à Perturbação de Stresse Pós-Traumático. Sendo as reações patológicas vistas como a forma “normal” de resposta a um evento traumático (Poseck et al., 2006).

Existem porém diferentes formas de abordar o conceito de trauma. Alguns dos modelos mais otimistas entendem que a pessoa é ativa e forte, com competências naturais para resistir e recuperar face às adversidades (Poseck et al., 2006). Dentro da Psicologia Positiva, que recorda que o ser humano tem capacidade para adaptar-se e encontrar sentido nas experiências traumáticas mais complexas (Gilham & Seligman, 1999). Referindo ainda que alguns dados apontam para que cerca de 85% das pessoas que vivenciam uma experiência traumática seguem um processo natural de recuperação e enfrentamento do evento, não desenvolvendo nenhum tipo de perturbação (Bonanno, 2004).

2.2- STRESSE NUM EVENTO CRITICO

O stresse é uma das funções vitais do organismo e, ao mesmo tempo, o stresse por si e as *stress-related diseases*, como o impacto sobre o sistema imunológico, circulatório e nervoso (Esch et al, 2002; Esch et al, 2002). Portanto, o stresse pode afetar imunológica, cardiovascular, doenças neurodegenerativas, perturbações mentais, e isso pode incluir tanto os aspetos positivos e negativos (Esch et al, 2002).

Assim, o stresse pode exercer efeitos prejudiciais ou benéficos, dependendo de uma variedade de fatores endógenos ou exógenos. No entanto, clinicamente o que tem sido verificado, são as influências negativas do stresse sobre os processos de saúde e doença (Esch T. et al, 2002).

Sendo ainda o stresse um sinal de alarme do organismo na presença de situações desconhecidas. Troch (cit in Lechuga, et al, 1988:31) define o stresse como "o programa de acomodação corporal da pessoa a novas situações, com uma resposta não específica e estereotipada a todos os

Enquadramento teórico

estímulos de processamento do seu equilíbrio pessoal". O modelo de resposta desenvolvida pelo indivíduo, parece preparar sempre o organismo para as atividades básicas, tendo como objetivo a homeostasia pessoal. A maioria dos casos de stress não são só causadas apenas por um evento desencadeador de stresse, mas sim por um conjunto de situações anteriores que se misturam com o último stressor.

É fundamental o encontrar uma definição de stresse que possa responder de forma explícita a natureza do próprio conceito.

Assim importa compreender que as várias definições parecem diversificar-se, também no que diz respeito às diferentes áreas de estudo. Sendo que na perspetiva da medicina, o stresse é entendido como uma resposta defensiva do organismo às exigências ambientais, sobretudo recorrendo a componentes fisiológicos. Na perspetiva psicológica, o enfoque é sobretudo nas avaliações cognitivas que o indivíduo faz, não só, das condições ambientais como das estratégias de *coping* (Lazarus, 1966) que tem para lidar com as diferentes situações. Já a dimensão sociológica (Stokols, 1979) coloca a sua ênfase às condições sociais que afetam negativamente o bem-estar dos grupos na sociedade.

O conceito de Stresse, parece ter originalmente, surgido na área da engenharia, reportando-se à força exterior exercida em direção a um determinado objeto físico, resultando da aplicação desta força não só a tensão como alterações, que serão momentâneas ou permanentes, da estrutura do objeto (Lazarus, 1966).

O autor centra a sua abordagem de stresse dando a ênfase ao conceito de ameaça. Sendo que a ameaça vai implicar a existência de um estado onde o indivíduo vai antecipar o confronto com um estímulo hostil, através do processo de avaliação (Lazarus, 1966).

Foi então adotado, este conceito, como sendo a tensão resultante, como sendo os efeitos desse agente o significando de um determinado agente ou estímulo exterior.

Mais recentemente, as definições de stresse, referem que este ocorre quando as exigências do ambiente são percebidas como sendo superiores à capacidade do indivíduo de lidar com as mesmas (Evans & Cohen, 1987).

Enquadramento teórico

Facilmente se compreende que as respostas a um dado stressor não têm que ser necessariamente uniformes, já que um indivíduo poderá responder de forma distinta a um mesmo estímulo em momentos de tempo diferentes. Sendo também facilmente perceptível que um mesmo estímulo, poderá não ter o mesmo efeito em dois indivíduos diferentes, não só pelas diferentes características de cada situação como da avaliação individual que cada indivíduo faz (Evans & Cohen, 1987). Lazarus, (1966) refere então que o conceito de stresse não pode ser realizado recorrendo-se apenas à situação ou apenas ao indivíduo, mas sim ao ter em conta estes aspetos, passando a relacionar-se o organismo com o seu contexto.

Para além do modelo de Lazarus, é fundamental a compreensão do modelo da síndrome de Adaptação Geral de Selye.

Selye (1976), propõem a componente fisiológica do stresse, que designou de stresse sistémico (Bell, Greene, Fisher e Baum, 2001).

Nos estudos realizados com animais, Selye (1976) verificou que vários estímulos aplicados consistentemente e progressivamente ao longo do tempo, provocavam nos organismos efeitos similares entre si, os efeitos não eram específicos do estímulo exercido, mas ocorriam de modo estereotipado nos organismos. Postulando desta forma uma definição de stresse, como sendo, um estado manifestado por uma síndrome, o qual consiste em todas as mudanças induzidas não específicas num sistema biológico.

Foi a estas respostas padronizadas aos diferentes estímulos, tanto físicos como psicossociais, que o autor designou por síndrome de adaptação geral (*General Adaptation Syndrome*), tendo três fases constituídas: 1) a reação de alarme, 2) a fase de resistência e 3) a fase de exaustão.

A primeira etapa é caracterizada por uma fase de choque seguida do contra-choque. Dando-se, na presença do stressor, a reação de alarme, desencadeando algumas respostas automáticas, como aumento do ritmo cardíaco.

Se a presença hostil do stressor prosseguir, o organismo desencadeia a segunda fase. Dando-se a diminuição dos sintomas de alarme, o que

Enquadramento teórico

remete para a adaptação do organismo ao stressor. São aqui desencadeados os mecanismos de *coping*. Não sendo adequadas as respostas de *coping*, o organismo irá entrar na terceira fase.

Caso se mantenha ainda a presença hostil, inicia-se a fase de exaustão, sendo que nesta fase, apesar de reaparecerem alguns efeitos da primeira fase, já não será possível a adaptação e a resistência ao elemento stressor.

Um importante aspeto a ter em conta é o fato de o elemento crítico não ser o stressor ambiental, mas sim a reação do indivíduo perante o mesmo. Para Serra (2003) o stressor “corresponde a tudo quanto exige uma nova adaptação“. O que pode explicar situações, como o fato de um mesmo evento potencialmente traumático, o ser para uma pessoa e para outra não.

A vida do indivíduo considera-se na sua totalidade como um contínuo, com pequenas oscilações diárias, no entanto, existem situações que podem abalar a nossa forma de ver o mundo que nos rodeia, que são eventos traumáticos.

Estes tendem a ser mais graves do que respostas de acomodação gerais, sendo que o efeito do trauma se perpetua ao longo do tempo, mesmo depois de a causa original do trauma desaparecer.

A análise dos diferentes modelos do Stressor são com toda a certeza fundamentais para a compreensão deste na resposta ao trauma e aos eventos críticos potencialmente traumáticos.

Como já foi referido, a APA (1994) define o trauma como "... a experiência pessoal de um evento que envolve morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física, ou testemunhar um evento que envolve morte, lesão ou ameaça à integridade de outra pessoa, ou ter conhecimento de qualquer morte inesperada ou violenta, um ferimento grave ou ameaça de morte ou doença grave na família ou um amigo próximo ... "Sendo que" A resposta da pessoa ao evento deve envolver impotência, medo ou horror intenso... " (p.424)

Embora atualmente se reconheça que não é raro, a ocorrência de um evento traumático, este é caracterizado pela sua repentinidade, força

Enquadramento teórico

extrema (impacto) e a causalidade externa, causando medo, desespero e horror a quem o experiência.

Os vários tipos de eventos traumáticos podem ter origens muito diferentes, mas compartilham algumas características comuns, como o fato de serem uma ameaça à vida e o excederem na sua intensidade aquelas que são as experiências comuns.

Podemos classificar os diferentes stressores traumáticos tendo em consideração o impacto que causam sobre a vítima, o controle, a previsibilidade e a duração da exposição. Os eventos também podem ter um efeito cumulativo inerente à exposição repetida a eventos traumáticos e stressores sequenciais principalmente em certas profissões, como e.g. os Bombeiros.

Finalmente, a exposição continuada vai levar muitas vezes ao desespero, incertezas e mudanças no sentimento de segurança, o que acontece por exemplo em situações de abuso continuado, violência doméstica, e outras situações como situações de combate (McFarlane e Girolamo, 1996).

As reações dos indivíduos perante um evento traumático são muito distintas. Sendo que as reações vão desde a não apresentação de qualquer distúrbio subsequentes, até, ao que é frequente, após o evento traumático, surgir um quadro clínico Pós trauma (Serra 2003).

Sendo alguns dos mais frequentes, de acordo com a CID-10 (1992) reação aguda de stresse, que é um distúrbio transitório, de gravidade significativa que se desenvolve na resposta do individuo a um evento grave, a Perturbação de Pós Stresse Traumático (PTSD), que é visto como respostas tardia, ou continuada no tempo, a um evento traumático de elevada Gravidade.

Outras Perturbações também a considerar, são a Perturbação de Ajustamento, a reação depressiva breve, o que corresponde a um estado depressivo breve, a reação depressiva prolongada, caracterizada por um estado depressivo ligeiro, a reação mista ansiedade depressão, onde há um misto de sintomas de ansiedade e depressão.

Já no DSM-IV TR não existe nenhum capítulo específico para considerar a PTSD, estando enquadrada nas perturbações de ansiedade.

2.3 - PERTURBAÇÃO DE PÓS STRESSE TRAUMÁTICO (PTSD)

2.3.1 - Definição e Caracterização de PTSD

Os Manuais de diagnóstico DSM-IV-TR (1994) como a CID-10 (1993) descrevem a Perturbação de pós Stresse traumático (PTSD), com um padrão de sintomas que podem surgir e ser apresentados em pessoas que sofreram um evento(s) traumático(s). A PTSD foi apresentada como entidade clínica com diagnóstico em 1980, com o surgimento do DSM-III (APA, 1980), porém a grande parte dos seus sintomas já tinha sido anteriormente reconhecidos e descritos com nomes diferentes, como, neurose, neurose traumática, neurose de guerra, fadiga batalha (Miguel-Tobal, Gonzalez & Ortega, 2000). Como pode ser observado pelos diferentes nomes dados aos sintomas que constituem PTSD, verifica-se facilmente que os seus critérios provinham em grande parte de ex-combatentes de guerra.

De algum tempo a esta parte, a PTSD tem sido aplicada no seu diagnóstico, a um vasto número de eventos traumáticos, que vão desde as vítimas de crime, estupro, abuso sexual de crianças, abuso físico, acidentes, tortura e vítimas de catástrofes naturais ou causadas pelo homem (Astin & Resick, 1997). Ou ainda (Moore,1993) em situações de intervenções cirúrgicas, perdas massivas, ataques por animais, situações de quase afogamento, maus tratos ou interrupção da gravidez

Parece ser possível a tentativa de explicação do motivo pelo qual, tantas situações distintas, poderem ter respostas semelhantes no que respeita à apresentação de sinais e sintomas, através da explicação da origem da palavra trauma que provem do grego e que significa “ferida, choque contra o sistema” (Everstine & Everstine, 1993, p.3).

2.3.2 - Definição da PTSD nas classificações internacionais de diagnóstico

Enquadramento teórico

Deve-se, obviamente, ter em conta a definição da PTSD de acordo com os dois principais manuais de diagnóstico.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, na sua quarta revisão (DSM-IV-TR), a PTSD ocorre quando uma pessoa tenha experimentado, testemunhado ou teve conhecimento por pessoas próximas, a existência de eventos como agressão física, ameaça à vida ou à sua integridade física ou de outra pessoa, e também quando a reação emocional experimentada envolve uma resposta de medo intenso, impotência ou horror.

Sendo este o primeiro critério para o diagnóstico da PTSD, o critério A, em que a pessoa foi exposta a um acontecimento traumático em que ambas as condições seguintes estiveram presentes:

1 – A pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros;

2 – A resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de desproteção ou horror.

A ênfase é colocada sobre a ameaça física e na presença de uma clara percepção de ameaça grave, resultante da mesma.

O critério B é caracterizado pelo re-experienciar do acontecimento de modo persistente de um (ou mais) dos seguintes modos:

1 – lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento que incluem imagens, pensamentos ou percepções. Nota: em crianças muito novas podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspectos do acontecimento traumático são expressos;

2 – sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento. Nota: em crianças podem existir sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível;

3 – atuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a decorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões,

Enquadramento teórico

alucinações e episódios de *flashback* dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado).

4 – mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático;

5 – reatividade biológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático.

No que respeita ao critério C este caracteriza-se pelo Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reatividade geral (ausente antes do trauma), indicada por 3 (ou mais) dos seguintes itens:

1 – esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma;

2 – esforços para evitar atividades, lugares ou pessoas que desencadeiam lembranças do trauma;

3 – incapacidade para lembrar aspetos importantes do trauma;

4 – interesse ou participação em atividades significativas fortemente diminuídas;

5 – sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros;

6 – gama de afetos restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros);

7 – expectativas encurtadas em relação ao futuro (por exemplo, não esperar ter uma carreira, casar, ter filhos ou um desenvolvimento normal de vida).

Para o critério D Sintomas persistentes de aumento de ativação (ausentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes itens:

1 – dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir;

2 – irritabilidade ou acessos de cólera;

3 – dificuldade de concentração;

4 – hipervigilância;

5 – resposta de alarme exagerada.

Enquadramento teórico

No critério E considera-se a Duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) superior a 1 mês.

Por último o Critério F refere que a perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante.

De acordo Creamer (2000) o critério B parece ser o mais importante, uma vez que marca a diferença da PTSD de outras perturbações, e refere a presença de pelo menos um sintoma de re-experimentação, através de um reviver intenso da experiência traumática sofrida através de memórias, *flashbacks* intrusivos e pesadelos.

O critério C refere a presença de pelo menos três sintomas de evitação. A fuga de lugares ou situações associadas ao evento traumático, de modo a entrar num distanciamento psicológico e emocional do trauma, a tentação de evitar sempre o re-experimentar do evento traumático.

Como pode ser analisado, comparando as diferentes versões e atualizações da DSM, os sintomas para o diagnóstico de PTSD também sofreram alterações. No DSM-III, existiam como grupos de sintomáticos no critério B o Re-experienciar, o embotamento afetivo no critério C e no critério D a hipervigilância. Já eram considerados os sentimentos de culpa e o evitar das atividades que pudessem fazer recordar o acontecimento traumático. Numa fase posterior com o DSM-III-R, verificou-se uma reestruturação dos grupos sintomáticos, continuando a ênfase no critério B re-experienciar, a evitação no C e no critério D sintomas embotamento afetivo e hipervigilância.

A última versão do DSM (IV TR), considera a presença desses mesmos sintomas, referindo que estes se devem prolongar durante pelo menos um mês após o evento traumático, devendo causar desconforto e um mal-estar clinicamente significativo, deterioração nas áreas de atividade pessoal, e nos casos mais flagrantes, atividade profissional e na sua vida social.

A PTSD pode ser especificada em:

Aguda: quando a duração dos sintomas é inferior a 3 meses.

Cronica: se a duração dos sintomas é igual ou superior a três meses.

Enquadramento teórico

Pode ainda especificar-se como:

Com Início Dilatado: Se o aparecimento dos sintomas ocorre, pelo menos, seis meses após o acontecimento stressor "(APA, 2002, p 468-469).

Serra (2003) postulou que a limitação de tempo é própria do evento traumático, mas não invalida a recorrência da exposição das manifestações descritas, as quais não apresentam nenhuma limitação temporal no reavivar da situação ocorrida.

Para o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), encontramos considerada a PTSD como uma resposta tardia ou atrasada a um evento stressante ou uma situação excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, causadora de mal-estar generalizado praticamente em qualquer pessoa. Considera como principais sintomas de diagnóstico, os seguintes, o experienciar de uma situação traumática, memórias e / ou representações do evento, sob a forma de memórias ou imagens durante o período de vigília do sono; evitação de situações e circunstâncias que façam recordar o trauma, amnésia de alguns aspetos particularmente importante da situação experienciada, hiperactividade neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insónia, associadas frequentemente a uma ansiedade, depressão ou ideação suicida (WHO, 1992, 1993).

Critérios de diagnóstico da Perturbação de Pós Stresse Traumático na CDI-10:

A. O paciente esteve exposto a um acontecimento stressante ou a uma situação (tanto grave como prolongada) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, que pode causar intenso desconforto em quase todos os indivíduos.

B. Memória continua ou lembrança do acontecimento stressante como memórias dissociativas (flashbacks), sonhos recorrentes ou sensação de mal-estar quando exposto a situações semelhantes ou relacionadas com o stressor.

C. Evitação de circunstâncias parecidas ou relacionadas com o agente stressor (não presente antes da exposição ao mesmo).

D. Um dos seguintes dois:

1) Incapacidade para recordar parcial ou completamente, aspetos

Enquadramento teórico

importantes durante o período de exposição ao agente stressante.

2) Sintomas persistentes de hipersensibilidade psicológica e ativação (ausentes antes da exposição ao stressor) revelando, pelo menos, dois dos seguintes sintomas:

a) Problema em adormecer ou manter o sono.

b) Irritabilidade.

c) Dificuldade de concentração.

d) Distração fácil.

e) Resposta de alarme e Segurança exageradas.

E. Os critérios B, C e D são apresentados nos seis meses posteriores ao acontecimento stressante ou no final do período stressante (início atrasado mais de 6 meses, podem ser incluídos, em circunstâncias especiais, o qual deve ser claramente indicado).

2.3.3 - Prevalência da Perturbação de Pós Stresse Traumático

Nem todas as vítimas de acontecimentos traumáticos desenvolvem PTSD, acontece em cerca de 25% das mesmas (Echeburúa & Corral, 1997; Hidalgo & Davidson, 2000; Valentim, 2003). Fala-se de uma prevalência global da PTSD de cerca de 8%, num estudo feito com base em entrevistas com uma amostra nacional representativa de 8.098 norte-americanos com idades entre 15 a 54 anos (Kessler, R. et al, 1995), considerando que, em Portugal um Estudo Albuquerque et al (2003), foi referida a existência de 7,8%.

Em estudos com população de risco os dados de prevalência variam sendo os seus resultados mais elevados, entre um terço e a mais da metade das pessoas que já vivenciaram um acontecimento traumático, como exemplo violação, guerra, risco profissionais ou genocídio, o que sugere que a perturbação pode ser especialmente grave ou de longa duração quando o stressor são outros seres humanos (APA, 2000).

Segundo um estudo de Arriaga et al. (2006), realizado numa população de 81 Enfermeiros de Serviços de Urgência de três hospitais da Região Alentejo (Portalegre, Évora e Elvas), a prevalência de sintomatologia de

Enquadramento teórico

PTSD em enfermeiros de serviços de urgência apresentam valores de aproximadamente 32%.

Os mesmos autores realizaram um estudo com Bombeiros Portugueses tendo encontrado valores de PTSD de cerca de 30%. Os mesmos autores numa segunda aplicação, do estudo na mesma população verificaram que os valores desceram para cerca de 12,8%.

2.3.4 - Evolução da Perturbação de Pós Stresse Traumático

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), pode-se verificar que a PTSD pode iniciar-se em qualquer idade e ser de evolução variável. Podem ser verificados quadros clínicos como a PTSD agudo, cuja duração é inferior a três meses, ou a PTSD crónica com duração superior a três meses e a PTSD de início tardio que aparece depois de 6 meses, ou mais, de se ter vivenciado o acontecimento traumático. Os sintomas podem sofrer também grandes variações, sendo que aproximadamente na metade dos casos, a recuperação dá-se durante os primeiros três meses, sendo que noutras ocasiões os sintomas persistem depois de mais de um ano após o acontecimento traumático (APA, 1994, 2000). Rothbaum, et al, (1992) referem também num estudo com vítimas de abuso sexual um decréscimo da prevalência da PTSD que passou dos 94% na avaliação inicial para os 42% seis meses depois.

A PTSD crónica parece ser a forma mais comum da perturbação e, em contraste, a PTSD de início dilatado é a forma que se apresenta em menos situações (Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002). Um exemplo de PTSD crónico é o que usualmente é desenvolvido pelas vítimas de agressão sexual, nas quais só cerca de 20% não mostra nenhum sintoma um ano depois da agressão (Echeburúa & Corral,1995).

2.3.5 - Factores de risco na Perturbação de Pós Stresse Traumático

O facto de se reconhecer que nem todas as pessoas expostas a um trauma

Enquadramento teórico

desenvolvem PTSD ou outras perturbações, leva a que se considerem os fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de psicopatologias perante o evento traumático.

A duração, intensidade e proximidade da exposição ao acontecimento traumático constituem alguns dos fatores mais relevantes para determinar a possibilidade do desenvolvimento da PTSD.

Um acontecimento traumático não é condição para o desenvolvimento da PTSD, porém as situações de tensão e ansiedade repetida são vistas como indutoras deste tipo de perturbação.

Subjacente a um quadro clínico estão presentes variáveis determinantes de todo o processo implicando não só os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento direto do quadro clínico, mas também os fatores protetores que dizem respeito aos vários tipos de apoios.

Aos fatores de risco estão associados alguns fatores como:

- . Fatores Socio-demográficos;
- Fatores de risco relacionados com o indivíduo;
- Fatores de risco relacionados com o evento;
- Fatores de risco pós evento.

Um dos mais importantes indicadores, e que se revela como um dos principais fatores de risco para o desenvolver da perturbação é com toda a certeza a exposição ao trauma. Em muitos casos esta exposição ao evento traumático pode ser repetida e cumulativa (e.g. bombeiros, pessoal emergência pré hospitalar), sendo ainda de importante relevância, como já referido, o tipo de evento e a gravidade percebida do acontecimento traumático (Jaycox & Foa, 1996).

As características como o apoio social, história familiar, traços de personalidade (Arriaga et al. 2006) e as Perturbações preexistentes, podem ser preponderantes no surgimento da perturbação (APA, 2000).

Também Hidalgo & Davidson (2000), apresentaram diversos fatores de risco, para o desenvolvimento da PTSD. Tendo referenciado, o género (os homens tem um risco maior de viver um acontecimento traumático), a idade (o risco de viver acontecimento traumático diminui à medida que se avança na idade), história familiar de perturbação psiquiátrica e a

Enquadramento teórico

exposição anterior a eventos traumáticos, as mulheres têm mais risco que os homens de desenvolver *PTSD* (Arriaga et al, 2006), entre a personalidade e a história psiquiátrica há uma associação forte entre a *PTSD* e problemas psiquiátricos e o tipo de trauma, sendo a violação o evento mais provável de originar *PTSD* (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock & Walsh, 1992; cit. Maia e Fernandes, in press).

Brewin, Andrews & Valentine (2000), na sua investigação sobre fatores de risco e preditores de *PTSD*, identificaram três fatores de risco potenciadores de *PTSD*, cujo potencial desencadeador da Perturbação vai de pequeno a moderado, e que foram:

- a) Severidade do trauma,
- b) Falta de apoio social, e
- c) Nível de stresse habitual.

2.3.6 - Modelos Psicobiológicos da Perturbação de Pós Stresse Traumático

Muitos são os modelos desenvolvidos para explicar a Perturbação de Pós Stresse Traumático, sendo que seguidamente se apresentam alguns dos que se consideram como dos mais importantes e aceites enquanto modelos explicativos. Pode-se verificar uma grande evolução nos aspetos comportamentais mas também na integração e consideração de aspetos biológicos e cognitivos.

Com o evoluir das novas tecnologia, permitiu-se um forte avanço na neurofisiologia e neuropsicologia, o que certamente num futuro próximo fará com que a compreensão no que respeita ao funcionamento cerebral do ser humano, e obviamente os modelos existentes se irão modificando e aprofundando em função dessa mesma evolução.

A Teoria da aprendizagem.

Astin & Resick (1997) desenvolveram a referida teoria considerando que a *PTSD* se pode explicar através da teoria do condicionamento clássico e condicionamento operante. Afirmam que através do condicionamento

Enquadramento teórico

clássico se pode explicar o desenvolvimento dos sintomas da PTSD, particularmente os sintomas de ativação e mal-estar. Consideram que o trauma será o estímulo incondicionado que provocaria um medo extremo, a resposta incondicionada. O trauma Estímulo incondicionado associa-se com o recordar do trauma e com outros estímulos que se encontrem presentes no momento do evento traumático, sendo que estes se vão converter em estímulos condicionados. Desse modo, ao recordar o trauma, vão também ser recordados os estímulos associados a este o que levará a que estes estímulos voltem a estar presentes. Assim sendo a presença destes ou da recordação, estímulo condicionado, provoca um temor extremo que se vai converter na resposta condicionada.

É pela generalização dos estímulos e do condicionamento de segunda ordem, (recordação do trauma, sinais associados com a memória e estímulos neutros que se vão evocar os estímulos desencadeadores), vão se converter em estímulos condicionados que provocam medo intenso, a resposta condicionada.

Entre outras críticas, este Modelo foi criticado por não considerar as variáveis da pessoa e não ter respostas para a compreensão e adaptação dos processos adotados pela vítima (Koss & Burkhart, 1989; cit. Valentine, 2003).

A teoria do processamento emocional

A Teoria desenvolveu-se com a aplicação da teoria das estruturas de medo de Lang, Foa et al. (Foa et al. 1991; Foa, Zinbarg & Rothbaum, 1992). O desenvolvimento está sustentado na teoria do processamento emocional da informação que postula um centrar na formação de uma rede de medo na memória de longo prazo. A referida rede contém informação sobre o evento traumático, informação sobre a reação fisiológica, comportamental e cognitiva ao evento traumático, e também informação que associa as duas anteriores entre si. Sendo que qualquer chave, estímulo associado ao trauma, poderia ativar a rede de medo.

Deste modo a informação presente na rede entra na consciência, construindo e provocando os sintomas intrusivos da PTSD. Os sintomas

Enquadramento teórico

de evitação da perturbação são tentativas para evitar e suprimir a ativação da rede.

Este modelo salienta as memórias intrusivas e as memórias persistentes relacionadas com o acontecimento traumático, a exposição cumulativa das situações reminiscentes, a ativação de padrões emocionais relacionados com o trauma e a generalização da experiência em termos de responsividade, a perda de capacidade de formar as respostas fisiológicas (dificuldade em utilizar sinais fisiológicos como guias), problemas de atenção, ou distractibilidade fácil e a dificuldade em discriminar estímulos e finalmente as alterações nos mecanismos psicológicos de defesa e de identidade pessoal (Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996).

Modelo neurobiológico da PTSD de Bremner (2000).

O modelo, seguidamente descrito, apresenta e integra a mais recente informação neurobiológica conhecida sobre a PTSD.

Bremner (2000) considera distintas áreas cerebrais que são responsáveis pela resposta ao stresse, considerando-se a amígdala, o hipocampo, o córtex cerebral, o córtex medial e orbitofrontal e o tronco cerebral. Estas estruturas apresentadas interrelacionam-se funcionalmente sendo a base para os sistemas neuroquímicos implicados no que concerne á resposta ao stresse.

O surgimento dos sintomas característicos da PTSD, são resultado de alterações funcionais e estruturais das regiões cerebrais apresentadas.

É importante referir o sistema noradrenergico, situado principalmente no locus coeruleus do tronco cerebral, que tem ligações importantes na amígdala, hipocampo e hipotálamo, tem um importante papel na resposta ao stresse, devido ao facto de os stressores incrementarem a atividade das células noradrenérgicas, libertando desse modo norepinefrina (NE) no cérebro provocando o aumento do nível de vigilância e de resposta dos organismos. O sistema noradrenérgico é de forma parcial, responsável pela hiperactividade simpática, que leva a respostas como aumento da pressão sanguínea e ritmo cardíaco, condutância da pele,

Enquadramento teórico

sudorese, irritabilidade, náuseas, entre outros, perante situações críticas ou eventos traumáticos.

É sabido que a exposição contínua e/ou a re-exposição, a stressores produz uma maior libertação de norepinefrina e dopamina do que em indivíduos “normais”, e uma sensibilização da resposta noradrenérgica, sendo que este fenómeno poderá explicar a vulnerabilidade neurobiológica à Perturbação de Pós Stresse Traumático.

O facto de libertação da Corticotropina (CRF) do eixo Hipofisocortico-suprarrenal (HCA) é também um importante sistema de resposta ao stresse. A libertação de glucocorticoides (e.g. cortisol), é regulado pela hormona adrenocorticotropa (ACTH) controlada esta pela hipófise, que se relaciona com a exposição a eventos stressantes.

O CRF referido atrás, está em varias áreas cerebrais, no núcleo central da amígdala, no hipocampo, no córtex cingulado e central locus coeruleus, no tálamo, na zona cinzenta periacueductal, sendo que todas estas áreas têm importante papel na resposta ao stresse.

A exposição moderada a stressores graves, vai ter efeitos a longo prazo no sistema CRF/HCA já que vai haver um aumento na libertação de glucocorticoides nos stressores que vão ocorrer depois. É também conhecido o efeito a longo prazo, que os indivíduos com PTSD apresentam um elevado nível de cortisol especialmente alto em fases agudas.

O sistema Opióide-endógeno, é outro sistema neuroquímico relacionado com a PTSD. É este sistema com a libertação de substâncias opiáceas endógenas que permite o fenómeno da redução da dor sentida, perante uma situação ou evento traumático (analgesia induzida pelo stresse). A resposta ao stresse favorece de algum modo a libertação de péptidos opiáceos no cérebro promovendo a analgesia e redução da atividade celular noradrenérgica do locus coeruleus, promovendo assim a redução de sintomas de hiperactivação, ao passo que, no stresse crónico há alterações neste sistema, com diminuição de Beta-enkefalinas no fluido cerebrospinal e diminuição na concentração de benzodiazepinas no córtex frontal.

2.4 - COMORBILIDADE

A PTSD apresenta uma elevada taxa de comorbilidade com outras condições a nível psiquiátrico, existindo porém alguns aspetos controversos como o porque do surgimento de outras patologias, se estas surgem por si, ou como resposta ou estratégia de *coping* mal adaptativa à PTSD.

Podemos encontrar vários estudos que nos revelam importantes informações relativamente a este ponto.

Os estudos epidemiológicos (Resick, 2000), revelam que a prevalência comorbidas de outras patologias com a PTSD na população geral é de aproximadamente 53% a 68% para a depressão e de uns 53% a 83% para o abuso no consumo de substâncias. Para as populações de risco, (e.g. Bombeiros, agentes Proteção civil, técnicos de Saúde), a comorbilidade mais frequente é o abuso de substâncias (73%), a depressão *major* (26%) e a distímia (21%) (Kulka et al., 1990). Uma outra investigação de McFarlane e Papay (1992), realizada com Bombeiros, verificou que 51% dos indivíduos que apresentavam PTSD também tinham associado perturbação depressivo major, perturbação da ansiedade generalizada (39%), pânico (37%) e fobias (33%).

Em Bombeiros, verificou que 51% dos indivíduos que apresentavam PTSD também tinham associado perturbação depressivo major, perturbação da ansiedade generalizada (39%), pânico (37%) e fobias (33%).

Segundo Foa, (et al., 1999, cit in Vaz Serra, 2003), a dependência e o abuso de drogas ilícitas, a depressão major, a perturbação de pânico, a agorafobia, a perturbação obsessivo-compulsivo, ansiedade generalizada e a fobia social são os quadros clínicos que se apresentam com uma maior frequência.

O risco de suicídio é também maior em indivíduos com PTSD (Kessler et al 1995, cit in Filho e Sougey, 2001) cerca de seis a oito vezes mais que em indivíduos sem PTSD.

2.5 - STRESSE E EXPOSIÇÃO AO TRAUMA

O stresse é muitas vezes definido como um estado de excitação cognitivo, emocional e físico. Sendo este estado de ativação, como já vimos, causado pela exposição a alguma situação real ou percebida ou a um dado estímulo do ambiente.

Pode ser referido que o conceito de Stress é composto por 3 componentes distintas mas interligadas, como a situação causadora de Stress, as modificações produzidas pelo Stress e o comportamento resultante da situação de Stresse (Kendler, 1998)

É sabido que o stresse é essencial para uma boa adaptação e ajustamento, naquilo a que se considera uma vida saudável, porém a existência deste de forma descontrolada pode ser, como referido por alguns autores, uma poderosa força destrutiva (Mitchell, 2003).

O Stresse pode ainda ser dividido, de uma forma simples em duas componentes distintas, o Eustresse e o Distresse (Claney e Mcvicar, 1994; Schmitt, 1997).

O Eustresse prende-se com os Fatores de Stress do dia-a-dia, é considerado como o Stresse positivo que visa a mobiliza energias, gera motivações, eleva os níveis de vigilância, facilita a adaptação, conduz à ação e ao auto-desenvolvimento.

O Distresse é considerado como o Stresse negativo, implica sofrimento e causa muitas vezes, insatisfação, ansiedade, inibe e desorganiza o individuo e priva-o de um relacionamento harmónico com o ambiente que o rodeia.

Importa referir que podem ser ainda considerados quatro tipos de Stresse distintos, como o Stresse dos acontecimentos diários, o Stresse Cumulativo, o Stresse dos incidentes críticos e o pós Stresse traumático, sendo considerados como respostas normais aos desafios colocados, o Stresse relacionado com os acontecimentos diários e o Stresse dos

Enquadramento teórico

incidentes críticos, como resposta normal a uma situação que não o é (Mitchell, 2003).

É então perceptível que os fatores de stresse podem variar amplamente quanto à sua natureza, abrangendo desde componentes emocionais, até às componentes de origem ambiental, biológica e física.

Para estabelecer um amplo quadro histórico sobre o Stresse, a PTSD e o Trauma, deve notar-se que a visão original de Freud de neuroses era um paradigma pós-traumático, que era conhecido nos círculos psicanalíticos como "Teoria da Sedução". Nesta formulação inicial teórica e clínica indicou que, quando Freud se reportava ao desenvolvimento infantil, referia uma série de experiências traumáticas ou eventos críticos que podem ser profundamente perturbadores para um indivíduo (Brett, 1993). Como resultado do grau de ameaça experimentado para o ego e a ansiedade posterior experimentada, a vítima geralmente usa, segundo Freud, a regressão como uma defesa do ego para remover lembranças desagradáveis e emoções causadas pelo evento traumático (Wilson, 1994).

Em 1980, a Associação Americana de Psiquiatria acrescentou a PTSD, na terceira edição de seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (DSM-III), enquanto quadro nosológico no esquema de classificação. Embora controverso quando introduzido pela primeira vez, o diagnóstico de PTSD foi preencher uma lacuna importante na teoria e na prática psiquiátrica. A partir de uma perspetiva histórica, a mudança significativa anunciada pelo conceito PTSD foi o considerar de que, o agente etiológico estava fora do indivíduo, em vez de uma fraqueza inerente individual, ou seja, uma neurose traumática. Ficando desta forma o conceito de Trauma, a ter um preponderante papel para o entendimento e base científica da PTSD.

Tal como acontece com a Perturbação Pós Stresse traumático, também a perturbação aguda de stresse (ASD) surge como entidade clínica reconhecida no DSM IV TR (2002), percorrendo um longo caminho na tentativa de explicar alguns quadros. Tanto a PTSD como a

Enquadramento teórico

perturbação aguda de stresse (ASD) são duas condições, entidades clínicas, que podem ser causadas pelo fato de ter vivido ou testemunhado algum tipo de trauma emocional. Para muitos, a PTSD e a ASD são a resposta natural do corpo a uma situação anormal. Há duas diferenças importantes entre ASD e a PTSD. Uma delas é que a ASD é considerada num momento mais imediato, a resposta de curto prazo para o trauma que dura entre dois dias e quatro semanas, após o acontecimento (APA, 2002). Se os sintomas ASD persistir por mais de um mês, em seguida, PTSD pode ser diagnosticada. A outra diferença notável é que ASD é mais associada a sintomas dissociativos, que podem incluir re-experimentação, amnésia temporária ou "amnésia dissociativa," despersonalização (sentimento de separação da experiência traumática), mal-estar que perturbe significativamente o funcionamento adaptado e de realização, tudo o que rodeia a pessoa parece estranho, desconhecido.

A perturbação aguda de stress é então uma entidade clínica presente na DSM IV, que implica sempre que a pessoa tenha sido exposta a evento(s) traumático(s), que tenha vivenciado um acontecimento que desencadeou uma resposta de medo intenso, em quem vivenciou, presenciou ou que foi confrontado com situações que ameaçaram a própria vida ou ferimentos.

Um elemento importante tem sido a relevância dada à dissociação, em termos de interesse na investigação. Surgiram dois tipos de modelos explicativos. Um onde é considerado que o evitamento cognitivo vai impedir o processamento emocional e a recuperação do trauma (van der Kolk & van der Hart, 1989; cit in. McNally et al, 2003), e um outro modelo segundo o qual o evitamento cognitivo tem uma função protetora que visa o atenuar do impacto emocional do trauma aquando da ocorrência do mesmo durante a experiência traumática (Horowitz, 1986, cit in. McNally, Bryant & Ehlers, 2003).

Importa ainda referir que para além da ASD, uma série de outros fatores de risco foram encontrados como preditores de PTSD. Estes incluem o género, história de trauma anterior, história psiquiátrica

anterior, a gravidade do trauma, risco de vida percebida, dissociação peri-traumática, e diminuição do apoio social (Brewin 2000; Ozer, 2003). Sendo então estes fatores importantes indicadores a considerar perante uma situação de crise.

2.6 - INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SITUAÇÕES DE CRISE

Diferentes acontecimentos como acidentes, desastres naturais, guerras ou ataques terroristas, ou outras situações de catástrofe, têm realçado a importância e a necessidade da presença da Saúde Mental no que diz respeito à intervenção em situações de Catástrofe, Crise e Emergência.

2.6.1 - Contextos de Intervenção Psicossocial

Antes de mais importa definir alguns conceitos fundamentais para a percepção do campo e *setting* de atuação desta área. É usual definir desastre como “... an occurrence that causes damage, ecological disruption, loss of human life, deterioration of health and health services on a scale sufficient to warrant an extraordinary response from outside the affected community area (World Health Organization, 1998)” ou ainda como “Any event, typically occurring suddenly, that causes damage, ecological disruption, loss of human life, deterioration of health and health services and which exceeds the capacity of the affected community on a scale sufficient to require outside assistance” (Landesman, 2004).

Um elemento comum a cada uma das definições de desastres anteriormente referidas é o desequilíbrio entre as novas exigências

Enquadramento teórico

causadas pelo desastre e as capacidades resilientes da comunidade afetada para responder. O que tem levado os especialistas em desastres a propor uma hierarquia para descrever os incidentes críticos: emergência, desastre e catástrofe (Quarantelli, 2006).

Tabela 2.2. Designação dos diferentes tipos de acidentes

Crise:	Capacidade de resposta excede as exigências do evento, sendo possível a resposta
Emergência:	Capacidade de resposta é posta em causa, sendo os recursos locais capazes de lidar com as exigências
Desastre:	Exigências excedem a capacidade, sendo necessário apoio externo
Catástrofe:	Exigências excedem largamente e destrói a capacidade local de resposta, criando uma quase dependência de Apoio externo.

Adaptado (Quarantelli, 2006)

Alguns estudos estimam que 90% dos adultos americanos serão confrontados em alguma altura da sua vida por um acontecimento traumático (Everly & Mitchell, 1993), pensando-se que estes valores serão aproximados para diferentes realidades, como a Portuguesa.

Após os eventos potencialmente traumáticos, a maioria das pessoas que foram afetadas recupera por si própria. Mas um número considerável de pessoas afetadas pelo evento desenvolvem a longo prazo no pós desastre/acontecimento crítico, problemas de saúde mental e / ou perturbações mentais (Norris et al 2002). Sendo que, como já foi referido, o risco de desenvolver PTSD após um evento stressante durante a vida varia de cerca de 2% depois de um acidente de viação a cerca de 54% após o vivenciar de um sequestro ou rapto com violência (Breslau et al 1998).

A importância da Intervenção Psicossocial na Crise tem sido confirmada em vários estudos (Raphael, 1986; Everly, 1999). Podemos afirmar então que este não é um conceito novo no que respeita à prestação de cuidados psicológicos imediatos às vítimas de trauma.

Enquadramento teórico

As estratégias de intervenção estão bem documentadas, no que respeita ao apoio Psicossocial em situações de crise, como é exemplo as tentativas de oferecer ajuda psicológica para o ‘shell-shocked’ que era apresentado pelos combatentes da Primeira Guerra Mundial, através dos princípios da "PIE": proximidade (apoio ao indivíduo, perto da linha de frente); imediatismo (apoio imediato ao indivíduo) e expectativa (esperar que o indivíduo seja capaz de retomar funções de combate) (Kardiner & Spiegel, 1947).

O compromisso com a “forward psychiatry” continuou inclusivamente durante e após a Segunda Guerra Mundial.

Mais tarde, num outro conceito e com uma abordagem não ligada ao contexto de guerra, Lindemann (1944) realizou um estudo de acompanhamento aos sobreviventes e familiares de um incêndio em Boston, *Coconut Grove* em 1942, em que aproximadamente de 500 pessoas morreram. Tendo os seus resultados sugerido que o apoio psicológico precoce/imediato após o evento crítico tem efeitos significativos e duradouros, no bem-estar Psicológico do indivíduo e na prevenção de possíveis problemas psicopatológicos.

Ao abordar o conceito de intervenção na crise, revela-se como fundamental referir Caplan (1964), cujos princípios terapêuticos e preventivos desenvolvidos têm sido referência para o desenvolvimento de outros modos de intervenção, incluindo o *critical incident stress management* (CISM; Everly & Mitchell, 1997).

Verifica-se que autores têm criticado a efetividade de alguns dos modelos existentes (Wessely et al, 1998; Raphael & Wilson, 2000; Everly, 2001), o que tem gerado alguma controvérsia sobre algumas formas de intervenção, mas que levaram ao enfoque e interesse renovado pelos designados de *Psychological First Aid*, (Raphael, 1986) sobretudo para utilização com a chamada população civil.

2.6.2 - O conceito de Intervenção Psicossocial em Situações de Catástrofe, Crise e Emergência

O termo psicossocial é utilizado para enfatizar a ligação estreita entre os aspetos psicológicos da experiência humana e da experiência social.

São considerados os efeitos psicológicos como aqueles que interferem em diferentes níveis de funcionamento como cognitivo, emocionais, e comportamentais. Já os efeitos sociais, prendem-se com as redes de apoio familiar e social, as questões culturais e variáveis como o status económico.

A intervenção no âmbito psicossocial, é baseada no pressuposto de que para um bem-estar global da pessoa, é necessária a combinação de vários fatores psicossociais. O enfoque é então direcionado não para fatores isolados, físico e psicológico, mas para todas as características interpessoais das pessoas, como o contexto, redes comunitárias e sociais em que se inserem (IASC, 2007).

O apoio, ou intervenção Psicossocial é muitas vezes descrito como um “... process of facilitating resilience within individuals, families and communities” [enabling families to bounce back from the impact of crises and helping them to deal with such events in the future]. By respecting the independence, dignity and coping mechanisms of individuals and communities, psychosocial support promotes the restoration of social cohesion and infrastructure” (IFRC, 2009).

Pode então dizer-se que o Apoio Psicossocial ajuda as pessoas a recuperar depois de um evento crítico que tenha surgido na sua vida. Podendo este ser considerado de forma preventiva ou curativa. Preventiva quando se diminui o risco de desenvolver problemas de saúde mental, e curativo quando ajuda os indivíduos e as comunidades a superar e lidar com os problemas psicossociais que possam ter surgido a partir do choque e dos efeitos provocados pelo evento crítico.

Enquadramento teórico

O Apoio Psicossocial às pessoas afetadas por eventos críticos com base no modelo de *Time Course of Traumatic Stress* (Fischer & Riedesser, 2003), refere que as fases devem ser analisadas separadamente, com as fases do trauma (1) reação traumática (2) (fase de choque) e de *coping* e reações pós evento (3). Um processo traumático surge se a recuperação na transição para a fase de pós evento, falhar de forma permanente. Isto inclui, por exemplo, o desenvolvimento da PTSD.

Estes dois aspetos de Apoio Psicossocial contribuem para a construção da resiliência para o possível surgimento de novas crises ou outras circunstâncias de vida difíceis.

O Apoio Psicossocial constrói então recursos internos e externos para o lidar com a adversidade visando ainda o aumento da resiliência.

Todas as pessoas necessitam de Apoio Psicossocial para seu bem-estar psicológico e emocional, assim como para o seu desenvolvimento físico e mental. A necessidade de um Apoio Psicossocial específico adicional pode surgir após a exposição a um evento potencialmente traumático (Thurman, 2012).

Há um consenso alargado de que devem existir intervenções psicossociais no imediato, após o evento, de forma a garantir o bem-estar psicológico das pessoas afetadas e prevenir a psicopatologia. Em termos mais específicos, há um consenso de que as primeiras intervenções psicossociais devem atingir os seguintes objetivos:

- Promover a recuperação natural e a utilização de fontes naturais de ajuda;
- Identificar as pessoas afetadas que precisam de apoio psicológico;
- Se necessário, referenciar e tratar as pessoas afetadas que precisam de ajuda psicológica aguda. (Impact, 2007)

2.6.3 - Diferenças Psicologia Convencional Vs Intervenção na Crise

Intervenção na crise difere da psicologia convencional num vasto número de fatores como o fato de que é muito mais sensível a questões como o tempo e requer uma postura mais diretiva pelo interveniente. Aquando de uma situação com pessoas em crise geralmente, o sentimento é de sobrecarga emocional e incapacidade de lidar, com as estratégias usuais, com a situação ocorrida.

Muitas vezes os sinais e sintomas apresentados são de confusão, choque, labilidade emocional, agitação, agressividade ou tristeza inconsolável (Roberts, 2000).

É fundamental ter em conta uma preocupação comum, relacionada com o “potencial de letalidade” das pessoas a acompanhar não só no que diz respeito a questões como o suicídio como também qualquer outra situação que possa por em risco outras pessoas ou bens.

Assim, é compreensível que para o intervir em crise, muitas vezes é necessário o adotar uma posição firme e diretiva, visando proporcionar à pessoa a acompanhar uma percepção de apoio efetivo.

A intervenção na crise, visa então que o interveniente seja capaz de modelar um processo deliberativo de enfrentamento para o estabelecimento de metas, planeando e construindo (Abueg, Woods, & Watson, 2000).

Face a um evento de crise, catástrofe ou emergência, uma Intervenção Psicossocial em Crise vai ter então como principais objetivos, o restabelecimento do sentimento de segurança, a redução do *distress* e sintomatologia da Reação Aguda de Stress (ASR), o desenvolver de uma percepção realista dos acontecimentos, visando sempre o restaurar do nível de funcionamento anterior ao incidente/evento, promovendo estratégias de resolução de problemas e estratégias de *coping* adaptativas através da mobilização de recursos pessoais e sociais.

Enquadramento teórico

Ainda como objetivos desta intervenção na crise e como já foi focado, a identificação de pessoas em risco de desenvolver Perturbação Aguda de Stress (ASD) e/ou prevenir o desenvolvimento da Perturbação de Pós Stresse Traumático (PTSD) assim como o minimizar o impacto do incidente crítico integrando-o na vida da pessoa.

A intervenção em crise comporta um conjunto de técnicas que visam o ajudar a pessoa em crise a recuperar, não só o seu estado emocional como a percepção de controlo sobre a situação focada no aqui e no agora.

Tabela 2.3.: Diferenças entre Psicologia Convencional e Intervenção Psicológica na Crise

	Psicologia Convencional	Intervenção em Crise
Contexto	Reparação, reconstrução e desenvolvimento	Prevenir, dissipar, restaurar
Timing	Posterior, longe do agente desencadeador da crise ou da descompensação psicológica	Imediato, próximo do agente desencadeador da crise ou da descompensação psicológica
Local	Ambiente seguro e calmo	Em qualquer local seguro próximo do incidente
Duração	O tempo necessário	4 Contactos
Papel do Terapeuta	Orientador, consulta	Ativo, diretivo
Focus	Presente, passado	Aqui e agora
Expectativas	Redução de sintomas, desenvolvimento pessoal, aconselhamento e colaboração	Apoio direcionado, redução de sintomas
Objetivos	Tratar psicopatologia, redução de dificuldade, desenvolvimento e reconstrução da vivência pessoal	Estabilizar, reduzir sintomas, retorno ao funcionamento anterior, referir ao nível seguinte de cuidados

Adaptado Everly & Mitchell (1999)

A Psicologia convencional difere então da Intervenção na Crise, em várias dimensões, sobretudo, lida com problemas já existentes, tem usualmente uma perspetiva terapêutica, lida com clientes ou pacientes, é realizada em consultório e visa o proporcionar um tratamento. Sendo que, por seu lado, a Intervenção na Crise, não é psicoterapia, nem a substitui, visa o apoio e prevenção e a resolução ou encaminhamento, o

restaurar o equilíbrio emocional e o retomar nível de funcionamento anterior à crise.

2.6.4 - Reações Inerentes a Situações de Crise Psicológica

O vivenciar de uma situação de crise leva a que, em muitas situações, os mecanismos normais de adaptação e de resolução de problemas, não tenham êxito, o que resultará num desequilíbrio psicológico, gerando sentimentos como a ansiedade ou o medo, bem como a diminuição do funcionamento adaptativo, “a crise psicológica” (Lazarus, R., 1999). Ou ainda como uma interrupção aguda, no processo de homeostasia psicológica, em que os mecanismos de *coping* falham levando a situações de distresse significativas (Roberts, 2000).

Desta forma é fácil compreender que as habituais estratégias de *coping*, usualmente utilizadas são na maioria destes casos insuficientes para que a resposta seja eficaz, levando inclusivamente a reações comportamentais, fisiológicas, cognitivas e emocionais “estranhas” ao indivíduo.

Sendo as seguintes, algumas das mais comuns respostas a um evento traumático.

Tabela 2.4: Reações ao evento traumático

Reações Emocionais	Reações Cognitivas
▪ Choque emocional	▪ Atenção dispersa
▪ Depressão	▪ Dificuldade de concentração
▪ Ansiedade / Pânico	▪ Dificuldade de tomada de decisão
▪ Culpa	▪ Baixa auto-eficácia
▪ Raiva	▪ Descrença
▪ Medo	▪ Negação
▪ Desespero	▪ Alteração da memória
▪ Irritabilidade	▪ Confusão

Enquadramento teórico

-
- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| ▪ Embotamento afetivo | ▪ Distorção |
| ▪ Sentimento de luto/pesar | ▪ Pensamentos intrusivos |
| ▪ Vulnerabilidade | ▪ Preocupação |
| | ▪ Dissociação |
-

Reações Físicas

- Hipertensão arterial
- Taquicardia
- Dificuldade respiratória
- Fadiga
- Insónia
- Hiper-alerta
- Queixas somáticas
- Náuseas
- Sede
- Alteração do apetite
- Arrepios e suores
- Vulnerabilidade á doença

Reações Comportamentais

- Luta ou fuga
- “Congelado ou imobilizado”
- Obediência automática
- Alienação
- Abandono de atividades
- Desconfiança
- Problemas no trabalho
- Conflito
- Agitação
- Externalização de sentimento de Vulnerabilidade
- Sentimento de rejeição

(adaptado, NSW, 2000; p. 28)

As reações apresentadas, apesar de aparentemente serem negativas, devem ser vista como resposta à situação vivenciada e não como, numa primeira abordagem, um sinal e sintoma patológico.

Uma revisão recente da literatura empírica da designada “disaster psychology” (Norris, Friedman, Watson, Byrne et al., 2002) realizou uma classificação dos resultados psicossociais de desastres em categorias:

- Específicos, problemas psicológicos, Perturbações com diagnóstico de acordo com o DSM (1994),
- Distresse não-específico, aumento dos sintomas associados à exposição ao stresse extremo,
- Problemas de saúde, como queixas somáticas e abuso de substâncias
- Perda de recursos psicossociais, a deterioração da resiliência e apoio social

Enquadramento teórico

- Problemas específicos, crianças e jovens, como ansiedade de separação, a regressão no estágio de desenvolvimento e problemas de comportamento.

Os mesmos autores relataram ainda, que uma ligeira maioria (51%) dos 160 estudos que analisaram reportavam dano psicológico moderado entre os sobreviventes de desastre, enquanto 39% desses estudos, relatavam grave dano Psicológico verificado nas populações ou amostras estudadas, sugerindo que o Apoio Psicossocial em situações de crise poderia beneficiar em muito as pessoas sujeitas ao evento crítico.

Importa também referir, que as pessoas afetadas por um qualquer incidente traumático, respondem muitas vezes de uma forma positiva, não só no respeitante aos seus recursos pessoais, em concreto a sua resiliência, mas também no apoio a outras pessoas envolvidas no evento.

Conhecidas que são as diferentes reações aos eventos ou situações traumáticas, que devem merecer toda a nossa atenção, e sabendo que uma importante percentagem de pessoas poderá inclusivamente desenvolver algumas perturbações, (Perturbação Aguda de Stresse ou Perturbação de Pós Stresse Traumático, com percentagens de prevalência entre os 8% a 9% da população (Kessler et al., 1995; Albuquerque et al., 2003) reveste-se de primordial importância a Intervenção Psicológica na Crise, contemplando todas as suas valências e técnicas de índole Psicossocial.

Podendo-se ainda referir que, na prevenção de distúrbios psicológicos, quanto mais cedo a vítima for abordada, diagnosticada e tratada, melhor será o prognóstico a longo prazo (Campfield & Hills, 2001). Desta forma parece fundamental que os técnicos com formação para trabalhar na primeira linha em situações de Crise, Catástrofe ou Emergência, devem ter particular atenção ao Apoio Psicossocial, com um particular enfoque nos Primeiros Socorros Psicológicos.

2.7 - Modelos de Intervenção Psicossocial para Situações de Crise, Emergência e Catástrofe - *Early Interventions*

Tem, ao longo do tempo, sido feita um paralelismo entre os primeiros socorros físicos e os primeiros socorros psicológicos, sendo que estes últimos se têm vindo a tornar um precioso recurso, não só no que respeita à abordagem à vítima ou familiares de vítimas, mas também aos técnicos envolvidos de forma direta ou indireta nos eventos críticos. Os procedimentos de atuação e intervenção na crise, deverão ser sempre suportados por uma atitude pró ativa direcionada para auxiliar o indivíduo na mobilização dos seus recursos de forma a lidar com a situação que vivenciou, sempre na tentativa de recuperar o estado emocional anterior.

Assim, tal como entendemos os primeiros socorros médicos (pré-hospitalar) são hoje entendidas como adequadas sob condições graves e complexas, as técnicas de intervenção Psicossocial na Crise a serem aplicadas, no sentido de preservar a saúde mental e prevenir o desenvolvimento ou exacerbação de psicopatologia.

Cada vez mais, se centra a atenção em modelos de intervenção (Brewin, 2003; Bisson et al, 2004; Ehlers, 2003a; Litz et al, 2002; Litz, 2004; Gray, 2005) cujo foco é nos esforços que devem ser focados em identificar aqueles com maior risco de desenvolvimento de problemas na sequência de um incidente traumático, direcionando os recursos e intervenções, principalmente, sobre estes (Brewin 2008).

2.7.1 Os Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) como Modelo de *early interventions*

Enquadramento teórico

Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) são uma abordagem com base em *evidence based* no sentido de prestar apoio no pós evento Crítico. Os PSP são então projetados para reduzir o sofrimento inicial causado pelo evento traumático e visam fomentar de forma breve o funcionamento adaptativo e de enfrentamento a longo prazo.

Os princípios e técnicas dos primeiros socorros psicológicos visam o cumprir de quatro normas básicas (Brymer et al, 2006):

1. Consistente com evidências de pesquisa sobre risco e resiliência após trauma
2. Aplicável nos designados teatros de operações (*on field*)
3. Adequado para os diferentes níveis de desenvolvimento em todo o ciclo de vida
4. Deve ter sempre em conta as questões Culturais e ser flexível na abordagem

Como já foi referido, também os Primeiros Socorros Psicológicos, não pressupõe que todos os sobreviventes/vítimas irão desenvolver graves problemas de saúde mental ou a dificuldades na sua recuperação, pós incidente. Em vez disso, baseia-se no entendimento de que os sobreviventes de desastres, e todas as outras vítimas (primárias, secundárias, terciárias, etc.) afetadas por tais eventos poderão experimentar uma grande variedade de reações iniciais (físicas, psicológicas, comportamentais, cognitivas). Sendo que algumas destas reações poderão causar desconforto e interferir com o processo adaptativo da pessoa e obviamente com a sua recuperação.

A analogia, já referida, entre os primeiros socorros físicos e a intervenção Psicossocial imediata no pós evento crítico, deve ser entendida tendo sempre em conta as características específicas da situação e das pessoas afetadas pelo evento potencialmente traumático. Embora seja compreensível o conceito de urgência e emergência aquando uma situação de desastre a intervenção psicossocial deve sempre ter em

Enquadramento teórico

conta os limites de sua competência e dos seus métodos, nunca se sobrepondo ao trauma físico, ou à impossibilidade de intervenção sem suporte farmacológico, devendo e podendo sim nessas situações ser complementar na intervenção.

As *Early Interventions* têm sido desenvolvidas para dar resposta às necessidades psicológicas urgentes das pessoas em situações de crise e catástrofe, com um enfoque particular nos diferentes níveis de consideração para os tipos de eventos e os tipos de pessoas envolvidas.

As técnicas de *Early Interventions* e modelos de intervenção Psicossocial mais comumente praticadas são a intervenção na crise, psicoeducação, *debriefing* psicológico, *defusing* e os primeiros socorros psicológicos, tendo esta técnicas como principal objetivo a redução imediata do distresse de forma a impedir ou minimizar o desenvolvimento de problemas psicopatológicos. (Reyes, 2004).

2.7.2 - A Intervenção na Crise

Uma das intervenções mais reconhecida e realizada a partir do momento em que esta área começou a ser reconhecida foi a Intervenção em Crise. Lindemann (1944), na sequência do Incêndio de Boston na Coconut Grove em 1942, desenvolveu aquela que é muitas vezes referida como a génese da significação do impacto na saúde mental no pós evento crítico, o que levou à importância da intervenção psicológica nessa mesma fase.

Após a situação de crise, as pessoas tendem a perder o sentido de equilíbrio e podem apresentar um espectro de sinais e sintomas físicos, emocionais e cognitivos associados ao evento (Roberts, 2000).

O primeiro objetivo da intervenção em crise, é o assegurar a segurança física da pessoa e em seguida, promover a recuperação para

Enquadramento teórico

um nível adequado de autonomia funcional. Sendo que o cumprimento desses objetivos requerem o estabelecimento de uma relação de empática, a identificação da queixa principal, a avaliação dos recursos pessoais e sociais da pessoa, estabelecimento de metas e tarefas executáveis pela pessoa, e ainda a obtenção de um acordo com a pessoa no sentido de que esta siga com o plano acordado.

Outro aspeto a ser considerado prende-se com os *follow-up* a realizar. Os planos de intervenção em crise devem permitir a avaliação e modificação de objetivos e *rapport* terapêutico, em função da análise realizada e ao longo do tempo em que a pessoa é seguida (Roberts, 2000).

É procedimento habitual, terminar a Intervenção em Crise com o encaminhamento das pessoas acompanhadas para serviços de apoio continuado que possa fornecer acesso a cuidados, e estar atento à possível evolução das necessidades da pessoa ao longo do tempo.

A intervenção em crise centra-se sobretudo em minimizar o impacto do distresse e sofrimento emocional, conectando o sobrevivente à sua rede de apoio, o que pode potenciar a estruturação de uma recuperação a curto prazo. Visando ainda o garantir da satisfação das necessidades básicas.

O garantir que não são transmitidas expectativas irreais ou falsas esperanças, assim como o centrar a intervenção numa abordagem pragmática com objetivos e orientações passíveis de serem facilmente concretizáveis deve ser um dos princípios fulcrais, por exemplo com a manutenção das atividades de vida diárias (Reyes, 2004).

2.7.3 - Intervenções Educacionais, Psicoeducação

O conceito das Intervenções Educacionais, em concreto a Psicoeducação, foi desenvolvida por Anderson (1980), no contexto psiquiátrico no início dos anos 80, para o tratamento da esquizofrenia,

Enquadramento teórico

no sentido de caracterizar a intervenção familiar. Além disso, a Psicoeducação tem ganho cada vez mais importância no âmbito da prevenção e tratamento de Perturbações de stresse emocional.

Desta forma, neste contexto, podemos referir que a Psicoeducação cria uma ligação entre a educação e o aconselhamento, sendo que as diferentes reações psicológicas, após um evento potencialmente traumático, deverão ser o enfoque em vez de serem considerados como fatores de progressão da doença.

Podemos considerar então como Psicoeducação as intervenções sistemáticas, didático-psicoterapêuticas, que possam ser utilizados no sentido de informar os pacientes e os seus familiares sobre a doença, o tratamento, o avanço da compreensão da doença e tratamento assim como apoiar na superação da doença (Bäumel et al., 2003).

É frequente, após um evento crítico, a existência de stressores secundários como é o caso da confusão e apreensão sobre o que esperar. Sendo que muitas pessoas acham que ser capaz de prever o curso dos acontecimentos alivia parcialmente a ansiedade antecipatória e suporta a capacidade de deliberação, planeamento, e enfrentamento construtivo, face ao evento vivenciado.

Avaliações disfuncionais do trauma e as suas consequências podem levar a um elevado nível de stresse emocional (Steil & Ehlers, 2000). Portanto, é de fulcral importância a forma como a pessoa avalia os sintomas de stress pós trauma, se como parte de um processo normal de recuperação ou interpreta estes sintomas como um desastre também por si.

Uma das mais frequentes formas de intervenção na Psicoeducação inclui muitas vezes a distribuição de brochuras que descrevem respostas comuns ao stresse agudo e à PTSD, no pós evento traumático, ou através de fóruns públicos, seja em espaços presenciais ou virtuais.

Os objetivos das intervenções educacionais incluem a redução da confusão e impotência percebida que muitas vezes surgem no após

Enquadramento teórico

desastre. É fundamental então o passar da informação numa primeira fase e de seguida a utilização de mensagens que devem visar o encorajar a empatia, apoio social, e procura de ajuda ou acompanhamento, bem como para diminuir o estigma social associado frequentemente com serviços de apoio psicológico.

Hobfoll et al. (2007) identificou cinco princípios de intervenção que de forma empírica podem ser classificados como *guide lines* para o desenvolvimento de práticas de intervenção e programas no pós desastres. Os princípios orientadores a considerar são o promover a sensação de segurança, promover estabilização emocional, de promover um sentido de auto-eficácia individual e coletiva, promover ligação com redes de apoio, bem como promover a esperança. Baseados nos dados anteriores, os autores recomendam a integração da Psicoeducação no apoio pós desastre.

2.7.4 - Modelo *Psychological First Aid (PFA)*

Importa então referir alguns modelos de Primeiros Socorros Psicológicos como PFA do The Psychological First Aid Field Operations Guide (Brymer et al, 2006) que centra a intervenção Psicossocial em 8 fases distintas.

Usualmente os Primeiros Socorros Psicologia são prestados durante ou após o evento traumático, em abrigos para a população, abrigos para pessoas com necessidades especiais, hospitais de campanha e áreas de triagem médica, instalações de cuidados agudos (por exemplo, serviços de urgência), junto dos técnicos que trabalham no terreno, enfrentando muitas vezes cenários de morte e destruição massiva, locais de alimentação, centros de acolhimento familiar e centros de assistência, casas, ou qualquer outro espaço, em regra, comunitário onde se possam encontrar as pessoas afetadas.

Enquadramento teórico

Os procedimentos dos PFA, integram um conjunto de medidas como técnicas de recolha de informação, que permitem uma rápida monitorização das necessidades e preocupações das pessoas, de forma a implementar atividades de apoio de imediato.

Para além da sua aplicabilidade ser flexível aos mais variados cenários, com uma preocupação centrada nas questões culturais e desenvolvimentais das pessoas com as quais se está a lidar. Um procedimento fundamental neste processo dos PFA é a entrega de *flyers* com informação sobre os sinais e sintomas normais para este tipo de evento, assim como o contacto para possível procura de ajuda ou encaminhamento.

Os objetivos centrais deste modelo são vários e como é óbvio centram a intervenção nas suas distintas fases, visando:

- Estabelecer uma conexão humana de forma não-intrusiva, promovendo o estabelecimento de uma relação empática
- Fornecer segurança imediata e permanente, de forma a potenciar a estabilização emocional
- Promover a calma e orientar emocionalmente os sobreviventes.
- Ajudar os sobreviventes a dizer especificamente quais as suas necessidades e preocupações imediatas.
- Promover a ligação dos sobreviventes o mais rápido possível com a sua social de apoio (e.g. membros da família, amigos, vizinhos e comunidade).
- Promover o *coping* adaptativo, assim como todos os esforços realizados no sentido da recuperação.
- Mostrar disponibilidade para continuar apoio se necessário ou fazer referenciação de forma a que o sobrevivente não se sinta só ou perdido.

De forma a ser útil no contexto de um desastre, no apoio à comunidade afetada, o prestador dos PFA, deve em primeiro lugar ser

Enquadramento teórico

informado sobre a natureza do evento, as circunstâncias que vai encontrar e o tipo de disponibilidade dos serviços de apoio com os quais vai trabalhar (e.g. existência ou disponibilidade de serviços de apoio social em casos de perda de bens ou pertences).

Sendo desta forma fundamental o bom planeamento, para uma boa e ajustada intervenção.

Existem um conjunto de ações fundamentais neste modelo, que se constituem como os objetivos básicos do apoio inicial, horas, dias ou semanas após um evento crítico. Devendo sempre, por parte dos técnicos que aplicam o modelo, uma sempre presente, flexibilidade, assim como o ajustar da disponibilidade temporal, sobre as necessidades dos sobreviventes e as suas preocupações específicas.

O modelo surge então com a aplicação de um conjunto de 8 fases distintas. Sendo que numa primeira fase visa promovendo o Contacto e Compromisso; na Fase 2 Segurança e Conforto; Fase 3, Estabilização Emocional; Fase 4, Recolha de Informação: necessidades e preocupações atuais; na Fase 5, Auxílio Prático; Fase 6, Ligação á rede de Suporte Social; na Fase 7, Informação sobre estratégias de *Coping*; sendo a ultima fase a Fase 8, Ligação a Serviços de Apoio (sinalizações).

Tal como os restantes modelos, também o Modelo PFA não pressupõe que todos os sobreviventes irão desenvolver graves problemas de saúde mental.

Baseiam-se sim no pressuposto de que os sobreviventes de desastres e as pessoas afetadas por tais eventos, potencialmente críticos, irão experimentar um vasto conjunto de reações precoces, também estas já abordadas, que podem causar um Distresse emocional suficiente para interferir com o funcionamento adaptativo da situação.

2.7.5 - O Modelo de Primeiros Socorros Psicológicos, Impacto, Reação e Reorientação (IRR) (Arriaga, et al, 2012)

O Modelo IRR foi desenvolvido pelo Centro de Estudos de Saúde Mental da Escola Superior de Saúde de Portalegre e pela Equipa de Intervenção Psicológica na Crise dos Bombeiros de Portalegre, que procurou no desenvolvimento do mesmo ter como foco dois aspetos fulcrais, a perspetiva cultural e as *evidence-based interventions*, utilizadas, descritas e validadas na literatura existente.

Este Modelo centra a sua atuação em 3 pilares distintos de intervenção, adequados aos diferentes momentos do desastre ou evento crítico.

O Primeiro pilar é o IMPACTO, onde são iniciados os primeiros procedimentos e a primeira abordagem, subdividindo-se esta em 3 fases distintas.

- A primeira fase da intervenção o Contacto e Conforto, sendo esta a fase por excelência do primeiro contacto, do estabelecimento da relação. Simultaneamente a este período deve proporcionar-se de imediato o conforto possível (emocional e físico), visando sobretudo a satisfação das necessidades básicas.

- A segunda fase será da Segurança, um momento prático onde o objetivo central será o encaminhamento para local seguro e o afastamento das variáveis externas potenciadoras de stresse (e.g.; gritos, sons da operação de socorro, cheiros, visualização de um cenário de sofrimento, morte e ou destruição).

A terceira fase, fase de IMPACTO terá durante o seu período, um procedimento fundamental:

- A Recolha de Informação. Esta recolha de informação deve ser realizada num formulário padronizado, previamente existente, onde deverão constar elementos tão importantes como os dados pessoais da vítima, contactos pessoais e também contactos de familiares no sentido

Enquadramento teórico

de, se possível, se promover a ligação com a rede social de apoio o mais rápido possível.

É durante esta Fase, que deverá ser realizada a Triagem Psicossocial, no sentido de se efetivar um *rapport* de intervenção ajustado às necessidades de cada pessoa.

O Segundo Pilar a REACÇÃO, também este dividido, agora em duas fases distintas.

- Uma primeira (se necessário), de Estruturação, visando uma mais efetiva estabilização emocional (e.g. técnicas relaxamento; distração cognitiva) e
- Uma segunda fase designada de Conexão, onde o principal objectivo será o promover da ligação com as redes de apoio social (e.g. Família, Amigos).

A última abordagem será consubstanciada no Terceiro Pilar de intervenção, a REORIENTAÇÃO. Dividido em duas fases:

- A primeira de Psicoeducação, com uma explicação detalhada dos possíveis sinais e sintomas decorrentes da situação vivenciada, na tentativa de “normalizar” os mesmos, e um potenciar da resiliência e das estratégias de *coping* da pessoa.
- Uma segunda fase será a Sinalização, onde os casos que se justifiquem, são referenciados para posterior encaminhamento ou *follow-up*.

Nesta fase da Sinalização deverá ser utilizado o formulário, em cima referido, com dois possíveis objetivos:

- O encaminhamento para serviços de Saúde Mental e Psiquiatria e ou
- O encaminhamento para os serviços de Apoio de Serviço Social. O apoio Social pode ser de fulcral importância no que diz respeito ao Apoio Psicossocial de forma global, dependendo obviamente de cada situação.

Enquadramento teórico

Este Modelo tenta responder à génese dos Modelos de Primeiros Socorros Psicológicos, com flexibilidade para ser projetado nos mais diversos contextos de Catástrofe, Crise e Emergência.

2.7.6 - O Modelo CISM

Um outro modelo, talvez o mais reconhecido internacionalmente é o *Critical Incident Stress Management* (CISM).

Este modelo foi desenvolvido nos EUA, para forças uniformizadas, tendo a sua aplicação sido “transportada” para outras realidades, (e.g. Cíveis e agentes de proteção civil) nomeadamente na Europa.

É já sabido que a Intervenção na Crise tem como objetivo principal, contribuir para que a pessoa em crise volte ao seu nível de funcionamento anterior (Parad, 1996; Neil et al, 1964, cit. por Everly & Mitchell 1999), visando não só o seu restabelecimento emocional como a própria produtividade e redução do absentismo.

O Programa CISM tem, como referem diferentes autores, uma efetividade positiva no que respeita à redução dos sintomas de stresse (Mitchell cit. por Leonhardt & Vogt, 2006). Sendo que o modelo divide a sua intervenção num conjunto de elementos chave e características técnicas que variam de um período pré-crise, a uma intervenção pós crise, e de uma intervenção individual a uma intervenção grupal.

Apesar das inúmeras críticas ao *Defusing* e *Debriefing*, (Carlier et al, 1998; Mayou, 2000) pela frequência e efetividade também demonstrada da sua utilização, importa destacar do modelo CISM duas das suas técnicas, o *Defusing* e o *Critical Incident Stress Debriefing*.

No *Defusing* Processo para grupos pequenos que está instituído para ser utilizado logo após um incidente crítico a aplicação visa diminuir o

Enquadramento teórico

sofrimento e os sintomas, e a possibilidade de indicar ou atenuar a necessidade de um *Debriefing*.

A sua aplicação deve ser efectuada até às 8 primeiras horas após o incidente, sabendo-se que quanto mais rápido maior a sua eficácia. A aplicação deve ser realizada por Membros das equipas de pares e/ou por técnicos de saúde mental, todos eles com formação específica no modelo. A aplicação deve ainda ser feita em pequenos grupos (6-8) de profissionais expostos a um mesmo evento.

A aplicação deverá ser num local com um ambiente neutro, com o mínimo de estímulos passíveis de causar distração e com uma duração estimada entre os 20 e os 45 minutos.

O *Defusing* tem como objetivos fundamentais, o minimizar o impacto do incidente, o acelerar o processo de recuperação, aquilatar a necessidade de *Debriefing* ou outros serviços de apoio, a redução de sintomas cognitivos, emocionais e psicológicos, o restabelecimento da rede social e ainda a normalização das experiências de forma a que as pessoas possam retomar as suas rotinas o mais rápido e enquadrado possível.

O procedimento de execução desta técnica deverá centrar-se em primeiro lugar no estabelecimento de um *setting* não ameaçador, na promoção de rápida ventilação emocional relacionada com a experiência “stressante” vivida, o equiparar dos testemunhos dos participantes, a promoção do processamento cognitivo do evento, o fornecer informação sobre gestão de stresse, passar segurança e confiança aos participantes, estabelecer ligação para contacto posterior e ainda o desenvolver expectativas positivas para o futuro.

O modelo de intervenção do *Defusing* contém em si 3 fases distintas:

- **Introdução:** onde são explicadas as regras básicas e a confidencialidade é garantida.

Enquadramento teórico

- **Exploração:** os participantes são convidados a contar a experiência que tiveram. As diferentes perspetivas criam uma imagem global.
- **Informação:** sumário da informação proveniente do grupo na fase de exploração. Normalização das reações, ensino técnicas de gestão do stresse, resposta a questões, assim como os recursos disponíveis para acompanhamento posterior.

O *Critical Incident Stress Debriefing*, visa também como técnica de intervenção, o minimizar o impacto do incidente, o dar assistência às pessoas envolvidas, assim como o acelerar o seu processo de recuperação pós evento crítico. A aplicação desta técnica deve realizar-se entre as 24 e as 72 horas após o incidente, com uma duração entre as 2 e as 3 horas, com grupo de 5-8 indivíduos. Alguns conceitos gerais são fundamentais na aplicação do CISD como a participação ativa de todos os membros, não existe interpretação psicoterapeuta, os grupos são homogéneos, de pessoas que vivenciaram no mesmo momento a mesma situação. Deve ser facilitada a discussão em grupo, assim como o focar as necessidades individuais, não discutindo perceções individuais do incidente. Apenas deverá ser trabalhado material trazido pelos participantes e não outro tipo de informação sobre o evento, não havendo lugar a teorizações, moralizações, interpretação psicológica ou julgamentos.

Para os técnicos que aplicam esta técnica é fundamental que a equipa deve ouvir, estabilizar, informar, normalizar e promover a recuperação. Os membros da equipa devem falar ativamente no início e no final, reservando-se durante a fase de reações, devendo (Psico)Educar de acordo com as necessidades do grupo, realizando um *follow-up* imediato ao pessoal gravemente afetado. Uma das premissas fundamentais da técnica é a de ninguém sair da sala durante a aplicação.

O *CISD* centra a sua técnica em sete fases:

- **INTRODUÇÃO** – apresentação dos membros da equipa; expectativas; regras; limitações; confidencialidade.

Enquadramento teórico

- FATOS – descrição do que aconteceu. Avaliação inicial do funcionamento das pessoas.
- PENSAMENTOS – o que pensaram durante e imediatamente após o incidente.
- REACÇÕES – aspetos ou momentos que tiveram maior impacto.
- SINTOMAS – reconhecimento dos sintomas que podem ter surgido.
- (PSICO)EDUCAÇÃO – ensinar os conceitos básicos do stresse e da sua gestão no caso dos incidentes críticos.
- REENTRADA – fase de finalização. Sumário e clarificação de todos os elementos mencionados. Identificação dos apoios e contactos que estarão disponíveis após o *Debriefing*.

O *Critical Incident Stress Debriefing* e a sua aplicação é desencadeada pelos sintomas e pelo acontecimento, e visa facilitar o bem-estar psicológico, a mitigação do Stress e a triagem Psicossocial (Everly, G & Mitchell, J.,1999).

2.7.7 - O Apoio de Pares

O apoio dos pares assume como principal premissa que as pessoas que têm experiências semelhantes podem ter uma relação facilitada e assim, promover uma mais fácil e autêntica empatia e validação da situação ocorrida. Ou como um sistema de dar e receber ajuda sustentada em princípios fundamentais de respeito, responsabilidade partilhada e de mútuo acordo naquilo que é útil (Mead, 2003).

O Apoio dos pares é geralmente descrito como a promoção de um modelo de bem-estar que se foca nos pontos fortes e de recuperação, ou seja nos aspectos positivos das pessoas e na sua capacidade de funcionar

Enquadramento teórico

de forma eficaz e ajustada, e não procurando patologizar, retirando desta forma a ênfase dos sintomas e problemas das pessoas após o evento crítico (Carter, 2000; Repper & Perkins, 2003; Mead, 2003).

É muito importante, definir e esclarecer os principais papéis do Par no desempenho da sua função. Davidson et al (2006), na sua análise num artigo de revisão de literatura, identificou algumas funções como as linhas orientadoras neste tipo de apoio, sendo elas: a compreensão, a empatia, a aceitação; prestar de informações práticas, suporte para aceder aos recursos comunitários, estratégias de *coping*.

O apoio mútuo entre os pares, assim como as relações que os pares têm uns com os outros, são valorizados pela sua reciprocidade sendo dada uma oportunidade para partilhar experiências, dar e receber apoio e para a construção de um entendimento mútuo e sinérgico benéfico para ambas as partes (Mead, Hilton, e Curtis, 2001).

Podem existir situações em que os pares, são profissionais e adstritos para o prestar apoio, tendo como base não só a formação, mas também a utilização da sua própria experiência no lidar com eventos críticos para apoiar outros que estão atualmente em crise.

O grau de reciprocidade esperado no apoio de pares varia dependendo da abordagem adotada (Davidson et al., 1999). Podendo ser compreendida esta situação, bastando para tal referir a abordagem do apoio por parte de um par que está presente, e é reconhecido, ou de um par “especializado” que apenas surge aquando do prestar de apoio, após um evento crítico.

Esta situação poderá ser verificada, em estruturas como a que encontramos nas Equipas de Apoio Psicossocial da Autoridade Nacional de Proteção Civil, em que Bombeiros especializados em Intervenção na Crise, fornecem apoio a colegas (pares) após eventos críticos. Independentemente do referido, o ícone fundamental no apoio de pares é com toda a certeza a reciprocidade e compreensão direta da situação vivenciada.

Enquadramento teórico

O Apoio de Pares poderá ser entendido então como:

“social emotional support, frequently coupled with instrumental support, that is mutually offered or provided by persons having a mental health condition to others sharing a similar mental health condition to bring about a desired social or personal change” (Solomon, 2004, p. 393).

Importa ainda referir que muitos estudos *evidence based* referem que as pessoas apoiadas por programas de apoio de pares tendem a mostrar melhores resultados de adaptação pós crise (Chinman et al.,2001; Min, et al, 2007; Nelson et al, 2007; Resnick, & Rosenheck, 2008).

3 – METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

O candidato, partindo do seu *Curriculum Vitae*, pretende enunciar as atividades desenvolvidas com o enfoque particular na área da Intervenção Psicológica na Crise e emergência, não só no que respeita à atividade de prestação de apoio mas também em toda a envolvente científico-pedagógica relativa à temática.

Assim, e em primeiro lugar será realizada uma descrição das atividades desenvolvidas, no que respeita à prática Clínica e na atividade Docente.

Seguidamente o enfoque é realizado na atividade na área da Emergência, sendo focado em particular todo o desenvolvimento de atividades centradas na intervenção em situações de Crise, Catástrofe e Emergência.

Encontrar-se-á também presente a descrição do desenvolvimento no campo da Intervenção Psicológica na Crise, com a descrição não só da importância da temática, mas sobretudo da atividade desenvolvida nesse campo.

A fase final deste relatório apresenta de alguma forma os diferentes modelos e abordagens com a referência à escolha das mesmas para as diferentes situações, sustentando essa mesma escolha nas mais recentes *guidelines* existentes.

Com os critérios metodológicos definidos, pretende-se desta forma apresentar e discutir publicamente o relatório, organizado não só de acordo com as competências profissionais adquiridas pelo desempenho das funções, mas também com uma forte preocupação na justificação das opções metodológicas.

A permanentemente estreita ligação entre a práxis profissional e a componente académica tem sido uma constante ao longo de todo o percurso profissional o que permitiu e incentivou de alguma forma a preocupação também no relatório apresentada da ligação estreita entre a intervenção de terreno e o enquadramento científico.

4 – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS OBTIDOS

A formação na área da Intervenção Psicológica na Crise tem sido uma constante no percurso profissional e académico realizado sendo exemplo do referido a formação em “TENTS-TP Train- The- Trainers workshop” *The European Network for Traumatic Stress*, ou o fato de se encontrar nesta fase a realizar a sua especialização em Psicotrauma pela *European Society for Traumatic Stress Studies*.

4.1 - PRÁTICA CLÍNICA

Após a conclusão da Licenciatura em Julho de 2004, foi iniciado o percurso Profissional, com o início da prática Clínica em Consulta Privada, que se mantém até hoje, com a óbvia preocupação da supervisão da atividade clínica realizada, atualmente realizada de forma informal entre colegas com a mesma formação.

Os casos acompanhados têm a duração média de, três a dez sessões, tendo porém existido casos em que a duração foi claramente superior, alguns por um período de tempo de cerca de dois anos, refletindo estes o carácter excecional de acompanhamento versando estruturas de personalidade muito dependentes ou até destruturadas, com uma necessidade de apoio mais continuado, justificando-se esta duração na relação terapêutica com a necessidade de uma procura para uma crescente autonomia e uma apreciação evolutiva na globalidade positiva, no que respeita ao alcançar da meta terapêutica.

Descrição das atividades desenvolvidas e resultados obtidos

Durante estes anos vários foram os casos consultados e acompanhados, com um enfoque sobretudo nos adultos, e cujos diagnósticos (DSM-IV TR), foram tão distintos desde perturbações cognitivas e demenciais, perturbações do humor, perturbações da ansiedade até perturbações da adaptação e da personalidade.

4.2 - ATIVIDADE DOCENTE E COMPLEMENTAR

Foi no decorrer desse mesmo ano, em Outubro de 2004 que surgiu a oportunidade de ingressar na, então Escola Superior de Enfermagem, hoje Escola Superior de Saúde de Portalegre, como Assistente a tempo parcial, instituição onde permanece como Docente até ao dia de hoje.

Com a sua entrada na Escola Superior de Saúde, então Escola de Enfermagem, foi também cooptado para o gabinete de apoio Psicopedagógico do Instituto Politécnico de Portalegre, onde na altura estavam presentes todos os Psicólogos ligados ao Instituto.

Foi durante o ano letivo de 2005/2006 que em conjunto com os colegas da Área de Saúde Mental e Psiquiatria que foi criado o Centro de Estudos de Saúde Mental da Escola Superior de Saúde de Portalegre, tendo este sido, em termos do desenvolvimento profissional um marco importante.

Foi através do referido Centro de Estudos que iniciou a realização de trabalhos de investigação, num dos ramos que maior interesse tinham despertado até essa fase, em concreto a área do Stresse, Trauma e Perturbação Pós Stresse Traumático.

Em 2006 o referido Centro, criou o 1º Curso de Pós graduação em Intervenção Psicológica na Crise e Emergência, curso pioneiro no país que conta hoje com 7 edições, tendo já formado cerca de 200 especialistas nesta área de intervenção.

Descrição das atividades desenvolvidas e resultados obtidos

Complementar ao exposto e ainda na sequência da opção por esta linha de investigação e formação, foi o convite realizado pela Comissão Europeia e pela *Hamburg State Fire and Rescue Service – Fire Service Colleg*, para estar presente como Docente nos cursos *Community Mechanism Induction Courses* (CMI), lecionando a matéria *Stress Management*, a futuros líderes de missões internacionais da UE. A formação foi realizada em datas distintas desde o ano de 2007 até ao ano de 2012, num total superior a trinta formações lecionadas.

Em 2011, na sequência do investimento na área, surgiu o convite para participar como perito Europeu no Projeto EUTOPA- *Target Group Intervention Programme and Multidisciplinary Guidelines* para criação das *European Guideline for Target Group oriented psychosocial aftercare-Implementation*. Em 2012 surgiu também o convite para um outro projecto Europeu *Psychosocial Support for Civil Protection Forces Coping with CBRN* do qual também fez parte como perito. Estes programas tiveram o seu percurso e términos num conjunto de iniciativas sobretudo científicas, culminado em encontros com todos os peritos Europeus, no sentido de serem criadas e desenvolvidas *guidelines* para a intervenção Psicossocial em Crise e Emergência.

4.3 - A ATIVIDADE NA ÁREA DA EMERGÊNCIA

Foi no ano de 2005, que ingressou nos Bombeiros Voluntários de Portalegre, ingressando na altura no designado, quadro auxiliar e de especialista. Numa fase inicial, a atividade foi centrada no apoio psicológico aos Bombeiros não só da corporação de Portalegre mas de forma mais alargada, aos Bombeiros do Distrito, sobretudo após o desempenho das suas missões em situações com elevado potencial traumático. Ainda nesta fase e verificadas algumas necessidades sobretudo no que dizia respeito à prevenção primária, foram ministrados

Descrição das atividades desenvolvidas e resultados obtidos

algumas formações internas sobretudo nas áreas de gestão de stresse, comunicação, liderança e negociação.

Numa primeira fase, apesar das importantes fragilidades e vulnerabilidades psicológicas a resistência à procura por este tipo de acompanhamento era clara, já que faltava uma componente fundamental para aquele meio, o sentir que o técnico/terapeuta era um deles.

O ganhar de confiança e credibilidade só foi possível ser conquistado pela intervenção em situações críticas (e.g. morte de um bombeiro da Corporação) tendo a partir desse momento a postura e aceitação por parte dos membros do Corpo de bombeiros completamente distinta. Avaliada essa situação, compreendendo que para além de uma crescente proximidade entre os elementos do Corpo de Bombeiros e do, agora, Psicólogo Bombeiro, novos desafios se colocavam, em concreto, o apoio Psicológico a vitimas e familiares de situações de Catástrofes, Crises ou Emergências.

Nesse sentido, e já em colaboração com o Comando Distrital de Operações de Socorro de Portalegre foi pensada a criação de uma equipa de apoio Psicológico para Situações de Crise e Emergência, cujo cariz seria perfeitamente inovador, o que criava um enorme desafio mas um conjunto vasto de oportunidades.

Desta forma, no sentido de estruturar todo este processo, criou o plano de Emergência Especial para o apoio Psicológico em situações de crise, para o Distrito de Portalegre, na altura o primeiro plano deste cariz em Portugal.

Estruturado que estava então o planeamento, que visava como principais atividades e responsabilidades a intervenção com os operacionais dos Bombeiros em situação de crise, seleção e recrutamento, formação contínua aos operacionais dos Bombeiros; investigação na área de intervenção Psicológica na Crise e Stresse Traumático; Intervenção Psicossocial de Emergência, no local da ocorrência aos indivíduos envolvidos, aos familiares das vítimas e

Descrição das atividades desenvolvidas e resultados obtidos

técnicos envolvidos no socorro, foi necessária a cooptação de outros psicólogos que quisessem abraçar este projeto, ou que se mostrassem disponíveis para intervir em situações de grande dimensão.

Foram na altura, recrutados seis Psicólogos, que fizeram a sua inscrição em diferentes corpos de bombeiros do Distrito de Portalegre, o que permitiu, para além da abrangência geográfica da intervenção, a possibilidade de não intervenção dos Psicólogos que faziam parte de um determinado Corpo de Bombeiros, com esses mesmos elementos.

Este historial, despertou a necessidade de mais conhecimentos nesta área específica, tendo a aposta sido realizada no pouco que havia disponível na altura, mas que permitiu a aquisição de conhecimentos, em temas distintos como o dar a má notícia (e.g. notificação de morte), em *Psychological first Aid* e ainda em *Critical Incident Stress Management*.

Esta preocupação levou à integração em sociedades internacionais como a *Psychosocial Aspects of Disasters Task force* da *World Association for Disaster and Emergency Medicine* (WADEM) entre 2007 e 2010, mais tarde, em 2012, a um convite para a Vice-Presidência da *EAFRP European Association of Fire & Rescue Psychologists*.

Em 2011, com base no referencial da equipa de intervenção Psicológica na Crise de Portalegre, aceitou o convite e abraçou um outro projeto nacional, tendo feito parte da Coordenação Nacional para a criação das Equipas Nacionais de Apoio Psicossocial da Autoridade Nacional de Proteção Civil, cujo propósito é prestar apoio psicológico e social a Bombeiros e familiares após situações de Crise e Emergência.

4.3.1 Plano Especial de Plano Especial de Intervenção Psicológica na Crise e Emergência, para o Distrito de Portalegre

Descrição das atividades desenvolvidas e resultados obtidos

O Plano Especial de intervenção Psicológica na Crise e Emergência do Distrito de Portalegre, é um instrumento passível de ser utilizado pelo Comando Distrital de Operações de Socorro de Portalegre, para a utilização de uma unidade especial, em todas as situações onde a necessidade de apoio Psicológico estiver presente, visando o minimizar dos prejuízos humanos e sociais assim como o restabelecimento da situação pré acontecimento.

O plano contempla essencialmente a organização dos meios, quer humanos quer materiais, assim como os procedimentos a realizar, face às mais diversas situações de Emergência onde se verifique a necessidade de apoio Psicológico, para além de outros, com os seguintes objetivos:

- Através de uma resposta rápida e concertada, colocar no teatro de operações os meios e condições indispensáveis para o minimizar dos efeitos adversos, no que respeita á saúde mental, das pessoas afetadas por evento critico.
- Estruturar a forma de intervenção e atuação desta área específica
- Coordenar ações de apoio, visando a celeridade em todos os processos de apoio (e.g. ligação com Instituições de cariz Social)
- Apoio psicológico e social a vítimas de acidentes e catástrofes, no terreno
- Apoio aos diferentes agentes de Proteção Civil, no terreno, sempre que seja solicitada a intervenção.
- Apoio a situações de evacuação
- Constituição ou presença junto dos Gabinetes de Crise e Emergência, de forma a contemplar situações de intervenção nos pontos acima referidos.
- Formação/Educação em Saúde, nas áreas de intervenção, aos diferentes agentes de Proteção Civil.

Descrição das atividades desenvolvidas e resultados obtidos

Para todas as situações de ocorrências, seja no pré, peri ou pós evento o Plano contempla um conjunto de medidas a desenvolver, como se demonstra em seguida:

Na fase Pré, e com um sentido profilático deverão ser desenvolvidos panfletos psicoeducacionais, seminários, formações ou colóquios relativos às preocupações a ter com a saúde mental, nas diferentes situações e para as diferentes populações afetadas, ou seja fornecer informação relevante e pertinente tanto às populações do distrito, como aos diferentes agentes de Proteção Civil.

Já na fase Peri, centrar-se-á as medidas no durante, entendendo como durante o período de tempo imediato a seguir ao acontecimento da situação de crise ou emergência, que só terminará com o fim das operações de socorro no teatro das operações. Nesta fase a intervenção central será a intervenção psicológica na crise, com as suas mais diversas técnicas, já explicitadas como os primeiros socorros psicológicos, *debriefings* ou *defusings*. Técnicas estas que pretende responder às primeiras necessidades psicológicas, e à estabilização das pessoas afetadas pelo evento.

A fase Pós, o após a ocorrência da situação de crise ou emergência, iniciar-se-á após o final das operações de socorro. Nesta fase, se aplicadas as técnicas de intervenção psicológica na crise, deve ser feito um levantamento das necessidades ao nível dos acompanhamentos psicológicos realizados, referenciando as pessoas que necessitem de acompanhamento posterior para as suas unidades de saúde locais. Devem ainda ser distribuídos panfletos psicoeducacionais, assim como serem fornecidas informações consideradas relevantes em termos de Saúde Mental.

O referido Plano pode ser ativado de duas formas distintas, através do Comando Distrital de Operações de Socorro, ou pelo Comando dos Corpos de bombeiros que tenham na sua estrutura Psicólogos desta equipa, sendo que toda a informação se centrará sempre no diretor do Plano, que se constitui como o Coordenador da Equipa, e no Comando

Descrição das atividades desenvolvidas e resultados obtidos

Distrital de Operações de Socorro. Após a ativação do Plano é realizada pelo coordenador a avaliação das necessidades técnicas e humanas que a situação requer que se balizam em 3 níveis de desencadeamento das Ações de Emergência, sendo estes:

- Nível de alerta verde, acionado em situações de acidentes, tentativas de suicídio, desastres naturais e todas as situações onde a presença mínima de um técnico de saúde mental seja requerida.

Neste nível de alerta são acionados os meios qualificados (com formação na área de intervenção na crise e emergência) disponíveis pela Corporação de Bombeiros local ou INEM, na eventualidade da não existência desta última deverá ser contactado o técnico da corporação mais próxima.

Nível de Alerta Amarelo: acionado em situações de acidentes, tentativas de suicídio, evacuações, desastres naturais e todas as situações onde seja requerida a presença de vários técnicos de saúde mental, esgotada a capacidade da Corporação de Bombeiros local ou INEM.

Neste nível de alerta devem ser acionados os meios disponíveis pelas Corporações de Bombeiros do Distrito, INEM e na eventualidade de ser necessário Técnicos de Saúde Mental qualificados (com formação na área de intervenção na crise e emergência) dos hospitais e Centros de Saúde do Distrito.

- Nível de Alerta Vermelho: acionado em situações de acidentes, evacuações, desastres naturais todas as situações de catástrofe de larga escala, sempre reportando-nos para um nível Distrital ou Nacional.

Neste nível de alerta devem ser acionados todos os meios disponíveis pelas Corporações de Bombeiros do Distrito, INEM, Técnicos de Saúde Mental dos Hospitais e Centros de Saúde do Distrito qualificados (com formação na área de intervenção na crise e emergência), bem como o solicitar técnicos da área disponíveis a nível Nacional, através da entidade competente para tal. Na eventualidade de um possível esgotar

destes recursos dever-se-á recorrer aos Técnicos de Saúde Mental, que colaboram em diferentes instituições e organizações do Distrito.

Como pioneiro, encontrou este plano um conjunto de dificuldades na sua concepção, mas como qualquer outro plano de Emergência, foi sendo ajustado, e continuará a ser sempre que se verificar alguma alteração não só ao nível dos procedimentos mas também da componente científica desta área de intervenção.

Apesar de hoje se verificar uma realidade distinta, ainda é difícil encontrar produção científica nesta área, sobretudo no que respeita á realidade Portuguesa, tanto no que respeita à população como aos próprios agentes de proteção civil, no sentido de se estabelecerem *guidelines* para intervir nestes cenários.

4.3.2 - Ocorrências e Intervenções

Muitas têm sido as solicitações e intervenções em situações de Catástrofe, Crise e Emergência, nas quais tem pautado as suas intervenções, tendo o enfoque da intervenção sido estruturado em função da ocorrência.

A intervenção nos designados teatros de operações, tem sido variadas e distintas.

Acidente de Viação A23.

Acidente de viação entre autocarro e ligeiro de passageiros na A-23 Km 77,2 sentido Sul – Norte, acidente este com múltiplas vítimas.

No local foi contactado o comandante das operações, tendo posteriormente sido efetuada um levantamento das necessidades de intervenção. A grande maioria das vítimas (feridos ligeiros), alvo preferencial da atuação nesta área de intervenção, já tinha sido evacuada

Descrição das atividades desenvolvidas e resultados obtidos

para diferentes unidades hospitalares, tendo sido então direcionada a atenção para as vítimas que estavam a receber cuidados pré hospitalares, visando a estabilização emocional das mesmas.

Com o desenrolar da operação de socorro, foi solicitada a intervenção no Hospital de Castelo Branco para onde se deslocavam, a totalidade dos falecidos, a grande maioria dos feridos e respetivos familiares. O primeiro contacto deu-se com os técnicos de saúde mental presentes na Unidade, tendo sido proposto um modelo de atuação e intervenção junto das vítimas e familiares.

Verificada a realidade da situação, os técnicos foram organizados em diferentes grupos no sentido de responder fundamentalmente às necessidades dos feridos mais leves e dos familiares das vítimas.

Tabela 4.5: Grupos a Intervir e Técnicas de Intervenção Realizadas

Grupos a Intervir	Intervenção Individualizada/Comunitária
Familiares Vítimas	Família (dar má notícia) / Intervenção Individualizada
Vítimas	Intervenção Individualizada
Técnicas de Intervenção Utilizadas	
Técnicas de Intervenção utilizadas: Modelo IRR	Técnicas de Intervenção Psicossocial Individual: SAFER-R
Técnicas de Intervenção Grupal: <i>Defusing</i> ;	

Nesta situação a intervenção foi centrada *Early Psychosocial Interventions*, em concreto nos primeiros socorros psicológicos, com o propósito de fornecer, apoio projetado para reduzir o sofrimento agudo e facilitar o acesso a cuidados continuados, se indicado (Everly, et al 2006).

Descrição das atividades desenvolvidas e resultados obtidos

Dado o contexto da ocorrência, não foi necessária a preocupação com o *setting* no que respeita ao apoio já na Unidade Hospitalar. Foram acompanhadas 2 vítimas no teatro de operações, tendo posteriormente sido acompanhadas 14 familiares.

Como foco principal, pretendeu-se ter em conta como objetivos a promoção da recuperação natural e o uso dos recursos naturais das vítimas e familiares, identificar as vítimas que precisam de ajuda psicológica, e o encaminhamento e tratamento das vítimas que precisam de ajuda psicológica (Brake et al, 2009).

Aluvião Ilha da Madeira.

Outra intervenção também esta com uma grande escala, foi o apoio Psicológico na Crise realizado após o aluvião na Ilha da Madeira em 20 de Fevereiro de 2010.

Dada a complexa situação, número de vítimas e impacto causado em toda a comunidade, foi solicitada na altura a intervenção no terreno que se centrou em duas áreas distintas, o apoio aos agentes de proteção civil (e.g. Bombeiros, Policia, Cruz Vermelha), e às vítimas/familiares civis.

A chegada aconteceu um dia após o aluvião, sendo os primeiros alvos da intervenção psicológica na Crise, os Bombeiros do Funchal e a Cruz Vermelha.

Nos dias seguintes o apoio foi alargado, cumprindo a premissa de pro atividade da Intervenção psicológica na crise, estando a prestar apoio no terreno, mas também nas instalações do Exercito RG3 onde estavam instalados os desalojados do aluvião.

Tabela 4.6: Grupos a Intervir e Técnicas de Intervenção Realizadas

Grupos a Intervir	Intervenção Individualizada/Comunitária
Agentes Proteção Civil	Intervenção Individualizada/Grupal
Familiares Vitimas	Família (dar má noticia)

Descrição das atividades desenvolvidas e resultados obtidos

Vítimas	Intervenção Individualizada
Apoio comunitário	Intervenção comunitária

Técnicas de Intervenção Utilizadas

Técnicas de Intervenção utilizadas: Técnicas de Intervenção Psicossocial
Modelo IRR Individual: SAFER-R

Técnicas de Intervenção Grupal:
Defusing; CISD- Debriefing

O Primeiro contacto foi realizado junto dos agentes de Proteção Civil, em concreto Corpos de Bombeiros e Cruz Vermelha, tendo sido proposta e realizada a intervenção em 3 Corpos de Bombeiros e uma na sede da Cruz Vermelha (Funchal). A estratégia utilizada foi a realização de um *Defusing* em cada uma destas organizações, sendo que numa das mesmas foi realizado também um CISD. Sendo que esta intervenção se enquadra num modelo de intervenção mais vasto, o *Critical Incident Stress Management (CISM)*, e cujos objetivos foram minimizar o impacto do incidente; dar assistência às pessoas envolvidas e acelerar o processo de recuperação.

A intervenção junto dos desalojados no RGI3 do Exército no Funchal, assim como no que diz respeito às vítimas acompanhadas em diferentes locais, centrou-se numa primeira fase na prestação de primeiros socorros psicológicos, sinalizações e sobretudo de técnicas de intervenção psicossocial individual.

Existe um amplo consenso sobre a importância de oferecer um contexto de apoio. Pelo que o objetivo foi sobretudo, oferecer conforto, informação e apoio e atendimento às necessidades práticas e emocionais imediatas, o que desempenha um papel importante no enfrentar neste período agudo das vítimas (Litz et al., 2002).

Descrição das atividades desenvolvidas e resultados obtidos

Foram acompanhadas cerca de 125 pessoas durante o período da intervenção, entre os diferentes agentes de proteção civil e vítimas civis.

Acidente IC8.

Uma outra ocorrência, também esta envolvendo um autocarro, foi a intervenção realizada após o acidente ocorrido no passado dia 27 de Janeiro domingo, num despiste do autocarro, que caiu numa ravina cerca das 08:30, no nó de acesso do IC8 ao Carvalhal, na Sertã, distrito de Castelo Branco.

Os passageiros deste autocarro eram na sua maioria do Concelho de Portalegre, sendo os restantes dos Concelhos de Monforte, Marvão e Castelo de Vide.

Nesta situação não foi prestado apoio no terreno mas sim desenvolvido com a criação do Gabinete de Crise e Apoio à Vítima.

Nesta situação foram centradas as atenções, em três grupos distintos, os familiares das vítimas, vítimas e pela dimensão da situação o apoio comunitário.

Após a intervenção realizada todas as situações que mereciam uma atenção e acompanhamento posterior foram sinalizadas para intervenção ou apoio.

Dada a dimensão do acidente, foi necessário o estabelecimento de um plano estruturado de grupos a intervir e técnicas de intervenção.

Tabela 4.7: Grupos a Intervir e Técnicas de Intervenção Propostas

GRUPOS A INTERVIR	INTERVENÇÃO INDIVIDUALIZADA/COMUNITARIA
Familiares Vítimas	Família (dar má notícia)
Vítimas	Intervenção Individualizada
Apoio comunitário	Intervenção comunitária

Técnicas de Intervenção Utilizadas

Possíveis Sugestões de Técnicas de Intervenção Psicossocial: Modelo IRR

Possíveis Sugestões de Técnicas de Intervenção Psicossocial: Modelo IRR

Possíveis Sugestões de Técnicas de Intervenção Psicossocial Grupal: Desmobilização; CISD- *Debriefing*

Possíveis Sugestões de Técnicas de Intervenção Psicossocial Individual: SAFER-R

A Aplicação deste conjunto de técnicas, tem pressupostos científicos já abordados em capítulos anteriores, sendo que a constituição dos grupos, procedimentos e questão temporal são fundamentais, para a utilização das mesmas.

É usual que perante a situação, os intervenientes na viagem, assim como colegas e familiares dos mesmos se encontrem ou tentem encontrar num determinado espaço. Assim sendo, a prática foi a de disponibilizar um espaço, com um ambiente controlado, seguro e recatado, para o planeamento e aplicação de algumas medidas que de seguida se apresentam, por parte dos técnicos presentes.

Tabela 4.8: Primeiras Medidas de apoio Iniciais

1^{as} Medidas de Apoio

Reações Psicológicas

Choque

Reações à Situação:

Medo, Raiva, Confusão, descrença

Medidas Práticas

Criação Gabinete de Crise, na Câmara Municipal de Portalegre

Objetivos

logísticos

Objetivos de intervenção:

Intervenção
“Primária”:

Psicossocial

- Apoio Familiares

- Ter salas, gabinetes e linha

- Apoio a Vitimas

telefónica disponível para

- Apoio a Familiares, Amigos e Colegas

Descrição das atividades desenvolvidas e resultados obtidos

intervenção Psicológica em grupo e individual	- Apoio a Familiares, que procurem informação e forma de trabalhar a situação na comunidade.
---	--

Tabela 4.9: Segundas Medidas de apoio Iniciais

2^{as} Medidas de Apoio

Deverão ser centradas no apoio à Comunidade.

Este tipo de perda tende a ter uma dimensão significativa na comunidade, não só pela dimensão da mesma mas também pela pressão mediática (e.g. Escolas).

Como já foi referido, a maior parte das pessoas afetadas, de forma direta ou indireta, por uma situação de catástrofe, crise e emergência, consegue ser resiliente, retomando a sua vida normal ao fim de algum tempo sem necessidade de recorrer a ajuda especializada. No entanto, há casos em que as reações iniciais evoluem para patologias psíquicas, sendo fundamental um acompanhamento terapêutico (Bonanno 2004).

Foi delineado um plano de Intervenção psicológica na Crise e Apoio Psicossocial, centrado em três períodos fundamentais, o apoio aos Familiares Pós-Incidente, a chegada dos corpos/funeral e a reintegração no ambiente social envolvente.

O Apoio foi prestado pelo Gabinete de Crise e Apoio à Vitima (GCAV), nas instalações da Câmara Municipal de Portalegre. Tendo sido este apoio realizado em 3 espaços distintos, na sala de atos, salão de Congressos e sala de apoio.

Os familiares/vítimas foram recebidos na sala de atos, sendo efetuada a triagem e encaminhados de acordo com as suas necessidades imediatas.

Foram apoiados por este Gabinete, até ao dia 30 de Janeiro 45 Familiares/amigos e 3 Vitimas diretas do acidente, tendo sido recebidas 27 chamadas por parte de Familiares.

Resultante da avaliação técnica, seguindo as diretrizes já referidas, os técnicos sinalizaram 4 familiares para apoio social e 2 para apoio psicológico. No que diz

Descrição das atividades desenvolvidas e resultados obtidos

respeito às vítimas do acidente, todas foram acompanhadas numa primeira abordagem, e realizado *follow up* tendo sido referenciadas para acompanhamento (Brewin 2000; Ozer, 2003) 12 pessoas.

5 - DESCRIÇÃO SINTÉTICA DO DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE

A intervenção psicológica em crise não é recente, já está descrita há várias décadas. Porém antes de ser descrita e analisada na literatura científica, era realizada muitas vezes de forma informal, sem o estabelecimento de um *rappor*t terapêutico, ou seja sem um fio condutor para a sua intervenção.

A intervenção psicológica em crise, tal como hoje a conhecemos, é um campo em expansão mas ainda em desenvolvimento, fazendo já nesta fase parte integrante de vários currículos formativos, tanto no campo da Psicologia Clínica como da Psiquiatria.

Muito tem sido o caminho realizado, mas apesar de ser uma intervenção frequente, a ênfase na formação desta área está ainda a traçar o seu percurso (Baldwin, 1979).

Como já foi referido, os acontecimentos críticos, como os desastres são muitas vezes inesperados, repentinos e com um carácter avassalador. Podendo muitas vezes levar a que não haja aparentemente sinais visíveis de danos físicos, mas sim um importante número de perturbações emocionais graves. Esta é então uma resposta comum e que podemos esperar, por quem já vivenciou situações traumáticas (Levetown, M., 2008).

O percurso realizado sobretudo depois de 2005, levou a um grande investimento pessoal na área da intervenção Psicológica na Crise e Emergência.

A possibilidade de complementar e associar as duas componentes mais significativas para o desenvolvimento de procedimentos surgiu com a estreita ligação que foi possível concretizar, entre o voluntariado com

Descrição sintética do desenvolvimento da atividade

o desempenho enquanto Bombeiro, a vida profissional no mundo acadêmico e obviamente na prática clínica de consultório. A combinação entre a prática de terreno e o desenvolvimento de estudos e técnicas de intervenção permite um associar facilitado da componente teórica às dificuldades e necessidades efetivas da aplicação prática, o que acabou por resultar na criação de um Modelo de Primeiros Socorros Psicológicos, Modelo Impacto Reação e Reorientação, aplicado no terreno e cuja sua publicação já foi realizada (Arriaga et al. 2012).

As intervenções no campo da intervenção Psicológica na Crise, têm sido em média por ano, desde 2006, cerca de 15.

Tabela 5.10- Número e tipologia das ocorrências com intervenção Psicológica na Crise, para Distrito de Portalegre

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Acidentes de viação	4	6	4	5	6	5	6
Afogamentos	3	1	0	2	1	2	3
Busca e Salvamento	1	0	1	0	0	0	1
Incêndios	3	5	4	4	2	1	3
Suicídios/Tentativas de suicídio	5	4	4	3	4	5	4
Morte ou ferimento grave de Bombeiro	2	2	1	0	0	0	0

A intervenção está, como já referido, estruturada por um plano de especial de emergência, sendo os meios humanos e matérias a utilizar, acionados pelo coordenador da equipa, em função de cada ocorrência. A ativação da equipa pode ser realizada em qualquer altura do ano e em qualquer período do dia, havendo sempre elementos disponíveis para a intervenção.

A coordenação, assumida desde a sua criação, da Equipa de intervenção Psicológica na Crise de Portalegre, contempla um conjunto de responsabilidades acrescidas. Para além da intervenção é requerida também a disponibilidade e capacidade de coordenação desta mesma

Descrição sintética do desenvolvimento da atividade

estrutura assim como a interligação com diferentes entidades, quer seja no âmbito das intervenções ou em aspetos formativos.

Apesar de todos os Psicólogos da Equipa terem formação, certificada, específica para a intervenção psicológica na crise, é sempre tido como preocupação a atualização permanente em termos de novos conhecimentos, com a aplicação de um plano anual de formação, assim como, após cada intervenção a ventilação emocional obrigatória dos elementos da equipa que estiveram envolvidos na situação.

6 - DISCUSSÃO CRÍTICA DA METODOLOGIA E DOS RESULTADOS ENCONTRADOS

É sabido que os acontecimentos traumáticos devido à sua violência e magnitude, e ao seu carácter inesperado podem deixar sequelas profundas no indivíduo, que podem ser de intensidade variada. As sequelas deixadas por um acontecimento traumático podem ser tão intensas ao ponto de ser passíveis de afetar tanto a saúde física como a saúde mental de um indivíduo, no entanto o acontecimento traumático pode ter uma menor intensidade, nunca passando inadvertido (Arriaga et al., 2012).

A intensidade com que essa situação é vivenciada pelo indivíduo dependerá de um conjunto de fatores, como a personalidade, o estatuto sociocultural, os mecanismos de adaptação e até das experiências de vida anteriores. Os acontecimentos traumáticos são então uma forma brusca de transmitir ao indivíduo, o quão vulnerável pode ser, num mundo que era visto até então como um espaço seguro.

Os indivíduos expostos de modo permanente a eventos críticos potencialmente traumáticos são mais vulneráveis, ao desenvolvimento de, por exemplo, Perturbação Pós Stresse Traumático.

Associados a esta Perturbação surgem muitas vezes perturbações em processos humanos fundamentais, que nos permitem viver, aprender e lidar com o mundo que nos rodeia (Blanchard & Hickling, 1997).

São hoje conhecidas as diferentes reações aos eventos ou situações potencialmente traumáticas, sabendo-se ainda que uma importante percentagem de pessoas poderá inclusivamente desenvolver perturbações, como a supracitada, com percentagens de prevalência apresentadas entre

os 8% a 9% da população (Kessler et al., 1995; Albuquerque et al., 2003).

Diferentes investigadores relataram a necessidade de intervenções psicológicas na crise, após desastres, tanto ao nível do apoio na comunidade, com a prestação de serviços de apoio *on field* (Heffron, 1977), assim como o relatar da importância da necessidade de formação específica na designada de *Disaster Mental Health* (Brownstone, 1977).

Considera então que no sentido de mitigar as possíveis repercussões, causadas por este tipo de eventos, reveste-se então de primordial importância a Intervenção Psicológica na Crise, contemplando todas as suas valências e técnicas de índole Psicossocial (Fischer & Riedesser, 2003).

Existem porém algumas investigações que colocam em causa as evidências sobre a eficácia nas análises empíricas das medidas/modelos de intervenção em crise (Carlier et al, 1998; Mayou, 2000; Bering, 2005; Bering et al., 2006). Esta discussão tem surgido com alguma frequência, sobretudo por aspetos que podem ser tão relevantes e que contrapõem os autores que referem a ineficácia de alguns modelos, como o fato de estes não serem aplicados corretamente por psicólogos com formação específica na área (Hammond, J. & Brooks, J., 2001).

A literatura sugere que a intervenção precoce é fundamental, não só para mitigar o surgimento da PTSD como para ajudar as pessoas a lidar com o incidente traumático (Matt J. et al., 2004). Uma das grandes dificuldades que se têm porém encontrado é a grande discrepância em termos do *timing* de intervenção nos diferentes modelos que pode variar de alguns dias a vários meses (Tuckey, 2007).

Apesar de toda a discussão em torno dos referidos modelos, a OMS (2005) recomenda a utilização do modelo CISM, mas sobretudo nesta fase da utilização de Primeiros Socorros Psicológicos a quem vivenciou eventos críticos.

Ainda no respeitante ao modelo CISM, importa clarificar algumas das opções sobretudo da utilização do CISD. A revisão sistemática da literatura de Mitchell (2003) demonstra claramente o conjunto de informações desajustadas sobre o Modelo CISM, que de alguma forma contaminou a perceção mas também as expectativas relativas ao mesmo.

Apesar das diferentes críticas realizadas, o que se verifica na maioria dos estudos analisados é que, em primeiro lugar existe uma grande dificuldade na compreensão no que diz respeito à intervenção em Crise. Em segundo lugar a utilização do Modelo CISM, particularmente o CISD, é muitas vezes aplicado em pessoas para as quais não está desenhado. A terceira grande dificuldade encontrada prende-se com o fato de em muitos dos estudos encontrados o Modelo e as diferentes técnicas foram aplicados por técnicos com pouco ou nenhum treino, que confundem o CISM e algumas das suas técnicas como o CISD, como uma forma de psicoterapia.

Uma outra situação que altera por completo a perspetiva e visão usual é o desempenhar uma intervenção psicológica, seja esta sustentada em que modelo for, em condições de desastre. É sem dúvida um desafio sobretudo numa fase inicial, em que existem inúmeras expectativas para o desempenho do apoio psicológico, que são muitas vezes incompatíveis com o trabalho de terreno no local do desastre.

Uma das mais notórias diferenças, que será possível de encontrar é o *setting* utilizado, que é tão distinto como, um abrigo temporário, um local de alimentação ou um qualquer outro espaço, possível numa situação de desastre. Resumidamente, esta intervenção clínica no terreno vai ao encontro dos sobreviventes onde estes se encontrarem, e não dentro dos limites controlados do usual conceito do domínio profissional clínico.

Esta situação levanta um dos primeiros desafios, sobretudo num cenário em que as condições no terreno não sejam fáceis, o que tende a acontecer com alguma frequência. Será então fundamental, apesar de não se ter um *setting* do contexto formal clínico, ter um espaço onde as

Discussão crítica da metodologia e dos resultados encontrados

diferentes variáveis que influenciem, numa primeira fase com o potencial traumático (e.g. visualizar imagens chocantes; gritos) e numa segunda fase no processo de estabilização emocional da pessoa.

Conhecidos os modelos e diferentes abordagens da Intervenção Psicológica em situações de Catástrofe, Crise e Emergência, importa ter obviamente em conta que muito parece ainda estar por fazer, sobretudo na sustentação de alguns modelos para além da abordagem empírica, mas as diferentes perspetivas sustentam o mesmo, na prevenção de distúrbios psicológicos, quanto mais cedo a vítima for abordada, diagnosticada e tratada, melhor será o prognóstico a longo prazo (Campfield & Hills, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

O presente relatório, procurou dar uma visão da atividade profissional, focando sobretudo, como preconizado pelas linhas orientadoras para a realização do Relatório de Atividade Profissional, numa atividade concreta, tendo neste caso a escolha recaído, pela área onde o investimento académico e profissional tem recaído com uma maior ênfase.

A evidência da ocorrência de incidentes críticos por todo o mundo é clara e facilmente perceptível, pela rápida e fácil informação de que hoje em dia dispomos.

As situações de catástrofe, crise e emergência são frequentes, sendo a sua probabilidade de ocorrência muito significativa, não ficando fora deste risco, nenhuma estrutura, país ou pessoa, independentemente do nível de prevenção e preparação de que dispõem. Pelo já exposto, fica igualmente claro que todas estas situações podem causar um intenso sofrimento humano, ferimento e até a morte, potenciando o surgimento do trauma psicológico e/ou perturbações psicológicas clinicamente significativas nas vítimas sobreviventes ou até em testemunhas, desses incidentes críticos.

Este sofrimento sustenta a necessidade da adequação e intervenção do Apoio Psicossocial, em intervenções de carácter preventivo, pré e pós evento traumático, sempre realizados por especialistas nesta área de intervenção.

Houve sempre a intenção pessoal de que o investimento nesta área de especialização, não colocasse uma barreira naquilo que seria a sua

Considerações finais e conclusão

prática clínica convencional, mas sim como um complemento na visão e perspectiva, vistas pessoalmente como complementares na abordagem à pessoa.

Tal como Wallerstein cit in Gabbard, (1998) considerava que todas as formas de psicoterapia contêm uma mistura de elementos expressivos e de apoio, defendendo ainda Gabbard que não se deve considerar a psicoterapia expressiva, dinâmica, exploratória ou orientada para o *insight* e a psicoterapia de apoio como sendo estas duas modalidades distintas de tratamento, mas sim, devendo compreender-se o processo terapêutico como aquele que ocorre num *continuum* expressivo/de apoio, o que é verdadeiramente verificado tanto na investigação empírica como na prática clínica.

A realização de trabalhos de investigação no campo da Perturbação Pós Stresse Traumático e os seus respetivos resultados, como a prática do desempenho do trabalho de voluntariado no âmbito da Proteção Civil, apresentaram-se como decisivos na procura de respostas e modelos de intervenção, cuja formação base em Psicologia Clínica não fornecia, o que ainda acontece na grande maioria dos cursos de Psicologia Clínica em Portugal.

O começo pelo interesse neste campo, levou à procura e ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos que em Portugal eram praticamente inexistentes o que levou à criação do primeiro Plano Especial de Emergência de Intervenção Psicológica na Crise no âmbito do Contexto da Proteção Civil, e à criação da Equipa de Intervenção Psicológica na Crise de Portalegre.

O caminho que se seguiu, dada a inexistência de informação no âmbito da Intervenção Psicológica na Crise foi a criação de Simpósios, o primeiro com cariz Nacional e os restantes já com a presença de peritos internacionais, promovidos pelo Centro de Estudos de Saúde Mental da Escola Superior de Saúde de Portalegre, cujo intuito foi, primeiro compreender o que existe em Portugal, quem trabalha neste campo e o que poderá ser feito. Os restantes Simpósios focaram mais a componente

Considerações finais e conclusão

da intervenção no desastre, os modelos e dados concretos para uma efetiva intervenção, complementados em termos pessoais com a aposta em formação específica nesta área.

De toda esta realidade surgiu a criação de um curso de Pós Graduação, o mais antigo em Portugal nesta área de intervenção, que pretendeu juntar entre a componente de prática no terreno, a componente empírica e a componente de investigação, sendo hoje um curso que continua a crescer e que vai já na sua 7^a Edição.

A participação em eventos científicos, prática de terreno e investigação realizada, complementou – se com os convites para o lecionar em Hamburgo a futuros líderes de missões internacionais da União Europeia, assim como participação como docente em mais duas estruturas Universitárias Portuguesas, para além da entidade patronal a Escola Superior de Saúde de Portalegre.

A evolução e investimento, assim como a prática de terreno, revelou a necessidade de criação de um modelo ajustado à realidade de intervenção em Portugal, tendo sido por isso desenvolvido o Modelo Impacto Reação e Reorientação (IRR), modelo de primeiros socorros psicológicos, já apresentado e publicado em revista científica. Tendo assim sido feita a aliança entre a parte operacional e a componente académica.

Perto de terminar, não poderão ser esquecidos os desígnios futuros e o perspetivar das orientações e metas a atingir. Assim sendo, o investimento e aposta no futuro académico e profissional, que deverão na opinião do autor estar sempre a par, continua em vários aspetos, com a esperada conclusão da tese de doutoramento na Universidade de Salamanca, da qual já completou a Tesina, estando a Tese final ainda em execução, aspeto este no desenvolvimento curricular que pessoalmente mais transtornos tem causado, sobretudo devido ao pouco investimento que tem sido possível realizar por parte do autor, sobretudo pelas condicionantes e exigências profissionais, mas também pelo fato de ter deixado outros projetos sobreporem-se à execução dessa mesma Tese

Considerações finais e conclusão

cuja temática é Atenção e Memória em Bombeiros com Perturbação de Stresse Pós Traumático Subclínica.

Esta é uma situação para a qual o autor terá que focar e centrar a sua atuação obrigatoriamente, no sentido da conclusão da mesma.

A continuação nos grupos de peritos em projetos Europeus, para o desenvolvimento das *guidelines* internacionais, é também um desígnio pretendido, no sentido de manter e partilhar as experiências adquiridas.

Outra das apostas do autor é a conclusão do Curso europeu de especialidade em Psicotrauma, cuja abrangência parece ir ao encontro das opções em termos de formação realizadas pelo autor, contemplando da profilaxia, à intervenção em crise até ao acompanhamento clínico das pessoas expostas a eventos traumáticos.

A continuação do abraçar de novos desafios de futuro tem sido uma constante, tendo sido efetivado o convite para assegurar o funcionamento do Gabinete de Apoio Psicopedagógico do Instituto Politécnico de Portalegre, situação aceite pelo autor, sendo esta mais uma função que desempenha atualmente.

Importa compreender que nenhum ato é vazio de significado, e que o ambicionado não é o querer desenvolver competências em todas as áreas mas sim o dar um enfoque particular nos campos de intervenção a que se propõem. Será com naturalidade que os desígnios e investimentos cimentem a diretividade no percurso profissional e académico que se avizinha.

O presente relatório de atividade profissional, procurou então constituir-se como um documento de reflexão sobre o percurso do Psicólogo Clínico, como um momento de reconstrução retrospectiva de um percurso.

Foi ainda com toda a certeza uma oportunidade de reflexão individual, enquanto profissional e licenciado em Psicologia Clínica, sobre os sucessos, limitações e traçado percorrido.

Considerações finais e conclusão

Sendo que a perseverança, resistência à frustração e sobretudo a procura do futuro, as condicionantes que deverão nortear os desígnios que se avizinham.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, J. Angermeyer, M. C. Bernert, S. Bruffaerts, R. Brugha, T. S. Bryson, H. de Girolamo, G. de Graaf, R. Demyttenaere, K. et al. (2004) Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 109, 21-27.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth Ed., Text Revision)*. Washington, DC: Author.

Aguilera, D. C. & Messick, J. M. (1982). *Crisis Intervention: theory and methodology*, 4^a ed. Mosby, St. Louis, MO.

Arriaga, M. (2006) *Plano Especial de Intervenção Psicológica na Crise e na Emergência no Distrito de Portalegre*. Comando Distrital de Operações de Socorro de Portalegre. Portalegre

Astin, M. C., & Resick, P. A. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estres postraumatico. In V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicologicos*, vol. 1. (pp. 171-209). Madrid, Spain: Siglo XXI.

Baldwin, B. A. (1979). Training in crisis intervention for students in the mental health professions. *Professional Psychology*, 10, 161–167.

Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129-1148.

Referências bibliográficas

Bennice, J. A., Resick, P. A., Mechanic, M., & Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on posttraumatic stress disorder symptomatology. *Violence & Victims*, 18 , 87-94.

Bernat, J. A, Ronfeldt H.M., Calhoun, K. S., & Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 645–64.

Bisson JJ, Shepherd JP, Joy D, Probert R, Newcombe RG. Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. *British Journal of Psychiatry* 2004;184:63–9.

Brake, H., Dückers,M; Vries,M.; Duin,D.; Rooze,M.; Spreeuwenberg,C. (2009) *Nursing and Health Sciences*, 11, 336–343

Breslau, N., & Davis, G.C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population on young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 671-675.

Breslau N., Peterson E., Kessler R., Schultz L.: Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder; *Am J Psychiatry* 1999;156(6):908-11

Brett, B. (1993). Psychoanalytic contributions to a theory of traumatic stress. In Wilson, J.P., and Raphael, B. (eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, Plenum Press, New York.

Brewin CR, Andrew B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2000;68:748–66.

Brewin CR. *Posttraumatic Stress Disorder: Malady or Myth*. New Haven: Yale University Press, 2003.

Referências bibliográficas

Brewin CR, Scragg P, Robertson M, Thompson M, d'Ardenne P, Ehlers A. Promoting mental health following the London bombings: a screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress* 2008; 21(1):3–8.

Brownstone, J. (1977). Disaster-relief training and mental health. *Hospital & Community Psychiatry*, 28, 30–32.

Caplan, G. (1963). Emotional crisis. In A. Deutsh & H. Fishbein (Eds.), *The Encyclopaedia of Mental Health* (vol.2). New York: Basic Books.

Carter, M.L. (2000). Social support systems as factors of academic persistence for African American, lower-income, first-year college students and high school graduates not attending college. *Dissertation Abstracts International*, 61(5), 2061.

Carlier IVE, Lamberts RD, van Uchelen AJ, Gersons BPR. Disaster-related post-traumatic stress in police officers: a field study of the impact of debriefing. *Stress Med.* 1998;14:143–148

Chinman, M.J., Weingarten, R., Stayner, D., & Davidson, L. (2001). Chronicity reconsidered. Improving personenvironment fit through a consumer-run service. *Community Mental Health Journal*, 37(3), 215–229.

Compilação legislativa da Protecção Civil: 1ª edição 2008; Autoridade Nacional de Protecção Civil; Ministério da Administração Interna; Carnaxide – Portugal

Cortés, B. & Aragonés, J. I. (1997). Multiplicidad Temática en la Comprensión Psicológica de los Desastres. *Papeles del Psicólogo*. Septiembre nº 68.

County. January 31. Debriefing. *Disaster Management* 2, pp. 25-31.

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1997). *Developmental perspectives on trauma: Theory, research and intervention*. Rochester, NY: University of Rochester Press.

Referências bibliográficas

Creamer, M. (2000). Posttraumatic stress disorder following violence and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (5), 431/449.

Darves-Bornoz, J. Alonso, J. de Girolamo, G. de Graaf, R. Haro, J. Kovess-Masfety, V. Lepine, J. Nachbaur, G. Negre-Pages, L. Vilagut, G. Gasquet, I. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. *Journal of Traumatic Stress*. 21(5), 455-462.

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D, & Rowe, M. (2006) Peer Support Among Adults With Serious Mental Illness: A Report From the Field. *Schizophrenia Bulletin*. Vol 32, 3, 443–45

DeWolfe, D.J. (2000). Training manual for mental health and human service workers in major disasters. DHHS Publication No. ADM 90-538. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Dohrenwend, B. P., & Dohrenwend, B.S. (1981). Socioenvironmental factors, stress, and psychopathology. *Am J Community Psychol*; 9(2) 128-64

DSM IV-R. (1996). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. 4ª Ed. American Psychiatric Association. Climepsi Editores. Lisboa.

Dyregrov,A. (1989). Caring for helping in disaster situations: Psychological

Ehlers A,: Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry* 2003;53: 817–26.

Esch T, Stefano GB, Fricchione GL, Benson H: An Overview of Stress and Its Impact in Immunological Diseases. *Mod Asp Immunobiol*, 2002; 2: 187-192

Referências bibliográficas

Esch T, Stefano GB, Fricchione GL, Benson H: The role of stress in neurodegenerative diseases and mental disorders. *Neuroendocrinol Lett*, 2002; 23: 199-208

Everly, G. & Mitchell, J. (1996). *Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*. 2ª ed. Ellicott City, MD: Chevron;

Everly, G. & Mitchell, J. (1997). *Innovations in disaster and trauma psychology: Critical incident stress management, a new era and standard of care in crisis intervention*. Ellicott City, MD: Chevron;

Everly GS Jr, Flynn B: Principles and practical procedures for acute psychological first aid training for personnel without mental health experience. *Int J. Emerg. Ment. Health* 2006; 8:93–100

Everstine, D. S. & Everstine, L. (1993). *The trauma response: Treatment for emotional injury*. New York: Norton.

Eckenrode, J., Laird, M., & Doris, J. (1993). School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Developmental Psychology*, 29, 53-62.

Fernández, M. R. (1997). *Intervención Psicológica en Desastres: Un Proyecto de trabajo*. Papeles del Psicólogo. Sptiembre nº 68.

Fischer, G., Bering, R., Hartmann, C. & Schedlich, C. (2000). *Prävention und Behandlung von Psychotraumen, Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2000 (S. 10–54)*. München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.

Flannery, R.B. & Everly, G. S. (2000). Crisis Intervention: A Review. *International Journal of Emergency Mental Health*. 2(2), pp. 119-125.

Follette, V. M., Polusny, M., Bechtle, A. E., & Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 25-35.

Referências bibliográficas

Friedman, M. (1997). Post traumatic stress disorder: An overview. National Center for PTSD: Dartmouth Medical School.

Gabbard, G.O. (1998) *Psiquiatria Psicodinâmica*, 2ªed. Editora: Artemed: Porto Alegre.

Governo Civil de Santarém, in “Distrito de Santarém, Terras da “Riba do Tejo”, uma breve caracterização socioeconómica”. Série de Estudos Regionais, nº4. Março de 1998;

Governo Civil de Santarém, in “O Distrito de Santarém, Municípios, Gentes e Terras do Vale do Tejo – Uma Breve Caracterização Sócioeconómica”. Setembro de 2004;

Goenjian, A. K., Walling, D., Steinberg, A. M., Karayan, I., Najarian, L. M., & Pynoos, R. (2005). A prospective study of posttraumatic stress and depressive reactions among treated and untreated adolescents 5 years after a catastrophic disaster. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 2302-2308.

Gray MJ, Litz BT. Behavioral interventions for recent trauma. *Behavior Modification* 2005; 29(1):189–215.

Guerra, J. M. M. (1997). *Intervención Psicológica en Desastres Bélicos*. Papeles del Psicólogo. Septiembre, nº 68.

Haslam, C. and Mallo, K.. (2003). A preliminary investigation of post-traumatic stress symptoms among firefighters. *WORK & STRESS*, VOL. 17, nº 3, pp. 277-285 . Taylor and Francis;

Hammond J, Brooks J. Helping the helpers: the role of critical incident stress management. *Critical Care*. 2001;5:315–317

Heffron, E. F. (1977). Project Outreach: Crisis intervention following natural disaster. *Journal of Community Psychology*, 5, 103–111.

Referências bibliográficas

Hoff, L. A. (1995). *People in crisis: Understanding and helping*. 4^a ed. San Francisco: Jossey-Bass;

IFRC Psychosocial Framework 2005-2007

Impact. (2007) *Guideline early psychosocial interventions after major disasters, terrorism and other stressful events*. Utrecht: Trimbos Institute

INE – Instituto Nacional de Estatística, Anuários Estatísticos – Regiões Alentejo e Centro;

IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings Interagency Standing Committee (IASC), Geneva 2007

Kendler KS, Karkowski L, Prescott CA: Stressful life events and major depression: risk period, long-term contextual threat and diagnostic specificity. *J Nerv Ment Disord* 186:661-669, 1998.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Landesman, L.Y. (2001). *Public Health Management of Disasters: The Practice Guide*. Washington, D.C.: American Public Health Association.

Leal, I. (1999). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101;

Litz BT, Gray MJ, Bryant RA, Adler AB. Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002;9(2):112–34.

Referências bibliográficas

Litz BT, Gray MJ. Early intervention for trauma in adults: A framework for first aid and secondary prevention. In: Litz BT editor(s). *Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss*. New York: Guilford Press, 2004.

Levetown M. Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*. 2008;121:e1441-e1460.

López, E.P. (1997). *Psicología, Instituciones Y Catástrofes*. Papeles del Psicólogo. Septiembre nº 68.

Maia, A., Guimarães, C., Magalhães, E., Capitão, L., Campos, M., & Capela, S. (2006). Experiências adversas e funcionamento actual: um estudo com jovens portugueses. *Actas do VI Congresso Nacional de Investigação em Psicologia Vol XII* (pp. 54-73), Évora.

Mayou RA, Ehlers A., Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accident victims. *Br J Psychiat*. 2000;176:589–593

Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.

Matsakis, A. Ph.D. (1996). *Vietnam Wives: Facing the challenges of life with Veterans Suffering Post-Traumatic Stress*. The Sidran Press.

Matt J. Gray, Shira Maguen, and Brett T. Litz, "Acute Psychological Impact of Disaster and Large-Scale Trauma: Limitations of Traditional Interventions and Future Practice Recommendations," *Prehospital and Disaster Medicine* 19, no. 1 (2004): 64–72.

Marques-Teixeira, J. (2000). Trauma e Stress: uma divergência com implicações clínicas. *Saúde Mental*, IV, 3, pp. 9-16.

Referências bibliográficas

McFarlane, A. C., & De Girolamo, G. (1996). The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 129-153). New York: Guilford Press.

McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 45-79.

Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134–141.

Mead, S. (2003). Defining peer support. Acedido em [Http://www.mentalhealthpeers.com/pdfs7DefiningPeerSupport.pdf](http://www.mentalhealthpeers.com/pdfs7DefiningPeerSupport.pdf)

Min, S., Whitecraft, J., Rothband, A.B., & Salzer, M.S. (2007). Peer support for persons with co-occurring disorders and community tenure: A survival analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 207–213.

Mitchell, J. (2003). *Crisis Intervention & CISM: A Research Summary*. International Critical Incident Stress Foundation.

Mitchell, J. & Bray, G. (1990). *Emergency Services Stress: Guidelines for Preserving the Health and Careers of Emergency Services Personnel*. New Jersey: Prentice-Hall.

Mitchell, J. T. & Everly, G. S. (1993). *Critical Incident Stress Debriefing: an operation manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*. Ellicott City, Md: Chevron Publishing Company.

Mollica, R. F., Lopes Cardozo, B., Osofsky, H. J., Raphael, B., Ager, A., & Salama, P. (2004). Mental health in complex humanitarian emergencies. *Lancet*, 364, 2058-2067.

Referências bibliográficas

Montoya, C. N. Q. (2005). Escenarios de una Catastrofe. Revista de Antropologia Iberoamericana. Feberero, nº 39.

Moore, R.H. (1993). Traumatic incident reduction: a cognitive-emotive treatment of post-traumatic stress disorder.

Natário, R. & Lima, H. (2008). ETOPS: Estudo Tático Operacional de Protecção e Socorro para o Distrito de Santarém. Versão 2. Comando Distrital de Operações de Socorro de Santarém. Santarém.

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.

Nelson, G., Ochocka, J., Janzen, R., Trainor, J. (2006) A Longitudinal Study of Mental Health Consumer/Survivor initiatives: Part 1 – Literature Review and overview of the Study. *Journal of Community Psychology*, Vol 34, 3, 247-260.

Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65, 3, 207-239.

Oliveira, S.; Filipe, C. (2009) Guia de Reabilitação Psicossocial para a Saúde Mental. Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor. Caldas da Rainha. ISBN 978-989-629-001-6.

Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2003;129(1):52–73.

Parada, E. (1998). Manual de psicología aplicada al salvamento y socorrismo. Salvamento Acuático, Salvamento Deportivo y Psicología. Ed. Xaniño. A. Coruña.

Referências bibliográficas

Pereira, M. G. & Ferreira, J. M. (2003). Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção. Climepsi Editores. Lisboa.

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.

Prieto, F.A. et al. (2001). Comunicación de malas noticias. *Revista Psiquiatria. Facultad Médica Barra*; 28 (6): pp. 350-356.

Prociv3 (2008). Manual de apoio à elaboração e operacionalização de Planos de Emergência de Protecção Civil. Cadernos Técnicos Prociv. Autoridade Nacional de Protecção Civil;

Pruett, H. L. & Brown, V. B. (1990). Crisis Intervention and Prevention as a Campus-as-Community Mental Health Model. *New Directions for Stue Services*, (49), pp. 3-16.

Pruitt, D. (2009) *Your Child: Volume 1*. HarperCollins Publishers. ISBN: 0062737309

Quarantelli, E.L. (2006). Emergencies, disasters, and catastrophes are different phenomena. Accessed 1/31/2006 em <http://www.udel.edu/DRC/preliminary/pp304.pdf>

Repper, J & Perkins. R. (2003) *Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health* Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits and critical ingredients.

Resnick, S, G., & Rosenheck, R. A. (2008). Integrating Peer-Provided Services: A Quasiexperimental Study of Recovery Orientation, Confidence, and Empowerment. *Psychiatric Services*, V. 59, 11, pag. 1307-1317.

Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.

Referências bibliográficas

Reyes, G., & Elhai, J. D. (2004). Psychosocial interventions in the early phases of disasters. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 399-411.

Roberts, A. R. (2000). An overview of crisis theory and crisis intervention. In A. R. Roberts (Ed.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (2nd ed., pp. 3–30). New York: Oxford University Press.

Romero, J. A. A. (1997). Intervención Psicológica Inmediata con Víctimas de una Catástrofe Natural. *Papeles del Psicólogo*. Septiembre nº 68.

Ronald, W. & Quinsey, P. M. (2004). *Stress Management Services for Emergency Services Professionals in King County*. Public Health Seattle & King

Ronald, W. & Quinsey, P. M. (2006). *Crisis Intervention & Stress Management Education for Emergency Services Personnel*. Public Health Seattle & King County. In Revision August 2006.

Rothbaum BO, Foa EB, Riggs DS, Murdock TB, Walsh W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1992;5:455–475.

Sancerni, C. F. & Orleáns, L. D. & Gambau, V. M. L. (1997). Apoyo Psicológico: Formación e intervención con el Voluntariado en Desastres. *Papeles del Psicólogo*. Septiembre nº 68.

Satcher, D., Friel, S., Bell, R. (2007) Natural and Manmade Disasters and Mental Health. *JAMA*. 2007; 298(21):2540-2542

Schnurr PP, Friedman MJ, Bernardy NC: Research on posttraumatic stress disorder: epidemiology, pathophysiology, and assessment. *J Clin Psychol* 2002; 58:877–889

Referências bibliográficas

Sells, D.L., Davidson, L., Jewell, C., Falzer, P., & Rowe, M. (2006). The treatment relationship in peer-based and regular case management for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 57(8), 1179–1184.

Selye H. *The Stress of Life* (rev. edn.). New York: McGraw-Hill, 1976.

Seynaeve (2001). *Psycho-social Support in Situations of Mass Emergency*. European Policy Paper concerning different aspects of psycho-social support for people involved in major accidents and disasters. Ministry of Public Health, Brussels, Belgium.

Slaiken, K.A. (2000). *Intervención en Crisis: manual para práctica e investigación* (2ª ed). México. Manual Moderno.

Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392–401.

Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.

Tuckey, M. (2007). *Issues in the Debriefing Debate for the Emergency Services: Moving Research Outcomes Forward*. Blackwell Publishing.

Thurman TR, Jarabi B, Rice J. (2012). Caring for the caregiver: Evaluation of support groups for guardians of orphans and vulnerable children in Kenya. *AIDS Care*. Feb 2

U. S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families.(2009).*Child maltreatment 2007*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Vidal, A. S. & Morales, J. F. (2002). *Acción Psicológica e Intervención Psicosocial*. *Acción Psicológica*. Pp.11-24.

Referências bibliográficas

Wainrib, B.R. & Bloch, E.L. (1998). *Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma: teoria y práctica*. Bilbao. Desclée de Brouwer.

Wilson, J. P. (1994). The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: From Freud to DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 681-698.

World Health Organization/EHA/EHTP (1999). *Emergency Health Training Programme for Africa. Training Modules*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization (2005). *Mental health and psychosocial care for children and adolescents affected by natural disasters*. WHO, Geneva, Department of Mental Health and Substance Abuse.

World Health Organization (2005). *Psychosocial Care of Tsunami Affected Populations – Physician’s Manual*. World Health Organization. New Delhi, April.

World Health Organization (2005). *Psychosocial care of Tsunami affected populations. Caring for your own emotional well-being. Guidelines for relief workers*. New Delhi. WHO SEARO. Department of Non-communicable Diseases and Mental Health.