

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

António Paulo Costa Saraiva

INTERVENÇÃO EM CRISE:
BREVE REFLEXÃO EM TORNO DE ALGUMAS
QUESTÕES

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento orientado pela Professora Doutora Maria Paula Barbas de Albuquerque Paixão e apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Fevereiro de 2021

Dedicatória

É da mais elementar justiça que faça um destaque para a pessoa do Dr. Bruno Brito, psicólogo clínico de renome e prestígio reconhecido, do qual o convívio me permitiu beber uma infinidade de influências e preciosas sugestões de trabalho e estudo, num eterno agradecimento.

Agradecimentos

Para que este trabalho visse a luz do dia o meu trabalho foi facilitado pelo estímulo e apoio constante e incansável de algumas pessoas que me são muito especiais e que merecem o meu reconhecimento e agradecimento, começando pela minha família e tudo o que me proporcionaram, pelos exemplos que me deram, e pelos valores que transmitiram sempre e onde cada pessoa deixou a sua marca e contribuiu à sua maneira, uns de perto, outros de longe, ajudando-me e acreditando em mim.

Também um profundo agradecimento à minha namorada, a minha primeira crítica e que tem sido sem sombra de dúvida a fonte de estímulo neste trajeto tão longo, e que tanto nos custou por vezes, tendo sido imparável, incansável, nunca te faltaram forças, cabeça ou paciência para lidares comigo, ou ouvires desabafos.

A alguns amigos, que merecem pelas suas experiências pessoais e profissionais, a minha maior admiração e respeito e que estiveram sempre próximos, colaborando com as suas ideias e opiniões críticas, no sentido de elevar a qualidade das abordagens às temáticas desenvolvidas por forma a construir este trabalho, neste caso, faço referência às pessoas dos professores Álvaro Reis e Carlos Lopes Polainas e da Dra. Leonilde Inácio, Dr. Paulo Peixoto, Provedor do Estudante, aqui, podia referir tantos outros, que me acompanharam ao longo deste percurso, dando-me força e elevando a minha crença em momentos em que eu próprio tinha dúvidas, verdadeiros amigos e companheiros de caminho, que me aturaram, não só quando estava acima da linha de água, onde tecia brindes de alegria e aparvalhava as nossas conversas, mas também quando me fechava na minha em torno das minhas preocupações, onde me preparava.

A todos, uma e a mesma palavra, obrigado, foram fenomenais.

Evidentemente que em todo este percurso encontrei uma “luz”, que sempre iluminou o meu caminho, pelo que atribuo uma grande responsabilidade a todas as figuras que se cruzaram comigo ao longo da minha vida, mas sobretudo aqueles que me formaram até hoje aos mais diversos domínios que envolvem o ser humano, evidenciando desde logo a pessoa da Professora Doutora Maria Paula Barbas de Albuquerque Paixão, pois sem o seu apoio não era possível ter adquirido tantos conhecimentos ou ter crescido tanto ao longo deste processo, reconhecendo a sua dedicação, rigor, paixão, empenho e perfeccionismo são um exemplo que guardo e levo com orgulho e gratidão para o resto da minha vida.

Agradeço ainda a duas instituições muito especiais, que me proporcionaram experiências marcantes e que foram bastante significativas ao longo deste percurso, a Câmara Municipal de Soure e Corporação dos Bombeiros Voluntários de Soure, nas pessoas do presidente, o Dr. Mário Jorge da Costa Rodrigues Nunes, do varedor, Dr. Gil António Contente Soares e da Chefe Divisão Assuntos Sociais e Educação R/S na Município de Soure e minha orientadora do estágio curricular, Dra. Sofia Valente, por me ter aproximado inicialmente daquele que seria o trabalho realizado por um psicólogo, onde pude aprender, observar, julgar algumas questões, da área da psicologia, algo que foi bastante importante antes de ter decidido dar o meu primeiro passo neste curso.

A verdadeira realidade aprende-se e conhece-se no teatro de operações, permitindo-me crescer, evoluir e ir construindo o meu conhecimento prático, por isso, foi na Corporação dos Bombeiros Voluntários de Soure, onde realizei o meu estágio curricular, que encontrei um contexto muito diverso, muito exigente, e onde me tornei responsável como psicólogo estagiário, sendo que esta experiência proporcionou-me uma oportunidade ideal para aplicar os meus conhecimentos, assim como de adquirir novos, tanto na área da psicologia como na área da emergência, proporcionando-me ainda conhecer e aprender com diversos e excelentes profissionais de emergência, como foi o caso do senhor João Paulo Contente, comandante dos Bombeiros Voluntários do Concelho de Soure, a quem também agradeço de forma sincera.

De uma forma geral, agradeço a todos aqueles que observaram, acreditaram, provocaram e puxaram pelo melhor de mim, em todas as fases da minha vida, vocês não sabem o quão importante foram para mim a cada gesto vosso, pois o mundo não seria igual caso não existissem aquelas “ajudas improváveis”, aquelas que ninguém espera, aquelas que por vezes sem saber, entendiam que podiam ajudar, fosse através de atos, sorrisos, ou palavras amigas, atenuaram pesos, provocaram sorrisos, iluminaram o meu trajeto.

Um eterno obrigado a todos e a todas que foram mencionados diretamente ou indiretamente, vocês são, e foram de facto muito importantes para tudo aquilo que sou.

A todos...um bem-haja!

Resumo

A seleção desta temática para desenvolver a investigação que está na base da minha tese deve-se em especial ao carácter de inovação e pertinência que ela encerra em particular numa fase em que Portugal e o Mundo vivem num contexto de uma pandemia.

Começo por referir que encontrei uma verdadeira *Caixa de Pandora* ao envolver-me no contexto prático da realidade de trabalho pois desde o início da investigação que todos os dias havia coisas diferentes e números diversos dos existentes no dia anterior, fazendo-me claramente sair da minha zona de conforto, que é o que se aprende em sala de aula.

Esta temática da “intervenção em crise” é algo que ainda não é demasiado estudado, pelo que um dos objetivos presentes durante a elaboração do mesmo acaba por constituir um contributo para uma melhor compreensão teórico-prática e técnico-científica do mesmo.

O ir para o terreno e conhecer o teatro de operações permitiu-me ter noções da realidade perante episódios traumáticos e de intervenção em crise, que teria sido bastante mais difícil entender apenas através da leitura de protocolos e de literatura recomendada, antes contribuiu para que este trabalho de investigação científica pudesse ser um importante subsídio para um conhecimento mais amplo e profundo sobre o que é a psicotraumatologia e a intervenção em crise.

Este trabalho foi feito com base na recolha de dados no terreno, recorrendo a fontes primárias de informação, por observação, tendo sido realizadas entrevistas com sujeitos população-alvo, nomeadamente na corporação de Bombeiros Voluntários de Soure.

Foi possível ter uma perspetiva mais aprofundada e real dos níveis de ansiedade, de preparação, do sacrifício e da resistência / resiliência perante o choque, o trauma e aquilatar a sua capacidade em encontrar soluções para as várias realidades enfrentadas.

Esta é uma área análise e do conhecimento que ainda está a ser desbravada, pois só nos últimos anos se notou algum interesse e curiosidade por parte de alguns investigadores, mais no âmbito do contexto social, que olha para o grupo e como este tende a preparar-se para situações de choque para a vida humana e não tanto do contexto emocional, em especial como cada indivíduo absorve, enfrenta e reage a estas circunstâncias.

Além disso, e como consequência de situações como acidentes de viação, com existência de vítimas politraumatizadas ou encarceramentos, atentados terroristas, violência doméstica e outros crimes públicos ou ainda, por exemplo, no apoio às vítimas da pandemia Covid19, onde poderá ser necessário notificar a morte de entes queridos, a função do psicólogo com especialização em psicotraumatologia e intervenção em crise é essencial para mitigar o choque dos notificados.

Este trabalho deve ser entendido como um subsídio para propor sugestões e linhas de orientação que possam dar respostas a situações várias, como a necessidade de promoção da prevenção, da preparação em equipa, nomeadamente, na área psicoeducativa, no que respeita ao trauma psicológico nas situações de crise, desastre ou catástrofe, suportadas em evidências concretas da recolha de informações no teatro de operações, por forma a potenciar um melhor conhecimento do que é a psicotraumatologia e a intervenção em crise.

Palavras-chave: crise, trauma, intervenção em crise, psicotraumatologia

Crisis Intervention: Brief reflection on some issues

Abstract

The selection of this theme to develop the research that is the basis of my thesis is due in particular to the character of innovation and relevance that it contains in a particular phase in which Portugal and the world live in a pandemic context.

I begin by mentioning that I found a true Pandora's Box by getting involved in the practical context of the work reality because since the beginning of the investigation that every day there were different things and numbers different from those existing the day before, making me clearly leave my comfort zone, which is what you learn in the classroom.

This theme of "crisis intervention" is something that is not yet studied too much, so one of the objectives present during the elaboration of it ends up constituting a contribution to a better theoretical-practical and technical-scientific understanding of it. Going to the field and knowing the theater of operations allowed me to have notions of reality in the face of traumatic episodes and crisis intervention, which would have been much more difficult to understand just by reading protocols and recommended literature, before it contributed to this scientific research work can be an important subsidy for a broader and deeper knowledge about what is psychotraumatology and crisis intervention.

This work was done based on the collection of data in the field, using primary sources of information, by observation, having been carried out interviews with subjects target population, namely in the corporation of Soure Voluntary Firemen.

It was possible to have a more in-depth and real perspective on the levels of anxiety, preparation, sacrifice and resistance / resilience in the face of shock, trauma and assessing their ability to find solutions to the various realities faced.

This is an area of analysis and knowledge that is still being explored, since only in recent years has some interest and curiosity been noticed by some researchers, but more in the context of the social context that looks at the group and how it tends to prepare to shock situations for human life and not so much the emotional context, especially as each individual absorbs, faces and reacts to these circumstances.

In addition, and as a consequence of situations such as road accidents with the existence of polytrauma victims or incarcerations, terrorist attacks, domestic violence and other public crimes or even for example in support of victims of the Covid pandemic¹⁹, where it may be necessary to notify the death of loved ones dear ones, the role of the psychologist with specialization in psychotraumatology and crisis intervention is essential to mitigate the shock of those notified.

This work should be understood as a subsidy to propose suggestions and guidelines that can provide answers to situations such as the need to promote prevention, team preparation, particularly in the psychoeducational area, with regard to psychological trauma in crisis situations, disaster or catastrophe, supported by concrete evidence of the collection of information in the theater of operations, in order to enhance a better knowledge of what is psychotraumatology and crisis intervention.

Key Words: crisis, trauma, crisis intervention, psychotraumatology

Índice

Capa	
Dedicatória	
Agradecimentos	
Resumo	
Abstrat	
Índice	
Índice de quadros, figuras e gráficos	
Introdução	1
1. Psicotraumatologia	1
2. Definição do conceito de crise	3
3. Definição do conceito de trauma	5
3.1- Características de um trauma	6
4. Definição do conceito de “Intervenção em Crise”	7
5. Os Diversos cenários de intervenção em crise	13
5.1. O que é necessário na “Intervenção em Crise”	14
5.1.1. Notificação de más notícias notificação de morte	14
5.1.2. Acidente com mortos (acidente automóvel)	16
5.1.3. Cena de crime ou homicídio	16
5.1.4. Acidente grave de grandes dimensões (ex: queda de avião)	17
5.1.5. Catástrofe (ex: terramoto, tsunami, etc.)	18
5.1.6. Atentado terrorista /pandemia	18
5.1.7. Pandemia: Covid-19	19
5.1.7.1. Medidas a implementar nos países com casos importados/surtos:	19
6. Definição de Primeiros Socorros Psicológicos	20
6.1-Modelo/ Protocolo T-PSIECHO-R	23
6.2. Modelo Johns Hopkins de Primeiros Socorros Psicológicos	23
6.3. Modelo Primeiros socorros psicológicos da Cruz	24
6.4. Modelo da Organização Mundial de Saúde	24
6.5. OSM (Organização Mundial de Saúde) WHO (World Health Organization)	24
6.6. Modelo Rede Nacional de Stress Traumático Infantil (RNSTI) National Child for Traumatic Stress Network (NCPTSD)	24
6.7. Modelo DMH NCPTSD-Disaster Mental Health Services	25
6.8. Cruz Vermelha (Movimento Internacional da Cruz Vermelha/Crescente Vermelho)	25
7. O/a socorrista	25
Objectivos	26
Metodologia	26
Amostra	26
Instrumentos	27
Questionário	27

Procedimento	28
Resultados	28
Discussão dos resultados	41
Conclusão	42
Bibliografia	46
Anexos	48
Questionário / Consentimento informado	48

Índice de quadros, figuras e gráficos

Quadro 1- Fases/Estágios da Intervenção em Crise: Fontes: Moreno et al., (2003); Raffo (2005) p. 247	9
Figura 1 - Triage necessidades e preocupações (criado por mim, 2021).	23
Gráfico 1 - Representação da idade	28
Gráfico 2 - habilitações académicas	29
Gráfico 3 - Representação de habilitações profissionais	29
Gráfico 4 - Sentiu incómodo com alguma situação que tenha acontecido de forma inesperada enquanto prestava socorro?	30
Gráfico 5 - Sentiu grandes dificuldade em controlar a sua vida pessoal/familiar (enquanto prestava socorro)?	30
Gráfico 6- Sentiu-se nervoso/a e/ou "stressado" depois de prestar socorro?	31
Gráfico 7 - Sentiu-se confiante na sua capacidade para resolver os seus problemas pessoais após prestar o socorro?	31
Gráfico 8 - Sentiu grandes dificuldades em prestar socorro de forma eficaz?	32
Gráfico 9 - Sentiu total tranquilidade enquanto prestava a emergência e que tinha tudo sob controlo?	32
Gráfico 10 - Sentiu que a prestação de assistência na situação de emergência ia para além da sua capacidade e competência?	33
Gráfico 11 - Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso?	35
Gráfico 12 - Não ser capaz de impedir ou controlar a ansiedade depois de uma emergência?	36
Gráfico 13 - Preocupar-se muito com diversos assuntos antes de uma ocorrência?	36
Gráfico 14 -Dificuldade em ficar relaxado/a pós uma emergência?	37
Gráfico 15 - Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado(a) depois de uma emergência?	38
Gráfico 16 - Ficou facilmente aborrecido(a) ou irritado(a) com a tripulação da equipa de emergência?	38
Gráfico 17 - Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer por não confiar na equipa de emergência?	39
Gráfico 18 - Assinale uma (as) das situações abaixo descritas mais se sentiu perturbado a nível psicológico?	40

Introdução

I Psicotraumatologia

A quantidade e diversidade de situações que foram alvo de notícia de notícias dos meios de comunicação social (e até das redes sociais) onde, infelizmente, o sofrimento humano foi “cabeça de cartaz”, realçou a forma como psicólogos podem contribuir para ajudar a superar situações tão complicadas como os fogos florestais, o drama dos jovens presos na gruta na Tailândia, ou o apoio a vítimas de atentados terroristas em cidades europeias, assim como fora da Europa.

Na verdade, este destaque não é novo, e tem tido um progressivo crescendo, desde os dois principais momentos que me servem de memória, que decorreram já no fim do século XX e início do século XXI, como o foram o Grande Incêndio do Chiado em Lisboa, no verão de 1988 e, mais recentemente, do incidente da queda da ponte de Entre-os-Rios, em Castelo de Paiva, em 2001. Desde então, Portugal acordou, pela primeira vez, para uma necessidade de intervenção especializada no domínio da psicologia. Em ambos os momentos, verificou-se que existiu um conjunto de profissionais de saúde mental a mobilizar-se para dar apoio a populações, bem como a pessoal de socorro, com o objetivo de mitigar o choque e o sofrimento, dada a amplitude dos acontecimentos ocorridos em ambos os casos, especialmente no caso da queda da Ponte de Entre-os-Rios.

Ao longo dos anos, mas especialmente no século XXI, têm-se sucedido outros eventos como incêndios, terrorismo, acidentes rodoviários, conflitos armados, catástrofes naturais como terremotos, que nos trazem para território português pessoas com profundas marcas psicológicas dos dramas vivenciados nos seus países de origem.

Pequenas (grandes) situações que episodicamente foram, também, apelando ao interesse dos psicólogos para esta área – e que depressa os fizeram compreender que não era apenas com a formação convencional proporcionada pelos cursos de psicologia, ou pelas sociedades terapêuticas existentes, que lhes era conferido o conhecimento e segurança profissionais adequados e ajustados para intervenções tão diferenciadas daquelas que, em teoria, lhes foram transmitidas no ensino superior.

Estas insuficiências na formação têm vindo a ser reconhecidas, uma vez que até o próprio Ministério da Saúde vem reconhecer a importância de se dedicarem serviços, organização e conhecimento para que se “*estabelecessem normas de orientação para a estruturação de respostas na área da saúde mental em situações futuras de acidente grave ou catástrofe.*” (DRE, 2018).

O Despacho N°7059/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde é claro nesta necessidade: é importante dotar “*uma estrutura com sucessivos patamares de resposta*” (Brito, 2015:48), e não estando apenas focado na intervenção inicial, multi-institucional; não delimitando apenas a uma entidade, mas a várias (e a sistemas), a responsabilidade de providenciarem esses serviços - por forma a cumprir o objetivo principal que é proporcionar a resposta mais completa possível à população.

É, sem dúvida, um marco para a saúde mental em Portugal, mas principalmente para a área da psicotraumatologia e intervenção em crise. A questão é que este despacho não aparece agora, apenas, como consequência dos fogos de 2017 ou de outros desastres naturais, muito menos como uma “*necessidade nacional*”, mas sobretudo, na sequência da identificação da ausência das boas práticas identificadas internacionalmente.

É igualmente resultado de anos de investimento e de trabalho de vários profissionais (principalmente psicólogos) que “*foram dedicando as suas vidas, os seus investimentos formativos e carreiras, a esta área de intervenção criando procedimentos, modelos e seguindo guidelines*” para que hoje se consiga dizer que existem psicólogos em Portugal que são profissionais, especialistas em psicotraumatologia e que fazem do trauma psicológico o seu objetivo de trabalho (seja na intervenção em crise, em psicoterapia, ou no apoio psicológico continuado em trauma):

A psicotraumatologia é ainda uma “criança” dentro da psicologia, mesmo apesar de já estar a ter um percurso próprio, o que significa que vai ganhando o seu espaço e a sua relevância e aos poucos o seu devido destaque das outras áreas de conhecimento e intervenção psicológica. A psicotraumatologia, constitui atualmente uma área de conhecimento destacada da psicologia, que estuda, compreende e desenvolve metodologias de intervenção junto do ser humano, antes, durante e após o acontecimento de situações potencialmente traumáticas, e que podem afetar a saúde mental de qualquer pessoa - desde que estejam reunidas as seguintes condições: tipologia do evento (incidente crítico), bem como as condições prévias e subjetivas das pessoas ou comunidades afetadas.

Existem várias subáreas de conhecimento dentro da psicotraumatologia, como por exemplo: os primeiros socorros psicológicos; a intervenção específica e focada em indivíduos, ou grupos, ou profissionais de ajuda, ou ainda comunidades, ou organizações, que experienciaram situações de crise; existe, ainda, a psicoterapia e o apoio psicológico direcionado para o trauma psicológico já instalado.

Apesar destes dois últimos exemplos, poderem estar enquadrados na especialidade de clínica, é necessário mais formação e experiência direta com sobreviventes de eventos potencialmente traumáticos, para que se defina quais as abordagens a que tem que se recorrer, pois o trabalho em trauma instalado é muito específico - como a compreensão alargada do impacto psicológico de diferentes situações no ser humano, sejam elas provocadas por “crises” mais pessoais (como ocorrência de crimes ou acidentes) até ao acontecimento de situações de larga escala (como catástrofes).

Quem intervém com estas pessoas sabe que é necessário um conjunto de conhecimentos e competências, adquiridos de forma progressiva, e que não é possível dominar, sem várias horas de investimento formativo e sem experiência prática, nas diferentes dimensões do saber-saber, do saber-fazer, mas acima de tudo, no saber ser psicotraumatológico, ou seja, um especialista na área.

2. Definição do conceito de crise

A expressão “crise” provém da palavra grega *krisis*, que significa “decisão” e deriva do verbo *krino*, que quer dizer “eu decido, separo, julgo” (Moreno, Peñacoba, González-Gutierrez & Ardoy, 2003; Sánchez & Amor, 2005). “Crise”, ainda pode ser definida como um estado de desequilíbrio emocional do qual uma pessoa se vê incapaz de sair com os recursos que, habitualmente, costuma utilizar em situações que a afetam emocionalmente (Parada, 2004).

Vivenciar uma crise é uma experiência normal de vida, que reflete oscilação do indivíduo na tentativa de buscar um equilíbrio entre si mesmo e o que acontece à sua volta e, quando este equilíbrio é desafiado está instaurada a crise, que constitui uma manifestação violenta e repentina de rutura de equilíbrio e, neste caso, deve ainda referir-se que, essa alteração no equilíbrio é gerada por um fracasso na resolução de problemas que o indivíduo costuma utilizar, causando sentimentos de desorganização, desesperança, tristeza, confusão e pânico (Wainrib & Bloch, 2000).

Seguimos e concordamos com as ideias desenvolvidas por Moreno, a desorganização emocional caracteriza-se principalmente pela existência de colapso nas estratégias prévias do confronto com a situação, mesmo que por norma o estado de crise é limitado no tempo, manifestando-se quase sempre através de um evento desencadeador que, por norma, ocorre de forma imprevisível.

Da mesma forma que o evento desencadeador é súbito, a rapidez e qualidade na resolução final rapidez e qualidade poderão ser tanto mais rápidas (e eficientes) depende de vários atores, tais como, a gravidade do evento e dos recursos pessoais e sociais da pessoa afetada (Moreno et al., 2003).

A este respeito, Slaikou (1996) assinala, como exemplo, o ideograma chinês de crise, representado por duas figuras: uma significando “perigo” e outra “oportunidade”, ou seja, um “ponto de mudança” que pode servir para restabelecer o bem-estar ou adoecer, melhorar ou piorar.

Liria e Veja (2002) consideram que o desenlace de uma crise pode ameaçar a saúde mental ou ser um marco para mudanças que permitam um funcionamento melhor do que o anterior ao desencadeamento do evento, de tal forma que quando a crise é resolvida satisfatoriamente, ela pode auxiliar o desenvolvimento do indivíduo; caso contrário, poderá constituir-se num risco, aumentando a vulnerabilidade da pessoa à eclosão de problemas de saúde mental.

A crise é, sem dúvida, uma condição de reação frente a uma situação de perigo, capaz de ameaçar a integridade da pessoa, e onde o indivíduo pode apresentar sinais e sintomas clínicos em resposta ao estado provocado pela crise, necessitando, por consequência, de alguma intervenção que contribua para a sua resolução.

Quando a resolução da crise se dá de forma adaptativa, surgem três oportunidades: a de dominar a situação atual, a de elaborar conflitos passados e a de aprender estratégias para o futuro (Parada, 2004), sendo que estas novas habilidades para a resolução de problemas são também úteis para a resolução de situações posteriores.

Concordamos com o entendimento de que a crise se possa manifestar como uma oportunidade positiva, Erikson (1971) já a definia como um ponto crítico necessário ao desenvolvimento, capaz de conduzir o indivíduo a tomar uma direção de modo a encaminhar os seus recursos para o crescimento pessoal, recuperação e maior diferenciação.

Esta ideia é, aliás, igualmente desenvolvida com autores como Slaikou (1996), que destaca o modelo em etapas da crise postulado por Horowitz (1976), o qual defende que, diante de um determinado evento que desencadeia um processo de crise o indivíduo tem o seu *timing* para reagir e responder, sendo que inicialmente apresenta alguma desordem e até nervosismo, o qual é decorrente das reações iniciais relativa ao choque, e diante do impacto que o evento / acontecimento tem na sua capacidade cognitiva.

Após esta desordem que caracteriza o “*primeiro momento de reação*”, segue-se um momento onde frequentemente não consegue encontrar a resposta ou agir da forma mais eficiente (como se estivesse numa fase de negação), isto, na tentativa de amortecer o impacto (um exemplo disso, é a pessoa que procura não pensar no que aconteceu ou tenta continuar as suas atividades como se nada tivesse ocorrido).

Num terceiro momento, frequentemente surgem pensamentos intrusivos, ideias involuntárias ou sentimentos fortes e dor pelo evento ocorrido, tendo como principais características, reações que não são anormais ou estranhas como a existência de pesadelos recorrentes (evidência de *stress* pós-traumático), imagens e dificuldade em ter um sono repousado, e/ou uma contínua manifestação e até agudização de preocupações resultantes desse evento.

Na continuidade das etapas anteriormente descritas, o indivíduo normalmente evolui para a elaboração, fase em que a pessoa começa a expressar, identificar e comunicar os seus pensamentos, imagens e sentimentos experimentados pela situação de crise.

Em alguns casos é possível encontrar indivíduos que conseguem elaborar os seus sentimentos, enquanto outros somente o farão com uma ajuda externa, onde o término é o momento em que o indivíduo integra o evento dentro da sua vida, pois a experiência foi enfrentada, os sentimentos e pensamentos identificados, possibilitando, assim, que a pessoa se reorganize.

3. Definição do conceito de trauma

A palavra **trauma** vem do grego *traûma*, que quer dizer ferida e deriva de *tritósco* (Maxell- PUC – Rio de Janeiro) que significa furar, designa ferida com sentimentos, logo, o traumatismo designaria as consequências no organismo de uma lesão resultante de uma violência externa.

Indo ainda mais longe, e aceitando as opiniões de (Wainrib & Bloch, 2000), um evento traumático é algo especialmente destrutivo na vida do indivíduo, família e comunidade afetada, pois tem uma natureza única e imprevisível, tendo um elevado nível de impacto junto das vítimas de qualquer tipo de eventos emocionalmente traumáticos, os quais podem acontecer a qualquer momento ou em qualquer lugar.

Neste âmbito, em 1991 foi desenvolvido pela Cruz Vermelha o centro de apoio psicológico de Copenhaga, constituindo-se como um centro de apoio e de informação ao nível do trabalho que é desenvolvido na área das catástrofes.

Um dos seus principais objetivos consiste no fornecimento de orientações à Federação Internacional e às Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha (Cherpitel, 2001 cit in Franco, 2015). Em 1991 a *Inter-Agency Standing Committee* (IASC) foi fundada com o propósito basilar de dar resposta a situações de catástrofe. (Fox et al., 2012; Everly et al., 2012).

Em 1992, a IASC foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas com a finalidade de estabelecer a coordenação entre as agências de ajuda humanitária, promovendo a eficácia deste tipo de ajuda, nomeadamente através da partilha de recursos e conhecimentos na área do apoio psicossocial envolventes às situações de emergência (Fox et al., 2012; Everly et al., 2012; IASC, 2007).

3.1- Características de um trauma

Pode ser entendido como um forte abalo emocional ou moral, uma desorganização mental, choque ou transtorno a partir do qual se desenvolveu ou se pode desenvolver um quadro psicopatológico, ou seja, trauma é uma ferida (que é essencialmente emocional, e que levará ao comprometimento da parte física do indivíduo se não for tratada).

É, sem dúvida, um acontecimento da vida do sujeito que pode ser definido pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra a pessoa de reagir a ele de uma forma adequada, pelo transtorno que causa e pelos efeitos duradouros que provoca.

Tal como referimos anteriormente e socorrendo-nos uma vez mais de Wainrib e Bloch (2000) a lista de eventos traumáticos é ampla e variada, nela estão incluídos eventos como acidentes aéreos, tornados, avalanches de lama, furacões, inundações, terremotos, exposições a elementos tóxicos, assassinatos em série, ataques violentos, guerras, queda de pontes e construções, raptos, bombas, terrorismo, e a situação de epidemia vivida atualmente, conhecida por Covid-19.

Estes acontecimentos são desastres ou catástrofes, podendo, ainda, assim serem considerados outro tipo de acidentes que causam reações fisiológicas às pessoas afetadas, como taquicardia, suor, vertigem, tremuras, vômitos, entre outros, sendo adicionalmente, também causadores de reações psicológicas tais como: confusão, pânico, excitabilidade, nervosismo, raiva, pesadelos, sentimentos de culpa, tristeza profunda, medo, embotamento emocional e desesperança.

O trauma natural pode constituir-se como uma ocorrência isolada ou como múltiplas ocorrências num breve período, como por exemplo, no caso de terremotos, já o trauma accidental, é induzido pelo ser humano, caracteriza-se sempre por ser um evento isolado, atingindo uma ou várias pessoas, podendo apresentar-se de várias formas, como por exemplo, incêndios accidentais (não é fogo posto), acidentes aéreos ou em autocarros, descarrilamento de comboios ou metros ou tiroteios accidentais, pode também ser múltiplo quando há intenção de causar dano, como podemos ver sempre que ocorrem tiroteios, assaltos e agressões, que resultam em homicídios duplos ou assassinatos em série, sendo que autores, como Parada (2004) referem que esses atos múltiplos de violência podem ocorrer numa comunidade ou estender-se a várias nações, como se verifica no caso de guerras.

Outros autores, como Wainrib e Bloch (2000) vão ainda mais além, pois entendem que o trauma é um fenómeno que não é geral ou universal (diferente da crise evolutiva ou circunstancial), mas, em qualquer das hipóteses, em algum momento poderá vir a ser sentida por todos, ou por um grande número de pessoas.

Em algumas circunstâncias, as recordações dos eventos traumáticos parecerão normais, mas em outras, as pessoas poderão desenvolver condutas evitativas e, até mesmo, transtornos sérios, sendo que estes indivíduos tentam minimizar o trauma, podendo recorrer a substâncias psicoativas (ou a outros comportamentos de risco).

4. Definição do conceito de “*Intervenção em Crise*”

A intervenção em crise é uma modalidade de suporte que visa ajudar a pessoa a encontrar um funcionamento adaptativo para enfrentar os desafios e as grandes dificuldades com que, provisoriamente, se depara, implicando o desenvolvimento de novas *estratégias de coping* e onde o *empowerment do indivíduo* se revela fundamental para a resolução satisfatória da crise e deve guiar-se por cinco pontos fulcrais subjacentes à intervenção em crise:

- 1) Reestruturação ou melhoria do coping;
- 2) Urgência de atuação;
- 3) Desenvolvimento de competências;
- 4) Prevenção secundária
- 5) Focalização na resolução do problema.

Dessa forma, podemos dizer que a intervenção em crise consiste num sistemático e apurado apoio psicológico com os seguintes objetivos:

Estabilizar - Oferecer suporte emocional no início do processo;

Reduzir sintomas - Restaurar o nível funcional anterior ao episódio de *stress*;

Regressar a um funcionamento adaptativo (promovendo uma percepção realista dos acontecimentos, promovendo estratégias de resolução de problemas e de coping ou mobilizando os recursos pessoais e sociais;

Facilitar o acesso a cuidados continuados.

A todo este conjunto de pressupostos dá-se o nome de “*NUTRIR A RESILIÊNCIA*” (Everly, 2000).

A “intervenção em crise” constitui um procedimento que exerce influência (desde logo, no aspeto emocional, afetivo e cognitivo) afetando sempre o funcionamento psicológico do indivíduo durante o período de desequilíbrio, aliviando o impacto direto do evento traumático.

É importante, desde logo, explicar que a intervenção em crise é uma estratégia de ajuda indicada para auxiliar uma pessoa e/ou família ou grupo, no momento de um evento traumático, atenuar os seus potenciais efeitos negativos, tais como, danos físicos e psíquicos, e estabelecer a possibilidade de crescimento de novas habilidades pessoais e opções e perspetivas de vida.

O objetivo é ajudar a acionar a parte saudável preservada da pessoa, assim como os seus recursos sociais, enfrentando de maneira adaptativa os efeitos do *stress*, sendo que nessa oportunidade, se devem facilitar as condições necessárias para que se estabeleça na pessoa, por sua própria ação, um novo modo de funcionamento psicológico, interpessoal e social, diante da nova situação.

É importante lembrar que, no momento da crise, por ser algo que é inesperado, a capacidade de reação do indivíduo está diminuída ou até mesmo desativada pelo que a resposta, por muito rápida que seja, demora sempre alguns segundos/minutos, tornando-o mais recetivo à ajuda, razão pela qual esforços pequenos podem ter resultados máximos (Liria & Veja, 2002; Wainrib & Bloch, 2000).

Uma situação de crise, resolve-se, habitualmente entre 4 e 6 semanas (Liria & Veja, 2002) sendo por vezes, necessário um período mais longo para a resolução do evento que originou o *stress*, podendo a desorganização psíquica continuar por mais tempo, durando anos, ou transformar-se num comportamento/funcionamento crónico (Liria & Veja, 2002).

Slaikeu (1996) refere que a instabilidade ou desorganização são normalmente limitadas no tempo e este limite no estado de crise, aliado a um potencial para a reorganização numa direção positiva ou negativa, constitui um ponto nevrálgico. De facto, quanto mais tempo a pessoa passa sem assistência ou com auxílio inadequado, mais sérios tendem a ser os efeitos da crise, que poderão até tornar-se irreversíveis, por isso, processos terapêuticos breves, de tempo limitado, são os mais adequados para este tipo de situações, onde o procedimento terapêutico ou protocolo deve estender-se por um tempo igual ao que a maioria das pessoas leva para recuperar o equilíbrio depois do incidente da crise, ou seja, em torno de 6 semanas.

De acordo com literatura consultada e segundo o autor Moreno (2003), podemos afirmar com algum grau de clareza que a meta principal da intervenção em crise é a de ajudar a pessoa a recuperar o nível de funcionamento que possuía antes do evento que criou a crise.

Neste contexto, é importante referir que os profissionais que põem em prática este tipo de intervenções devem ser ativos e diretos, orientados para obtenção de objetivos proximais e específicos, diferentemente dos profissionais que intervêm em situações que não requerem o mesmo grau de prontidão na resposta, introduzindo aqui um novo conceito, que é o da emergência, que decorre da necessidade de dar uma resposta muito rápida a determinado evento.

Fases	Objetivos
Estabelecer Contato Psicológico	Contato para estabelecer empatia e sintonização com os sentimentos das pessoas durante uma crise. A tarefa principal é escutar como as pessoas em crise visualizam a situação e como se comunicam. Deve-se convidar as pessoas a falar sobre o evento e a escutar-se umas as outras a respeito do mesmo assunto estabelecendo momentos de reflexão. As pessoas devem sentir-se escutadas, aceitas, compreendidas e apoiadas para assim diminuir a

	intensidade da ansiedade, diminuir o sofrimento e o sentimento de solidão.
Analisar o Problema	O foco de análise centra-se em três áreas: passado imediato, presente e futuro imediato. O passado imediato remete aos acontecimentos que conduziram ao estado de crise (episódio de violência, ameaça de morte, etc.). A indagação sobre a situação presente implica nas perguntas de "quem, o que, onde, quando, como". É necessário saber quem está implicado, o que aconteceu, quando, etc. O futuro imediato foca-se nas eventuais dificuldades que se estabelecem nas pessoas e suas famílias. O objetivo então, é conhecer quais são os conflitos ou problemas que necessitam de manejo imediato e quais podem ficar para uma intervenção posterior.
Analisar as Possíveis Soluções	Verificar o que as pessoas lamentado fazer até o momento para enfrentar o problema, assim como, o que podem ou poderiam fazer. Propor novas alternativas viáveis para alcançar soluções.
Assistir para Executar Ações Concretas	Ajudar a realizar uma ação concreta para gerenciar a crise. O objetivo é limitado. O responsável pela implementação deverá ter uma atitude facilitados e diretiva para ajudar a alcançar ações concretas
Seguimento para verificar o progresso	Colaborar com o restabelecimento das redes de apoio social que podem estar danificadas, prejudicado ou destruídas por causa do acontecimento catastrófico. Estabelecer procedimentos que permitam o seguimento das pessoas para verificar o progresso pessoal, em termos psicológicos. O seguimento pode se realizar através de novos encontros ou por contato telefônico. O objetivo é completar o circuito de retroalimentação, ou determinar se alcançaram ou não as metas estabelecidas quando do início da intervenção.

Quadro 1- Fases/Estágios da Intervenção em Crise: Fontes: Moreno et al., (2003); Raffo (2005) p. 247

Vários autores mencionam cinco componentes fundamentais que são referidas no Quadro 1 e que devem estar presentes numa intervenção em crise, estruturada e em contextos de pequeno grupo (Moreno et al., 2003; Raffo, 2005).

É importante referir que as catástrofes podem ter tanto causas naturais, como humanas e podem ter diversas origens, tais como: geofísicas (tremores de terra, deslizamentos de terra, maremotos, atividades vulcânicas), hidrológicas (avalanches, cheias), climatéricas (ciclones e tempestades, temperaturas extremas, secas, fogos florestais), biológicas (epidemias de doenças, pragas de insetos/animais), acidente Industriais (nucleares, químicos), acidentes com transportes (viação, ferroviários, aviação, etc.), conflitos (fome, deslocamento de populações), guerra e atentados terroristas. (Adaptado de Freeman, EUROPA report, 2014).

A intervenção em crise deve ser implementada após o impacto do evento emocionalmente traumático (independentemente da sua origem), podendo distinguir-se a existência de sete fases.

1.ª Fase: Alarme:

Ocorre durante as primeiras 72 horas após o evento emocionalmente traumático. Esta fase inicia-se imediatamente após o impacto inicial e corresponde ao período de destruição e morte, desorientação e confusão, traduzindo a fase de emergência.

2.ª Fase: Pós-Impacto Precoce:

Envolve o médio prazo e desenvolve-se entre o 3.º dia após o impacto, podendo prolongar-se até 3 meses depois. Corresponde ao impacto a curto prazo, onde há uma análise concreta da situação, iniciando-se um processo de reconstrução.

3.ª Fase: Heroica:

Prolonga-se normalmente durante os 3 primeiros dias. Caracteriza-se por um aumento de energia, direcionada para o salvamento, ajuda, abrigo, limpeza.

4.ª Fase: Restauração:

Refere-se a uma fase que se prevê de longo prazo, que decorre entre o 3.º mês após o evento podendo prolongar-se até 3 anos após o mesmo. Verifica-se uma exploração dos recursos da comunidade e o encaminhamento das situações, no qual se podem identificar e incluir também diferentes fases de resposta biopsicossocial (Young et al., 2001).

5.ª Fase: Lua-de-mel:

Apesar das perdas e do “alarme”, esta fase é caracterizada pelo otimismo dos sobreviventes e da comunidade. Decorre ao longo do período que medeia o evento e estende-se até ao fim do primeiro ano.

Os indivíduos vivenciam a chegada de recursos materiais, a comunicação social está atenta à situação, surge muitas vezes a visita de figuras públicas que asseguram que o equilíbrio será restaurado, acreditando a comunidade acredita que o seu quotidiano será repostado rapidamente, sem complicações.

É importante referir que, frequentemente, algumas semanas depois os recursos começam a escassear, a cobertura da comunicação social diminui, as figuras públicas deixam de visitar a zona de impacto e a complexidade de reconstrução e restauração torna-se visível e, nesta altura, o aumento de energia que os sobreviventes e a comunidade inicialmente experienciaram começa a diminuir, instalando-se o cansaço e dando origem à fase seguinte.

6.^a Fase: de Desilusão:

Caracteriza-se por uma fadiga intensa, insatisfação e a perceção do que é necessário para restaurar a normalidade e pode conduzir à desilusão se estiverem reunidos aspetos como a ausência das promessas políticas, a desresponsabilização das seguradoras, que provocam algumas injustiças, levando ou originando reações de *stress*, que se podem intensificar.

7.^a Fase: de Reorganização:

Esta fase foca-se na organização pós-impacto, sendo que a maioria das pessoas recupera o nível de funcionamento, adaptando-se à situação, de acordo com a literatura, a maioria das pessoas atinge este nível após 6 meses, contudo, para alguns podem ser necessários 18 a 36 meses pois, para algumas pessoas o primeiro aniversário do desastre precipita a existência de situações limite.

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

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

5. Os Diversos cenários de intervenção em crise

No que diz respeito à intervenção feita por um profissional de saúde perante um acidente, pode dizer-se que a sua eficácia vai depender não só da sua competência técnica, científica e profissional, mas também do próprio cenário ou situação física em que a vítima ou o acidentado se encontra.

Acidentes e eventos emocionalmente causadores de choque ou trauma e que envolvam vítimas humanas podem ocorrer em qualquer lado e a qualquer momento, independentemente de haver ou não sinalética e recomendações informativas ou instrutivas de procedimentos a ter lugar ou a respeitar.

A este respeito, não é de estranhar que numa situação de acidente, que pode apresentar vários cenários, seja também possível podemos encontrar várias formas de intervenção, as quais podem apresentar também diferenças entre si sendo que, todavia, todas devem subsidiar o bem-estar, a assistência ou o apoio à vítima (independentemente da sua situação geográfica ou dos hábitos sociais, culturais e até religiosos que possam existir).

A localização é muito importante, pois pode ser no meio rural ou no meio urbano, estar próximo ou distante de meios imediatos, intermédios ou principais de saúde, ser numa zona montanhosa ou no litoral e aqui, olhando para a realidade portuguesa, entender as assimetrias e as diferenças de desenvolvimento existentes e as valências disponíveis.

Podemos incluir aqui o aspeto de que o local onde ocorre o acidente pode ser no meio aquático ou pode ser numa área muito poluída, entre outras características, o que faz pensar na qualidade do cenário e na forma de adequação da segurança e prestação de socorro.

Temos também que atender ao aspeto da envolvente humana, porque a presença de pessoas no momento do acidente pode facilitar na rapidez da assistência ou em sentido inverso, se o acidente ocorre quando a vítima está isolada leva a que a assistência seja mais complicada, logo, a quantidade de pessoas presentes influi no tipo de resultados obtidos na prestação dos primeiros socorros.

Neste sentido, o facto de haver poucas pessoas envolvidas, de uma área geográfica ser circunscrita (pequena), até a um acidente grave de grandes proporções (catástrofe) com repercussões internacionais e milhares de pessoas envolvidas, implica também diferenças na abordagem.

Em princípio, num local com maior moldura humana, será tendencialmente mais fácil encontrar pessoas com capacidade técnica para uma adequada prestação de assistência ou simplesmente dar os primeiros socorros.

5.1. O que é necessário na “Intervenção em Crise”

São vários os fatores que contribuem para que a prestação de assistência médica psicológica, ou globalmente de primeiros socorros seja mais ou menos eficiente.

Desde logo, o nível de capacidade técnica e científica do prestador de auxílio, que deverá refletir o seu nível de formação ou até a sua aptidão específica / especialização para intervir em situação de acidente a crise, seguidamente evidentemente, o conhecimento concreto dos procedimentos operacionais, refletidos na abordagem ao local onde ocorre o acidente, sendo o conhecimento do terreno igualmente importante.

A rapidez na intervenção é fulcral, sendo que se deve referir que tem a mesma importância dos fatores anteriores, todavia, o sentido de *timing* de e para a intervenção depende de diversos fatores

É essencial que o prestador de auxílio consiga ter uma noção da situação, aferindo os riscos potenciais envolvidos nessa tentativa de prestação de assistência ou de intervenção e a assistência pode envolver algo que é secundário, mas deverá ser uma das preocupações sempre presentes aquando da aplicação dos enquanto primeiros socorros, nomeadamente ter a noção da envolvente social onde a ocorrência se dá e neste sentido a dimensão da equipa de apoio (psicológico).

Concluindo, em relação a algo tão aparentemente simples como uma intervenção de primeiros socorros, há muitos fatores a ter em consideração para a sua eficiente atuação e prestação.

5.1.1. Notificação de más notícias | notificação de morte

Quando entramos em domínios mais específicos como estes, em que é importante ter alguma sensibilidade e tato, torna-se também necessário ter algumas ferramentas e competências mais específicas que advêm de formação e treino mais concreto e de base técnico-científica.

Neste contexto, torna-se já necessário que o/a socorrista tenha uma formação ou especialização em intervenção em crise, pois deve possuir afinal competências não só de tratamento físico como também e sobretudo emocional, psíquico e psicológico não só relativamente à vítima, como também relativamente aos mais próximos (familiares, amigos, colegas).

O/a socorrista deverá ter formação no *saber fazer*, *saber agir* e *saber falar*, além de um elevado nível de cuidado no seu próprio *saber ser*, por isso, ter competências técnicas e científicas é ter ferramentas para, perante qualquer situação e circunstância, o socorrista conseguir mitigar todo o contexto de dor e sofrimento existente, pois é importante saber implementar o processo.

A maioria dos cenários operacionais são “estáveis” com um tempo de intervenção que vai de 15 minutos a 3 horas, dependendo dos recursos pessoais, apoio social, etc., dos familiares e, neste caso, alguma informação deve estar disponível, até porque a situação em si (evento ou morte) já ocorreu, e por isso, existe um espaço de tempo para preparar a intervenção psicossocial.

Quem presta socorro também não está a salvo de eventualidades e situações que possam ter uma componente de risco, como por exemplo, no caso de guerra ou de catástrofes naturais como terremotos, onde a segurança física está sempre exposta, por isso, é importante deixar vincado que as equipas de apoio psicossocial também estão expostas a situações e momentos de risco, especialmente físico e emocional, com exceção do momento das notificações onde a componente emocional deverá ser mitigada pela experiência e formação técnica do profissional de socorro.

Neste contexto podemos identificar desde logo alguns tipos de riscos existentes, como por exemplo, algum risco de *burnout*, se não houver supervisão adequada, ou se os elementos da equipa psicossocial não tiverem resiliência suficiente para lidar com a situação, sendo preferível que a dimensão da equipa psicossocial seja constituída pelo menos por 2 pessoas, pois é partilhada a carga emocional da notícia, pode ser necessário ter ajuda adicional se acontecer algo inesperado ou se for necessário falar com mais do que um membro de família.

5.1.2. Acidente com mortos (acidente automóvel)

É necessário ter a especialização em intervenção em crise, pois poderá ser necessário trabalhar com pessoas em sofrimento intenso ou bastante desorientadas, no momento do acidente podem necessitar de estabilização psicológica, sendo necessário saber como se movimentar num cenário operacional, a quem reportar, como as outras equipas de resgate e salvamento funcionam e como se podem articular com estas equipas.

Aqui o tempo de intervenção não deverá exceder as 6 horas e está dependente da dimensão do acidente, pois pode haver a necessidade de fazer referências a hospitais ou locais de concentração de sobreviventes e continuar a apoiar nestes locais, sendo que a intervenção em crise pode ser solicitada imediatamente no cenário operacional.

Os riscos envolventes às equipas psicossociais implicam cuidados como a necessidade de utilização de roupa de proteção para trabalhar no cenário operacional, onde a exposição a estímulos muito negativos sobre o que experienciaram ou o sofrimento intenso de sobreviventes pode ser traumático para os elementos da equipa de apoio psicossocial.

Relativamente à dimensão da equipa psicossocial, esta deve ser constituída pelo menos por 2 pessoas, pois terão que ser desempenhados vários papéis no cenário, como o trabalho com os sobreviventes, contactos com os familiares, apoiar o/a comandante operacional, referenciar para outras organizações, como por exemplo em hospitais.

5.1.3. Cena de crime ou homicídio

Normalmente são cenários com sofrimento elevado e, nesta questão de investigação criminal, o contacto com as pessoas pode ser “sensível”, daí que a movimentação no cenário operacional, falar com pessoas, pode comprometer provas ou o processo de investigação criminal em curso.

O tempo de intervenção poderá ir de 2 a 8 horas (ou mais), pois depende, normalmente, das equipas de investigação criminal, sendo que a intervenção em crise pode ser chamada a cena de crise de imediato; além disso, é uma cena de crime, portanto, pode haver a necessidade de lidar com agressores / homicidas.

Pode acontecer à equipa tornar-se testemunha, pelo que presenciou ou por causa do que as pessoas disseram, como a inclusão de detalhes macabros e explícitos, ou ainda pelo facto de ser um contexto com vitimização e sofrimento, portanto, existe o risco de dupla traumatização.

A dimensão da equipa de intervenção psicossocial deverá ter entre 2 a 4 membros, dependendo da dimensão do crime e do número de pessoas envolvidas, sendo de ressaltar a exceção que corresponde à situação de múltiplas notificações / ou existência de vítimas).

5.1.4. Acidente grave de grandes dimensões (ex: queda de avião)

É necessário ter a especialização em intervenção em crise, pois estão várias pessoas envolvidas, em várias situações diferentes.

Intervenção em catástrofe será necessária, pois muito trabalho de gestão de apoio psicossocial terá de ser feito, sendo normalmente um cenário de múltiplas organizações, logo o conhecimento de integração em cenários de emergência é claramente necessário.

Pode ser um cenário muito perigoso o que exige que a movimentação dentro do cenário de incidente deva ser feita com muita experiência, portanto as comunicações, cultura de comando de incidente, entre outros são também requisitos essenciais.

O tempo de intervenção poderá ser estendido entre 1 a 3 dias, por enquanto existe uma grande probabilidade de ser necessário trabalhar em turnos até ao final das operações, envolvendo um elevado número de pessoas e logística. É recomendável ter equipamento previamente escolhido, acondicionado e preparado para quando a situação acontece.

Normalmente trabalha-se dentro da estrutura de emergência montada para o efeito, mas pode haver a necessidade de os membros da equipa se deslocarem para o local onde a situação aconteceu.

Nestas circunstâncias podem verificar-se exposições ao incidente (visual, mas também sonora e olfativa). Incidentes grandes podem causar dano traumático, tendo em consideração o imenso sofrimento de sobreviventes e a enorme perda de vidas.

A equipa de intervenção deverá ter no mínimo 4 pessoas, com um elevado nível de organização e procedimentos de funcionamento plenamente instalados, porque terão que intervir com as vítimas diretamente, dar assessoria ao comandante, aos decisores políticos, entre outros.

5.1.5. Catástrofe (ex: terramoto, tsunami, etc.)

É necessário ter a especialização em intervenção em crise, até porque, assim que ativada, a equipa deve estar imediatamente pronta e capaz de funcionar de forma autónoma durante algumas horas / dias.

Estes tipos de cenários exigem decisões rápidas, de risco de vida e intensa exposição à catástrofe, onde o nível de avaliação, planeamento e intervenção é normalmente muito elevado, apesar de ao mesmo tempo haver algum nível de insegurança, uma vez que irão estar muitas equipas a trabalhar ao mesmo tempo, nem sempre com o nível ideal de organização.

O tempo de intervenção não deverá estender-se para além de 1 semana, sendo que o adequado ao nível de intervenção de emergência não deverá ultrapassar 1 mês.

Dependendo da dimensão e localização da catástrofe, e sendo uma situação ocasional, que não acontece com frequência, a equipa pode ser chamada para intervir no estrangeiro, devendo estar sempre em prontidão, sobretudo, ao nível da documentação, vacinação, equipamento, logística da equipa, entre outros.

Existem sempre **riscos** no sentido de a equipa psicossocial ser colocada a trabalhar ao nível de socorro e segurança, pelo que se deve ter extremo cuidado neste tipo de eventos, dado os elevados riscos de *burnout* e de traumatização.

A equipa de intervenção deverá ser composta no mínimo por 4 pessoas, havendo vários papéis a desempenhar dentro da equipa de intervenção, dado que pode haver a necessidade de marcar presença em reunião de coordenação internacional.

5.1.6. Atentado terrorista /pandemia

A incerteza associada à situação torna estes eventos muito difíceis de gerir pois podem mudar muito rapidamente. Nestas circunstâncias, o tempo de intervenção ao nível da fase de emergência deverá estender-se entre 1 semana a 1 mês, isto porque a duração da fase de emergência está dependente da dimensão do acidente, estando igualmente relacionada com questões de segurança da equipa, ao nível do equipamento e outros dispositivos como máscaras, roupa de proteção e identificativa, “passes” para trabalhar na cena de crime, entre outros.

Os riscos para a equipa psicossocial são, tal como na situação anterior, a nível da segurança e da sensação de *burnout*.

No que diz respeito a dimensão da equipa de intervenção, esta deve ter no mínimo 4 pessoas porquanto, além dos papéis dentro da equipa de intervenção, pode haver a necessidade de marcar presença em reuniões de coordenação internacionais, sendo os primeiros socorros psicológicos uma ferramenta de intervenção em crise que qualquer cidadão pode possuir após efetuar a formação numa entidade credenciada.

Os primeiros socorros psicológicos são democráticos e acessíveis a todos os cidadãos, pois qualquer cidadão poderá colocar em prática sempre que ocorra uma situação ou acontecimento que o justifique.

5.1.7. Pandemia: Covid-19

Dada a rápida expansão do COVID-19, a OMS criou uma missão conjunta com vários parceiros, denominada de **WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019** que se deslocou ao epicentro da doença, a qual, decorreu entre os dias 16 e 24 de fevereiro de 2020, tendo como objetivos principais adquirir conhecimentos acerca do novo coronavírus e perceber quais as medidas implementadas nos países afetados, tendo desde logo havido ao nível da comunidade científica e farmacêutica internacional, uma união de esforços para encontrar uma potencial vacina, como até hoje não se havia visto.

5.1.7.1. Medidas a implementar nos países com casos importados/surtos:

- 1-Ativar protocolos nacionais de resposta ao nível da emergência;
- 2-Aplicar medidas de saúde pública, não farmacológicas de prevenção e controlo de infeção;
- 3-Informar e educar a população acerca da doença e do seu papel na contenção da propagação;
- 4-Procurar ativamente novos caso, com deteção rápida do vírus e isolamento, rastreamento de contactos próximos e quarentena para os mesmos;
- 5-Planear e simular medidas mais rigorosas de interrupção da cadeia de transmissão, como por exemplo, suspensão de eventos de massas, encerramento de escolas e locais de trabalho.

Também a DGS tem emitido vários documentos informativos/orientações. Destacam-se dentro dos mais recentes, aquelas com aplicabilidade importante ao nível de conhecimentos das equipas de emergência pré-hospitalar.

6. Definição de Primeiros Socorros Psicológicos

Etimologicamente podemos dizer que primeiros socorros psicológicos são “todo o ato psicossocial que tenha a intenção de restabelecer ou proporcionar conforto e funcionamento durante ou imediatamente após o incidente, potenciando os recursos internos, normais, da pessoa afetada, no local ou nas imediações da ocorrência do incidente.” (Brito, 2015).

De forma prática e fácil de entender por toda a gente, é possível verificar que os primeiros socorros psicológicos não são mais do que a prática de qualquer tipo ou forma de assistência e apoio que possa mitigar o choque e sensações de sofrimento de qualquer indivíduo que seja afetado/a por um evento emocionalmente violento ou perturbador, assistência essa que podemos dar a alguém que está a passar, ou acabou de passar, por uma experiência difícil, individualmente, ou em grupo.

A National Child Traumatic Stress Network, em 2006 defendeu a ideia de que os primeiros socorros psicológicos *representam* uma abordagem de apoio psicossocial dirigida a grupos de indivíduos e/ou comunidades afetadas por situações de catástrofe, de origem natural ou humana.

Numa análise mais superficial podemos dizer que toda a gente é capaz de prestar os primeiros socorros, no entanto, em algumas situações os conhecimentos do senso-comum podem não ser suficientes e será importante desmistificar o conceito de primeiros socorros.

Falar em Primeiros Socorros Psicológicos implica fazer referência ao choque e à existência de dor e, nesse sentido, deve-se referir que a dor constitui o sistema de alerta do corpo humano e, quando ocorre uma situação de emergência, como uma queda, por exemplo, ou um qualquer acidente independentemente do local onde ocorra (seja em casa, na escola, no trabalho ou num local público) e onde há a existência de um acidentado - a vítima e de alguém que dá apoio imediato, o/a socorrista inicial - (mas que não tem necessariamente que ter noções básicas de socorrismo ou ser um especialista em socorrismo), há na grande maioria das vezes uma clara demonstração de dor, que pode assumir diversas formas, como por exemplo ser verbalizada por gritos ou visualidade por gestos ou até pelo posicionamento do corpo.

É essencial que, quem presta o apoio e dá a assistência imediata, tenha sensatez na sua abordagem, respeitando alguns cuidados básicos na administração dos primeiros socorros até que um profissional de saúde possa intervir. Dependendo da complexidade e do estado da vítima acidentada, uma ação pronta e um rápido “*ataque*” ao problema pode significar vida ou morte ou maior ou menor qualidade na recuperação.

Os primeiros socorros são, de uma forma muito abrangente, a primeira forma de apoio e assistência a um acidentado/a, todavia é importante referir que podemos encontrar primeiros socorros que se aplicam ao corpo humano e à sua vertente física, e primeiros socorros mais dirigidos ao problema mental e emocional, e esta última vertente deve ser entendida como primeiros socorros psicológicos, e é sobre esta vertente que o texto se vai debruçar.

A comunidade internacional dedicou-se à construção e implementação de diretrizes relativas aos primeiros socorros psicológicos, gradualmente consagrados como dimensão central de intervenção junto de vítimas de incidentes críticos.

Verifica-se uma mudança de paradigma com os atentados de 11 de setembro de 2001 em Nova Iorque, a qual gerou um novo e mais intenso impulso a nível das investigações, desenvolvimento de diretrizes e operacionalização dos primeiros socorros psicológicos no quadro da intervenção psicológica na crise (Shultz & Forbes, 2014).

Atualmente, os primeiros socorros psicológicos têm vindo a ser alvo de um amplo escrutínio, sendo amplamente recomendados por múltiplas organizações e entidades internacionais de renome, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Federação Internacional da Cruz Vermelha, o National Center for Post Traumatic Stress Disorder (NCPTS), o Disaster Mental Health Institute of the University of South Dakota, as Red Crescent Societies, entre outras (Fox et al., 2012; McCabe et al., 2014). Adicionalmente, as crescentes ameaças e ataques terroristas (e.g., Nova Iorque, Londres, Madrid), difundidas pelos mais diversos serviços de comunicação social, vieram reforçar a necessidade de aprofundar esta temática (Fischer & Ali, 2008).

Pretende-se que a atuação, ao nível dos Primeiros Socorros Psicológicos junto das vítimas, seja o mais precoce possível, no sentido de reduzir o *stress* causado pelos eventos traumáticos e, assim, promover um funcionamento adaptativo a curto e a longo prazo (National Child Traumatic Stress Network, 2006).

Os primeiros socorros psicológicos incluem a recolha de informação básica que permita a realização de avaliações rápidas sobre as necessidades e preocupações imediatas dos sobreviventes; compreendem o conjunto de estratégias de sinalização precoce de indícios reveladores de disfunção desencadeados pelo episódio crítico.

O grande objetivo dos Primeiros Socorros Psicológicos é o da inviabilização ou, pelo menos, a mitigação da progressão de tais indícios para condições crónicas; consistem, ainda, numa resposta de cariz humanitário, marcada pela compaixão e solidariedade, cujo enfoque reside na prestação de auxílio e suporte psicossocial não intrusivo e consentido (Australian Psychological Society, 2013; Bradel & Bell, 2014; National Child Traumatic Stress Network, 2006; The Sphere Project, 2011; World Health Organization, 2013).

Em concreto, os primeiros socorros psicológicos mobilizam aspetos básicos e fundamentais da experiência humana, podendo ser concetualizados como uma forma cientificamente fundamentada de operacionalização do “*bom senso*” (Shultz & Forbes, 2014).

Pretende-se com isto sublinhar que os primeiros socorros psicológicos não constituem um método de diagnóstico, uma intervenção psicoterapêutica, uma forma de tratamento, nem tão pouco um modo de *debriefing* psicológico ou alguma espécie de interrogatório de carácter mais invasivo.

Em síntese, os primeiros socorros psicológicos, não almejam substituir a intervenção terapêutica e, por isso mesmo, não se colocam exigências rígidas quanto à seleção dos agentes que procedem à aplicação dos primeiros socorros psicológicos, pelo que esta pode ser realizada tanto por equipas com diferentes profissionais ou com um carácter interdisciplinar, preparadas para intervir em situações de crise.

De facto, a implementação de primeiros socorros pode ser realizada por indivíduos com formações de base variadas, desde que devidamente treinados (Ohio Mental Health & Addiction Services, 2013; World Health Organization, World Vision International & The United Nations Children’s Fund, 2014). Vamos referir, de seguida, alguns modelos cientificamente validados e comumente aceites de formação ao nível dos primeiros socorros psicológicos.

6.1-Modelo/ Protocolo T-PSIECHO-R

O uso de uma sigla (T-PSIECHO-R) T (Triage-Triagem necessidades e preocupações) P (Protect-Proteger) (Stabilize- Estabilizar) (Inform-Informar) (Educate-Psicoeducar) (Connect-Conetar) (Help organize-Ajudar (Prática) (Refer-Referência) identifica habitualmente este modelo

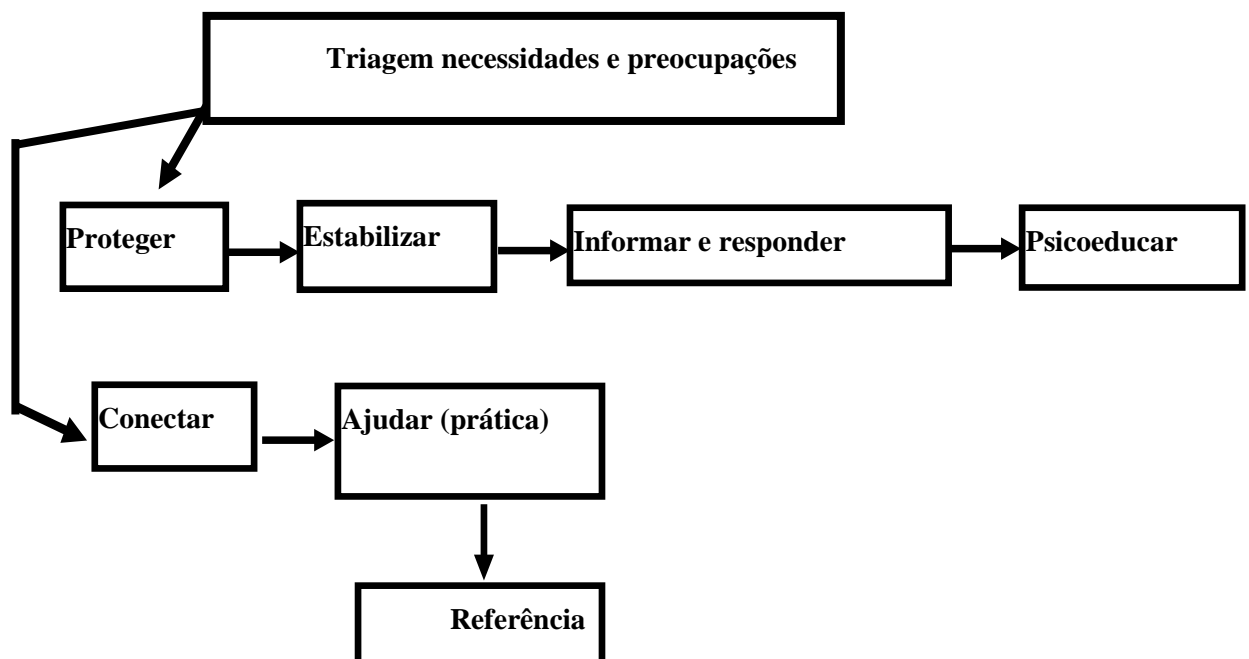


Figura 1: Triage necessidades e preocupações (criado por mim, 2021).

Propositadamente, optou-se por utilizar os termos do protocolo de primeiros socorros psicológicos na língua original (o inglês). Esta escolha deveu-se a duas razões: o acrónimo torna-se mais fácil de memorizar (T-PSIECHO-R) e permite a rápida conversão para ser utilizado noutro país que não Portugal, ou com cidadãos que não sejam portugueses.

Sendo um modelo de enorme importância inspirou-se noutros tais como:

6.2. O segundo modelo de “*Johns Hopkins de Primeiros Socorros Psicológicos*”, **RAPID** de John Hopkins:

Representa o segundo modelo podemos verificar ações como:

Reflective Listening (Audição reflexiva)

Assessment of needs (Avaliação de necessidades)

Prioritize attending (severe vs mild) (Priorizar a participação grave VS leve)

Intervention (based on CBT) (Intervenção baseada na TCC)

Disposition (assist to regain functioning or refer) (Disposição ajudar a recuperar o funcionamento ou encaminhamento).

6.3. O terceiro modelo, relativamente aos Primeiros socorros psicológicos da Cruz Vermelha

6.4. O modelo número quatro, da Organização Mundial de Saúde refere como sendo os Primeiros Cuidados Psicológicos, Guia para trabalhadores de campo.

Proteger, Direto, Conectar Serviços de Saúde Mental em Desastres, um Guia para Clínicos e Administradores, Departamento de Assuntos de Veteranos, 2000.

Protect, Direct, Connect Disaster Mental Health Services, a Guide for Clinicians and Administrators, Department for Veterans Affairs, 2000.

6.5. Organização Mundial de Saúde (OMS) e World Health Organization (WHO)

Este modelo integra as seguintes ações:

Primeiros Socorros Psicológicos - Princípios de Ação

Preparar

Olhar – Ouvir – Conectar

6.6. Relativamente ao sexto modelo, a Rede Nacional de Stress Traumático Infantil (RNSTI) National Child for Traumatic Stress Network (NCPTSD), é observável a existência de atos tais como:

Contact and engagement (Contacto e envolvimento)

Safety and Comfort (Segurança e conforto)

Stabilization (Estabilização)

Information gathering (Obter informações)

Practical assistance (Assistência prática)

Connection (Conexão)

Information on coping (Formas de lidar com o trauma (o conceito de coping, em inglês)

Linkage with collaborative services (Ligação com serviços colaborativos)

6.7. O sétimo modelo, DMH NCPTSD-Disaster Mental Health Services Serviços de Saúde Mental em Desastres, integra movimentos tão variados como:

Direct (Direto)

Protect (Proteger)

Connect (Conectar)

Triage (Triagem)

Acute (Rigorous)

6.8. Finalmente o oitavo e último modelo, Cruz Vermelha (Movimento Internacional da Cruz Vermelha/Crescente Vermelho), é possível verificar a existência de uma dinâmica composta por:

1. Estar próximo

2. Ouvir atentamente

3. Aceitar os sentimentos

4. Providenciar cuidados gerais e ajuda prática

Numa análise geral é possível encontrar pontos convergentes entre os diversos modelos, nomeadamente ao nível das competências de quem presta o apoio (saber observar, escutar, comunicar de forma eficaz) e as ações a desempenhar (proteger), bem como também indica ou aponta entidades ou autoridades responsáveis pela implementação de estratégias e ou de execução de políticas que visem a aplicação destes modelos, não sendo no entanto, a única plataforma a indicar modelos de aplicação de primeiros socorros psicológicos, todavia é aquela que se apresenta mais exequível no contexto das sociedades da cultura ocidental, havendo outros que poderão ter uma aplicação concreta mais adequada a outras realidades sociais e culturais.

7. O/a socorrista

Um socorrista pode ajudar a manter viva ou até reanimar uma vítima de acidente ou doença súbita. Um socorrista é alguém que está munido de conhecimentos específicos, de um mínimo de equipamento e tem competência para uma atuação imediata e o mais eficaz possível. Um socorrista é, ainda quem, depois de garantida a sobrevivência da pessoa assistida, consegue estabilizar ou possivelmente melhorar o seu estado e situação, para que seja devidamente tratada em contexto adequado (adaptado de CVP, 1999).

Os socorristas são assim, regra geral, indivíduos com treino específico que estão ou surgem no momento certo para acudir a alguém que sofreu de um acidente ou choque traumático. Numa situação ideal, é muito importante que haja uma atuação dentro de uma janela de oportunidade de até quatro minutos após o evento, para que as probabilidades de sucesso sejam muito elevadas, e isto é sabido porque, a percentagem de êxito das suas ações e manobras “está, na maioria dos casos, diretamente relacionado com a rapidez, destreza e qualidade das técnicas aplicadas” (CVP, 1999:14) Possuindo competências técnicas específicas e sendo capazes de disponibilizar socorro diferenciado que, ficam a vigiar e estimular a vítima ou o doente, sempre preparadas para alguma intervenção de urgência com as ferramentas de que dispõem no momento e/ou que consideram adequadas.

II - Objectivos

No contexto do tema de trabalho em que desenvolvi o meu estudo, construí um questionário especificamente para o efeito, tendo selecionado uma amostra na corporação de bombeiros onde realizei o meu trabalho de estágio - Associação dos Bombeiros Voluntários de Soure - localizado na região Centro do país, no distrito de Coimbra, numa zona com influência rural, mas já próxima do litoral para o aplicar.

III - Metodologia

Amostra

A amostra é composta por 16 socorristas, correspondendo a 15% dos elementos que integram a equipa de emergência, como critérios de inclusão considerei os seguintes: a) experiência profissional (número de anos de serviço) que se estendeu entre os 5 e os 25 anos; idade (entre os 20 e os 60 anos); a categoria profissional, tendo sido incluídos socorristas de emergência médica com formação TAT (Tripulante de Ambulância de Transporte), 6 indivíduos, socorristas de emergência médica com formação TAS (Tripulante de Ambulância de Socorro) 2 indivíduos, socorristas de emergência médica da área da psicologia (Psicólogo), 1 participante, socorrista de emergência médica da área da enfermagem (enfermeiro), 1 participante, socorrista de emergência médica da área da recuperação física (fisioterapeuta), 1 participante e ainda e 3 outras profissões ao nível da intervenção em crise, sendo o meu último critério.

Selecionei todos os indivíduos com prática de intervenção em crise, pelo facto de terem formação contínua, evidentemente, desenvolverem de forma contínua a sua prática profissional, especialmente considerada enquanto trabalho de equipa.

Deve ser realçado que o socorrista está sempre envolvido na dinâmica de trabalho em equipas multidisciplinares e multifacetadas, o que, potencialmente, torna difícil uma ação 100% eficiente da sua parte, até porque, em muitos casos, não há no profissional de socorro uma total capacidade e competência técnica, não havendo na forma de trabalhar em equipa, ou com várias equipas, uma dinâmica que seja homogénea.

Instrumentos

Questionário

O questionário foi dividido em quatro partes constituída por quinze perguntas, tendo os participantes assinado um termo de consentimento informado esclarecendo os objetivos do estudo e em que o anonimato foi garantido:

1ª Parte: refere-se às variáveis sociodemográficas.

2ª Parte: Nas respostas dadas ao seguinte questionário, identifique os seus modos de atuação na intervenção em crise em diversos cenários de emergência, em particular **no último mês**. Assinale a opção correta.

3ª Parte: Considere agora como referência as **últimas duas semanas**, e assinale a frequência mais ajustada para indicar o número de ocasiões em que se sentiu afetado por cada um dos problemas indicado antes e após a prestação dos cuidados de socorro.

4ª Parte: Das questões colocadas aos socorristas percentagem que foram: Notificação de más notícias | notificação de morte, Acidente com mortos (acidente automóvel) Cena de crime ou homicídio, Acidente grave de grandes dimensões (ex: queda de avião), Catástrofe (ex: terremoto, tsunami, etc.), Atentado terrorista, Pandemia: Ex.Covid-19.

O questionário que foi construído na íntegra e coloca questões que englobam as **três fases** de emergência – “**antes**”, “**durante**” e “**após**” - o incidente de emergência, sendo que no que diz respeito ao “**antes**” do incidente de emergência importa ter noção e saber como o socorrista se sente e o seu nível de preparação física e psicológica para uma eficiente prestação de socorro.

No que respeita ao “**durante**”, importa saber o nível de formação e conhecimentos que o socorrista tem para aplicar na ocorrência que está a decorrer. Finalmente, na fase do “**após**”, interessa o impacto psicológico que a situação teve no socorrista.

Procedimento

O questionário foi realizado no Google forms, direcionado aos voluntários de emergência medida. Consistiu em algumas questões as quais foram divididas em quatro grupos: um pouco verdadeiro, algumas vezes verdadeiro e frequentemente verdadeiro. A última questão foi de resposta livre.

Foi dado um prazo de quinze dias para realizarem o questionário., fim desse prazo, analisamos as respostas dadas e retiramos as devidas conclusões.

IV - Resultados

Primeira parte do questionário – Recolha de informações sociodemográficas

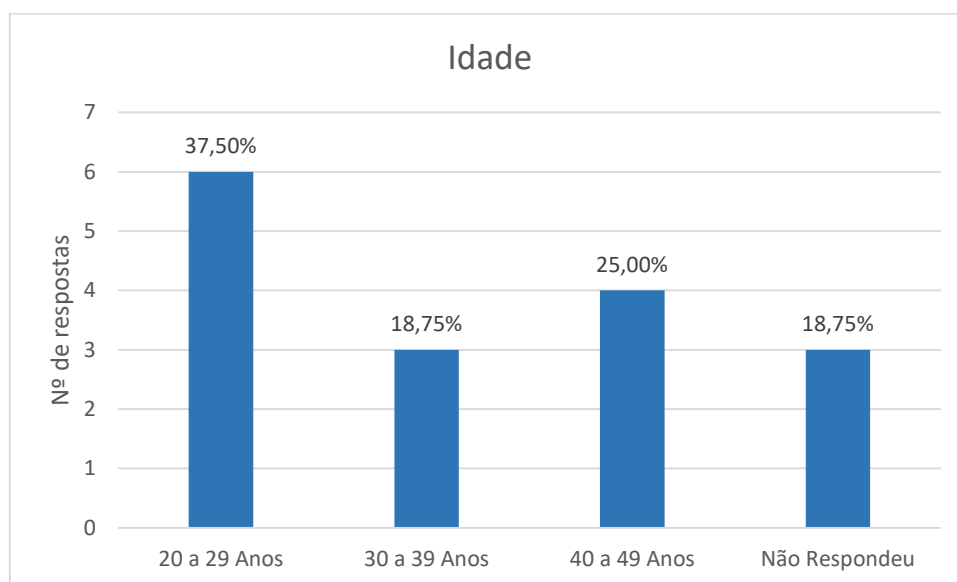


Gráfico 1 - Representação da idade

Relativamente à questão 1 (**Representação da idade**) as idades estão compreendidas entre os 21 e os 48 anos, a maior percentagem encontra-se nos 28 anos, responderem 13 indivíduos dos 16 solicitados.

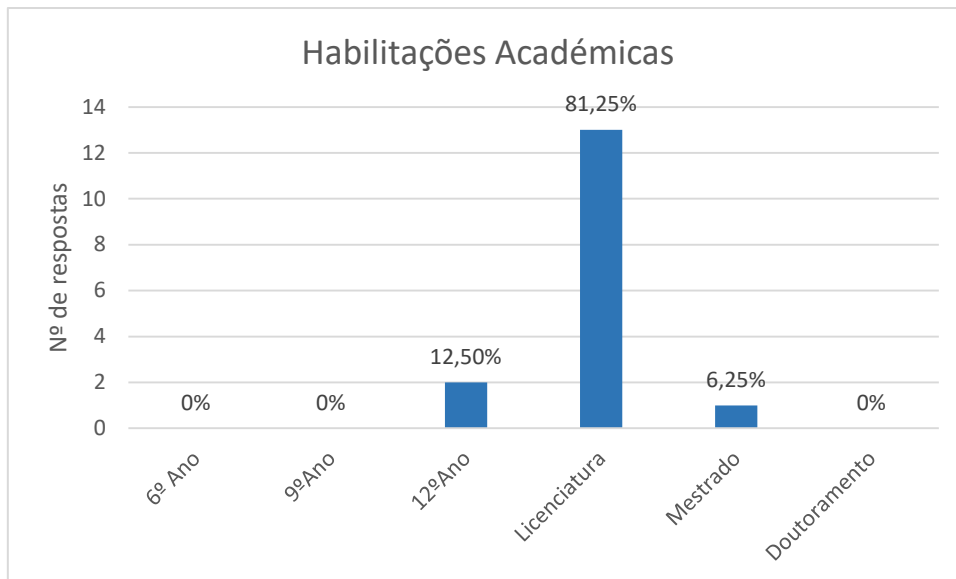


Gráfico 2 - habilitações académicas

Na representação (**habilitações académicas**) situam-se entre o 6ºano e o doutoramento, os 16 indivíduos responderam 14 da seguinte forma: 81,25%, com licenciatura, 12,50%, nível secundário e 6,25%, com mestrado.

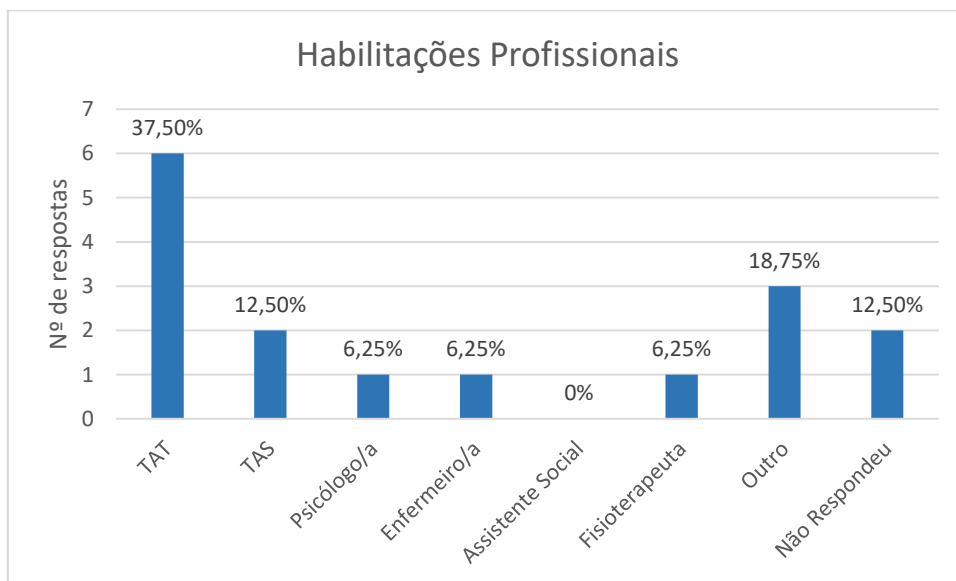


Gráfico 3 - Representação de habilitações profissionais

Representação de habilitações profissionais: das 16 pessoas inquiridas responderam 14. As habilitações profissionais dividem-se da seguinte forma: TAT (Tripulante de ambulância de transporte) com maior percentagem 37,50%, seguido de outras profissões com 18,75%, TAS (Tripulante de ambulância de socorro) 12,50% e com a mesma percentagem de 6,25%, estão os Psicólogos, Enfermeiros e Fisioterapeutas.

Segunda parte do questionário

Nas respostas dadas ao seguinte questionário, identifique os seus modos de atuação em diversos cenários de emergência, em particular no **último mês**. Assinale a opção correta.

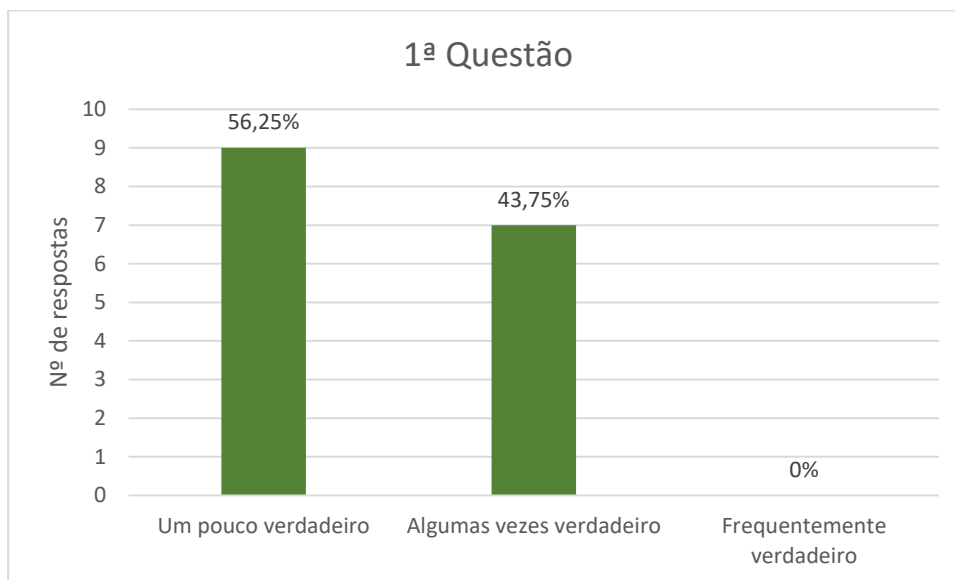


Gráfico 4 - Sentiu incómodo com alguma situação que tenha acontecido de forma inesperada enquanto prestava socorro?

A esta primeira questão responderam 16 indivíduos, onde 56,25% responderem que era um pouco verdadeiro e 43,75%, frequentemente verdadeiro.

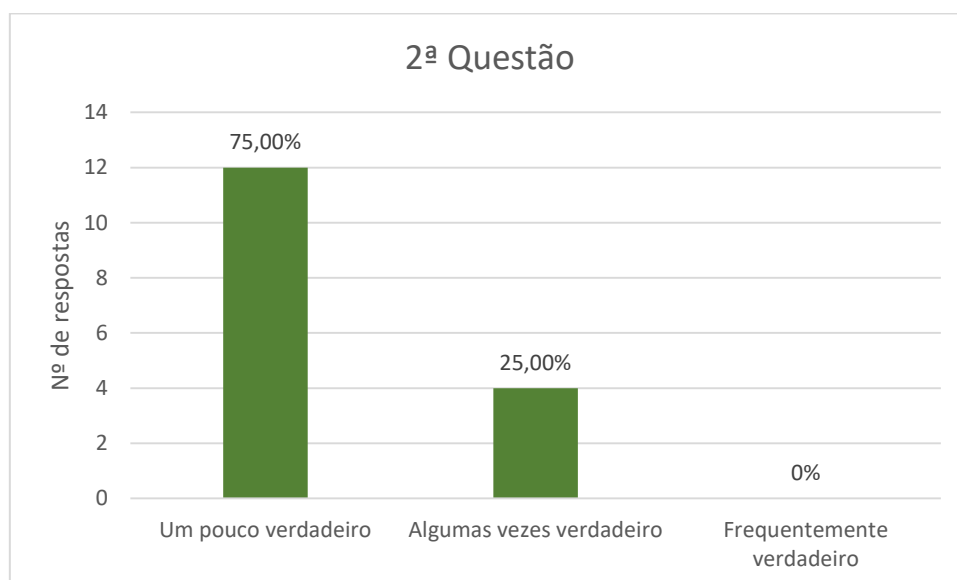


Gráfico 5 - Sentiu grandes dificuldade em controlar a sua vida pessoal/familiar (enquanto prestava socorro)?

Do total de 16 pessoas 75% responderam um pouco verdadeiro e 25% algumas vezes verdadeiro.

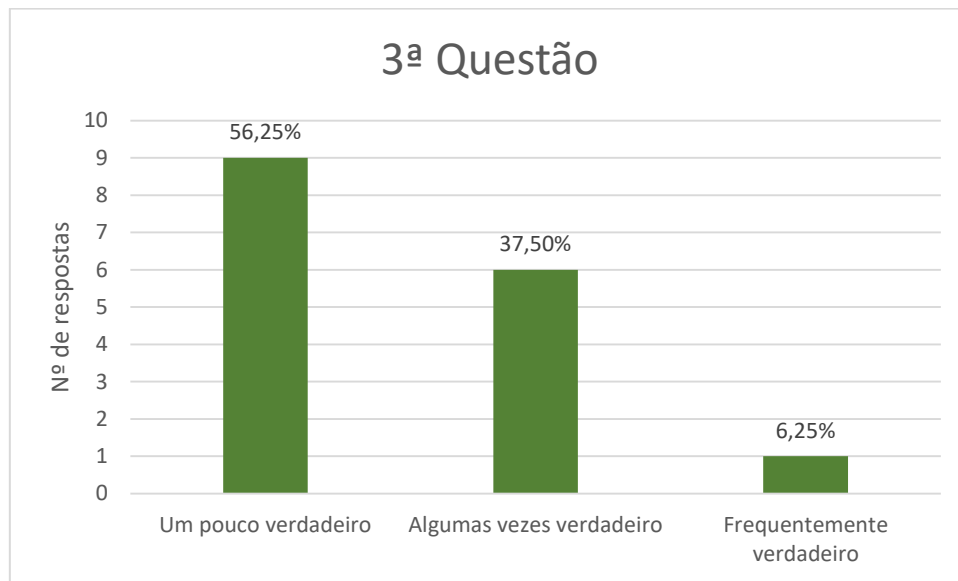


Gráfico 6- Sentiu-se nervoso/a e/ou "stressado" depois de prestar socorro?

Obtivemos 16 respostas, distribuindo-se as percentagens do seguinte modo: 56,25% um pouco verdadeiro, 37,50% algumas vezes verdadeiro e 6,25% frequentemente verdadeiro.

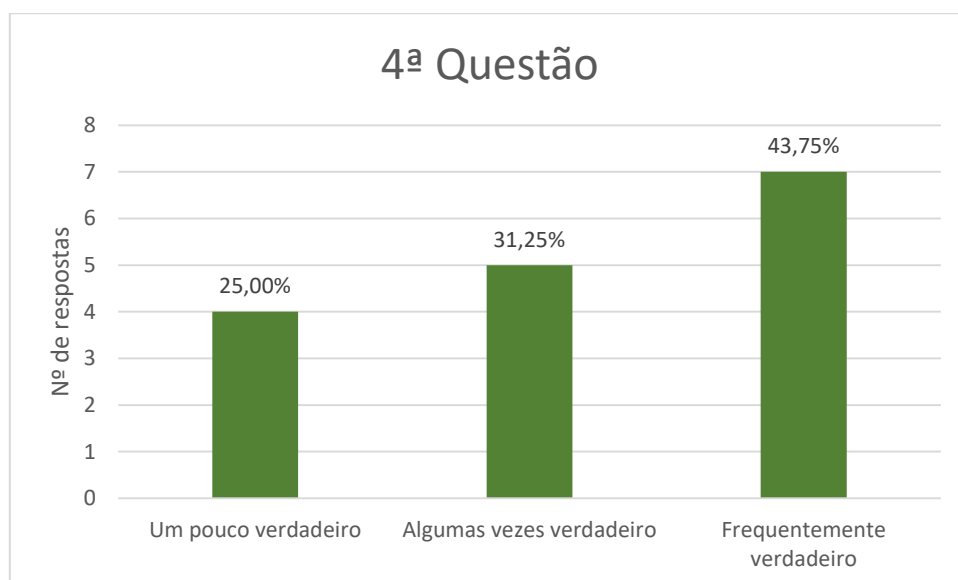


Gráfico 7 - Sentiu-se confiante na sua capacidade para resolver os seus problemas pessoais após prestar o socorro?

Os resultados das percentagens do total estão assim distribuídos: frequentemente verdadeiro com 43,75% para algumas vezes verdadeiro obteve-se 31,25% e 25,00% um pouco verdadeiro dos inquiridos.

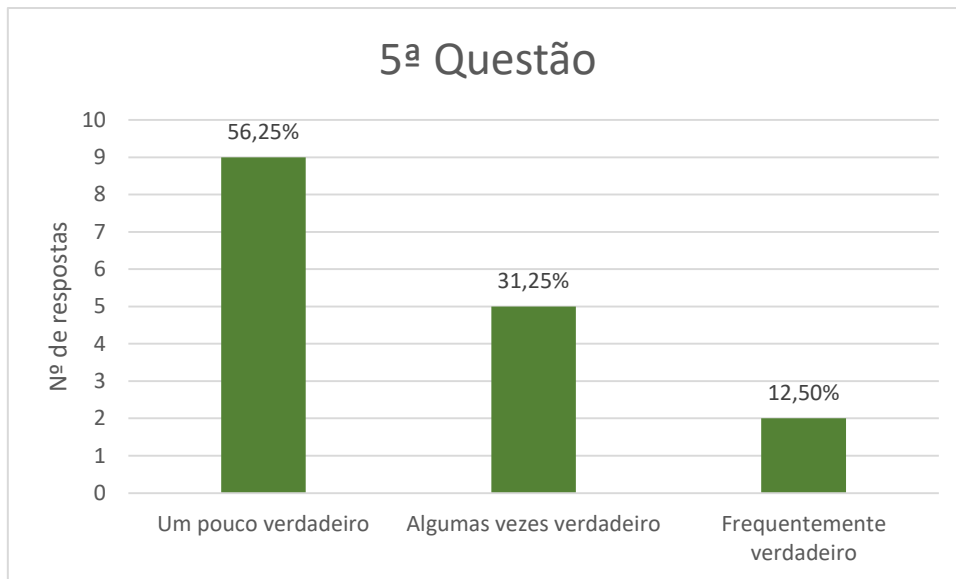


Gráfico 8 - Sentiu grandes dificuldades em prestar socorro de forma eficaz?

A distribuição das percentagens em relação a esta resposta foi a seguinte: 56,25% responderam um pouco verdadeiro, 31,25% algumas vezes verdadeiro e para a opção frequentemente verdadeiro o resultado foi de 12,50%.

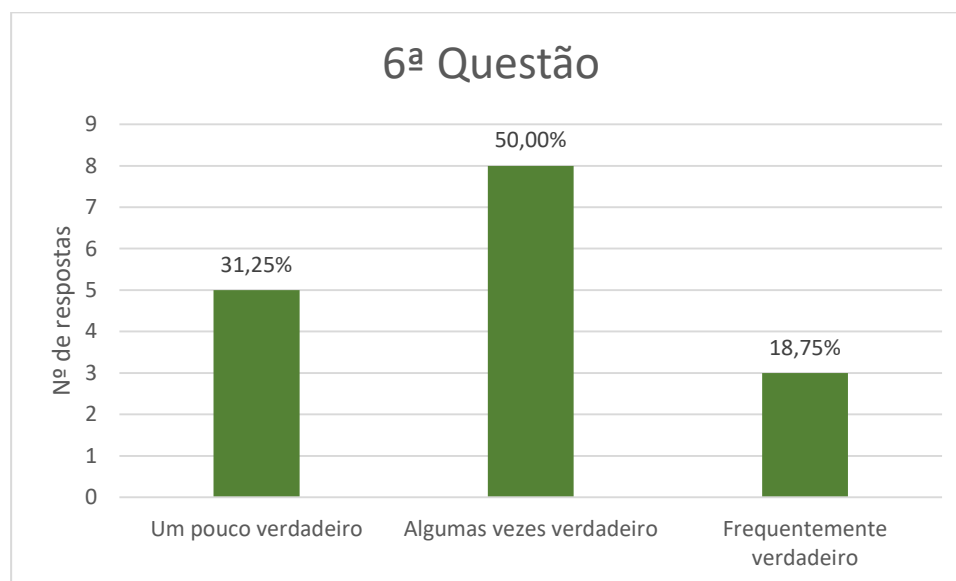


Gráfico 9 - Sentiu total tranquilidade enquanto prestava a emergência e que tinha tudo sob controlo?

Observado este gráfico, podemos desde logo verificar que a maioria dos inquiridos ou seja metade do total (50%) dos inquiridos que responderam ao questionário (8), referiram que nem sempre estavam totalmente tranquilos enquanto prestavam socorro e que por isso, não tinham tudo sob controlo, enquanto apenas uma minoria de 18,75% que não chegava a um terço do total de inquiridos, afirma que sentia total tranquilidade enquanto prestava socorro.

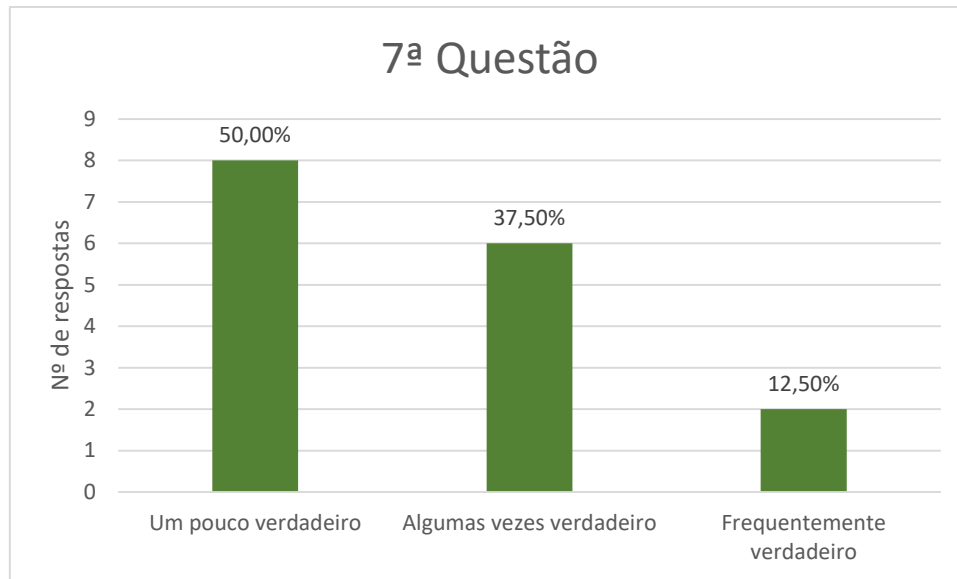


Gráfico 10 - Sentiu que a prestação de assistência na situação de emergência ia para além da sua capacidade e competência?

No que respeita à competência e capacidade para lidar com situações de prestação de socorro, 50,00% dos inquiridos (8) concorda que já teve pelo menos uma ocasião em que a situação de socorro ia para além das suas capacidades enquanto apenas 12,50% afirma que é algo que suceda com frequência e 37,50% refere que ocasionalmente já enfrentou situações que iam para além das suas capacidades.

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

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

Equilíbrio – A natureza da intervenção em crise obriga a que o psicólogo se encontre muitas vezes exposto a material exigente e a pessoas com reações exacerbadas.

Criatividade e Flexibilidade – A criatividade e a flexibilidade são duas importantes ferramentas quando o psicólogo se depara com problemas complexos e aparentemente sem solução.

Energia e Resiliência – Funcionar em áreas desconhecidas ou fora das nossas áreas de conforto, que são características da intervenção em crise, requerem energia, organização e ação sistemática. Por outro lado, o psicólogo terá também de ser resiliente.

Pela natureza do trabalho em crise, em que é constante a vivência de situações difíceis, nas quais muitas vezes e independentemente do treino, do esforço ou da dedicação, o resultado final poderá ser negativo, o psicólogo deve possuir a capacidade de recuperar rapidamente da situação.

Reflexos Mentais Rápidos – Na intervenção em crise o factor tempo é crucial, pelo que requer do psicólogo mais actividade e maior diretividade na intervenção. Face aos assuntos que emergem e à quantidade de temas muitas vezes abordados, é necessário que possua rápidos reflexos mentais. O psicólogo que não consiga pensar rapidamente e objetivamente terá muitas dificuldades a gerir a crise.

Assertividade – Muitas pessoas em crise têm por vezes comportamentos agressivos, pelo que é da máxima importância que o psicólogo consiga ajudar, ao mesmo tempo que mantém os limites de forma a não se deixar agredir verbalmente ou fisicamente.

São ainda importantes outras características como:

Facilidade no estabelecimento da relação – poderá não haver oportunidade de reparar uma rutura na relação;

Capacidade para aceitar tarefas que inicialmente não pareçam ligadas à saúde mental;

Capacidade para trabalhar com diferentes culturas, etnias, idades e religiões;

Capacidade para trabalhar em ambientes caóticos e imprevisíveis;

Capacidade para identificar sinais de *stress* (em si próprio e nos outros) e de implementar estratégias ativas que minimizem as suas consequências.

Terceira parte do questionário

Nas suas respostas, considere agora como referência as últimas **duas semanas**, e assinale a frequência mais ajustada para indicar o número de ocasiões em que se sentiu afetado/a por cada um dos problemas indicado antes e após a prestação dos cuidados de socorro. As respostas foram as seguintes:

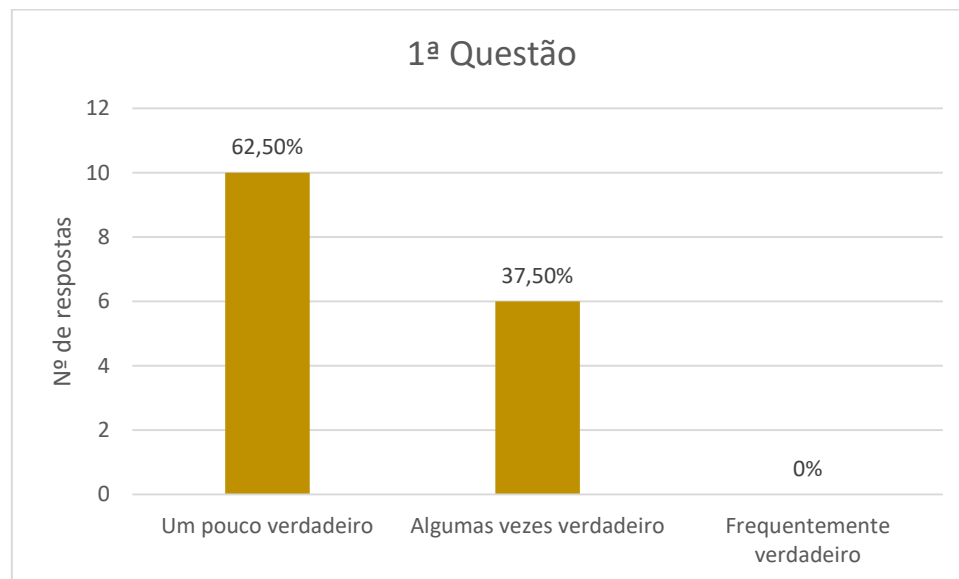


Gráfico 11 - Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso?

Na primeira questão perante a pergunta colocada, responderam 16 indivíduos, ou seja 50% da totalidade dos inquiridos, dos quais, 62,50%, responderem que em várias ocasiões, sentiam algum nervosismo, tensão ou ansiedade enquanto prestavam socorro, enquanto 37,50% refere ocasionalmente ter sentido alguma tensão e nervosismo na prestação de socorro.

Nenhum dos inquiridos referiu que o nervosismo, a ansiedade ou a tensão fossem situações frequentemente percecionadas (e impeditivas de prestar socorro).

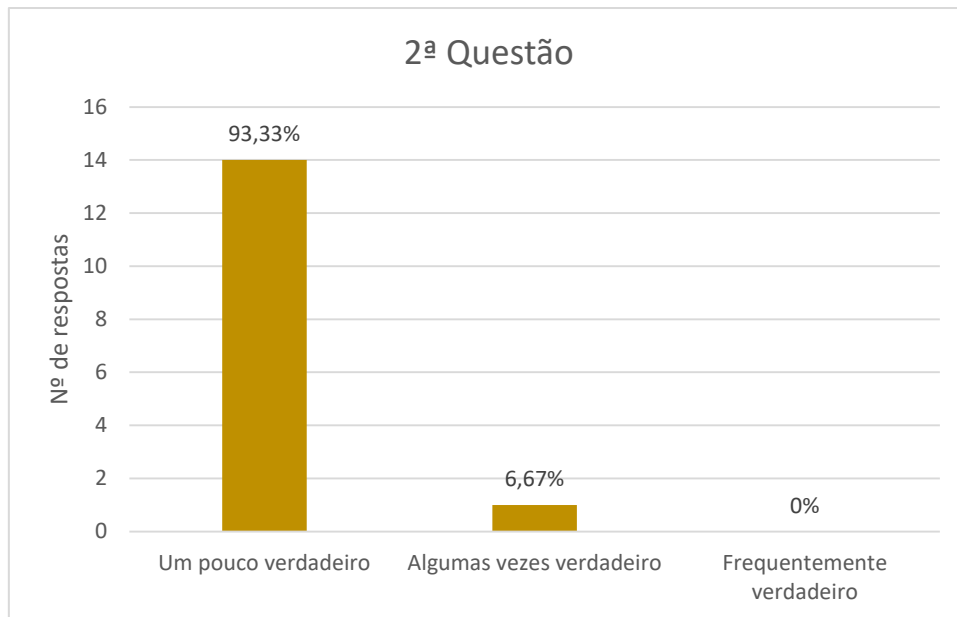


Gráfico 12 - Não ser capaz de impedir ou controlar a ansiedade depois de uma emergência?

Do total de 16 pessoas inquiridas, responderam 15 (93,33%) e dessa amostra a grande maioria, cerca de 93% respondeu que era um pouco verdadeiro não serem capazes de impedir ou controlar a ansiedade depois de uma emergência, enquanto apenas uma pequena minoria de 6,67% referiu que isso poderia já ter ocorrido. Nenhum dos inquiridos referiu que esse seria um problema comum ou frequente.

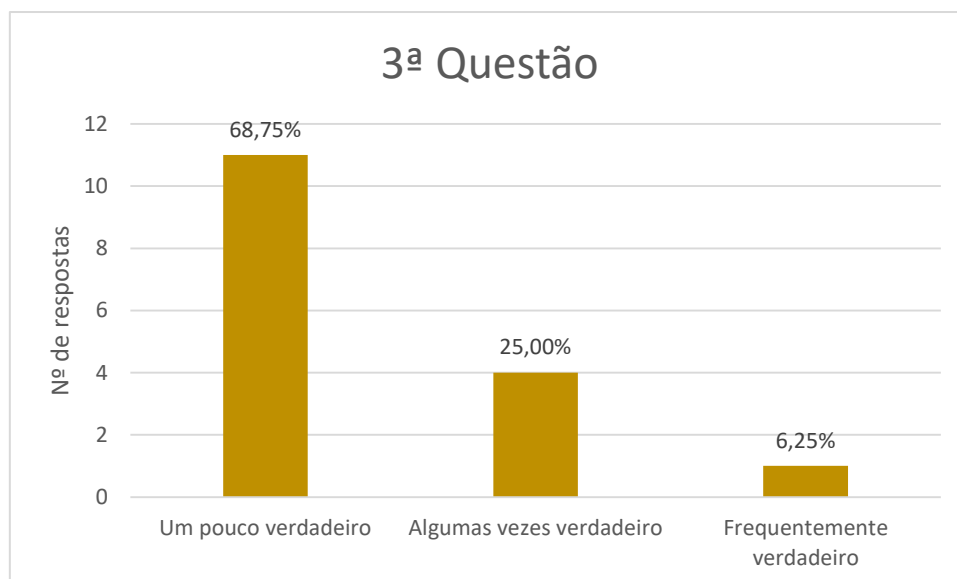


Gráfico 13 - Preocupar-se muito com diversos assuntos antes de uma ocorrência?

No que diz respeito ao foco no trabalho, a nossa análise concluiu que a grande maioria dos 16 inquiridos, cerca de 68,75%, referiu que ocasionalmente tem outro tipo de preocupações que lhe retira o foco total na prestação de socorro.

Cerca de um quarto, ou seja, 25% referiu que em várias ocasiões já sentiu que tinha várias preocupações na sua vida antes da prestação de socorro, sendo residual (6,25%) a percentagem de inquiridos que referiu que se preocupa muito com outros assuntos antes de uma ocorrência.

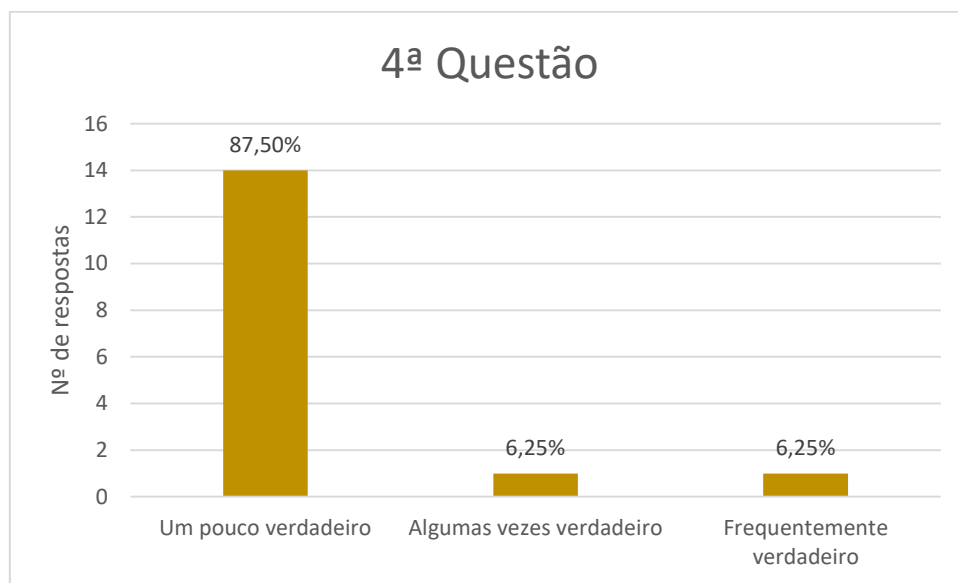


Gráfico 14 -Dificuldade em ficar relaxado/a pós uma emergência?

Em relação a este assunto - a dificuldade em ficar relaxado após uma emergência, podemos verificar que a larga maioria (87,50%) dos 16 inquiridos refere que é uma situação que apenas acontece esporadicamente, enquanto é quase residual (6,25%) a percentagem dos participantes que refere que é normal ter dificuldade em ficar relaxado após uma emergência (6,25%).

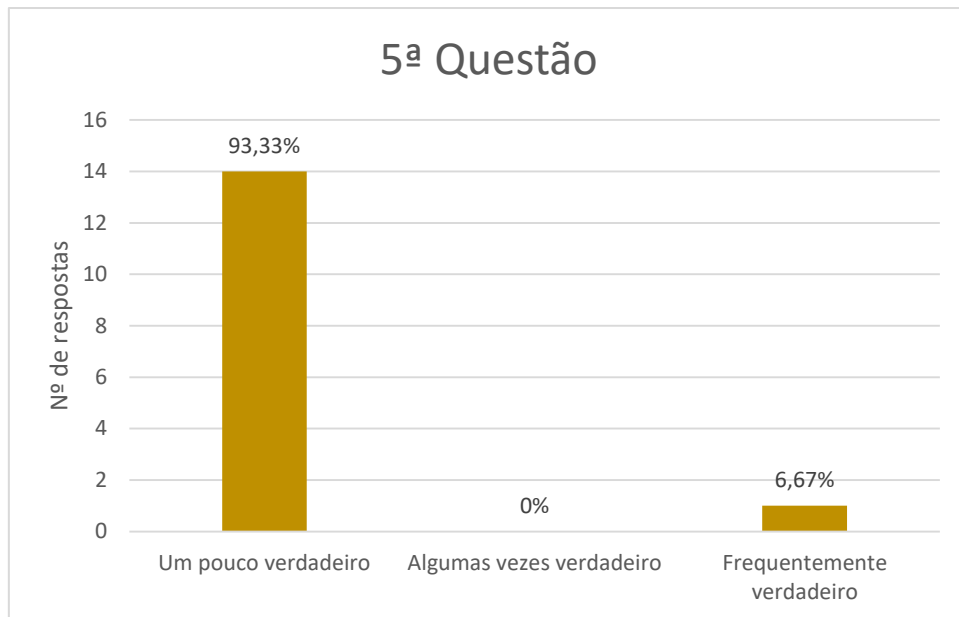


Gráfico 15 - Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado(a) depois de uma emergência?

Relativamente ao estado em que um socorrista fica após uma situação de emergência, responderam 15 inquiridos (90% do total da amostra) sendo que a larga maioria (93,33%) refere que, apesar de tal suceder, é algo muito raro, sendo quase residual (6,67%) a percentagem de inquiridos que refere ser frequentemente afetado por este problema em que fica agitado após uma emergência e que tal o impede de se sentar. Assim nesta questão, não há ninguém a fazer referência a situações intermédias ou ocasionais de agitação.

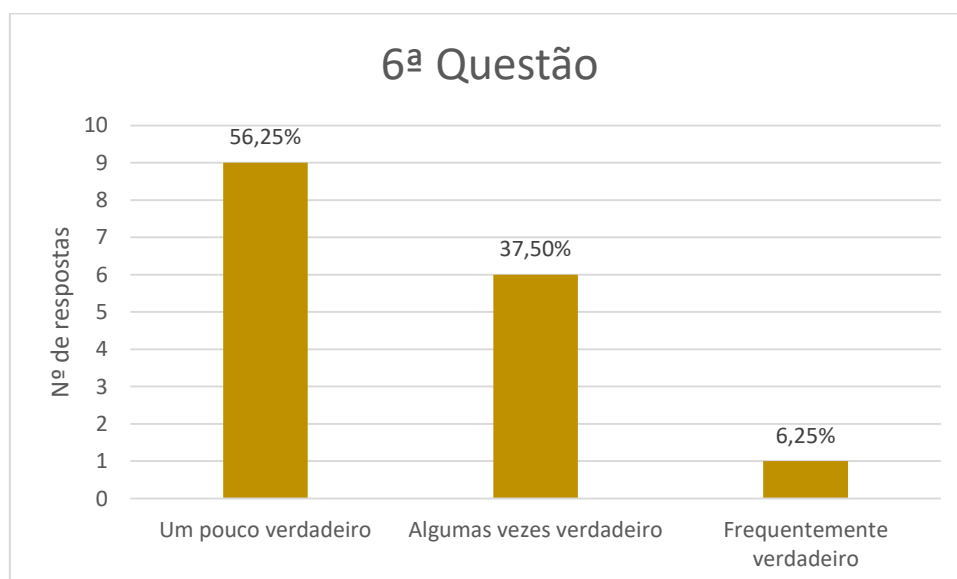


Gráfico 16 - Ficou facilmente aborrecido(a) ou irritado(a) com a tripulação da equipa de emergência?

Relativamente ao assunto sobre se o socorrista ficou aborrecido ou irritado com a tripulação da equipa de emergência, pode-se constatar que, dos 16 inquiridos (100%) a responder, mais de metade (56,25%) das respostas está de acordo que é raro que isso aconteça, apesar de situações dessas poderem eventualmente acontecer, 37,50% dos inquiridos já concorda que esta seja uma situação que sucede ocasionalmente e apenas 6,25% dos socorristas que responderam a este inquérito afirmam que é uma situação que ocorre com alguma regularidade.

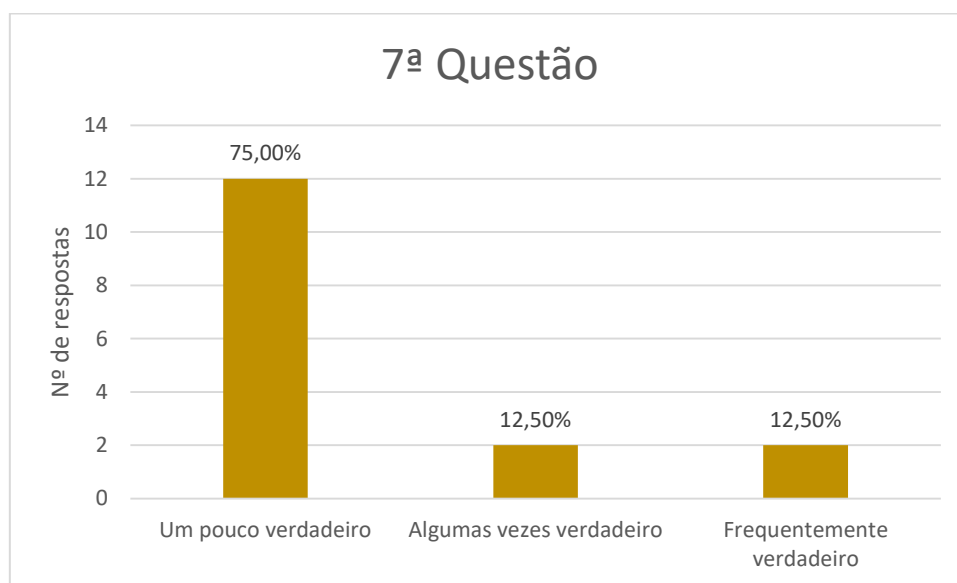


Gráfico 17 - Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer por não confiar na equipa de emergência?

No que diz respeito a sensações de medo e falta de confiança na equipa em que está incluído, pode dizer-se que dos 16 inquiridos (100%) a responder, a larga maioria (75%) das respostas refere que esse é um problema que pode ocorrer mas que é raro acontecer, enquanto os restantes 12,50% dos inquiridos divididos em partes iguais de 12,50% concorda que esta seja uma situação que sucede ocasionalmente ou até frequentemente.

Quarta parte do questionário

Assinale uma (as) das situações abaixo descritas mais se sentiu perturbado a nível psicológico?

*

Notificação de más notícias | notificação de morte

Acidente com mortos (acidente automóvel)

Cena de crime ou homicídio

Acidente grave de grandes dimensões (ex: queda de avião)

Catástrofe (ex: terremoto, tsunami, etc.)

Atentado terrorista

Pandemia: Ex.Covid-19

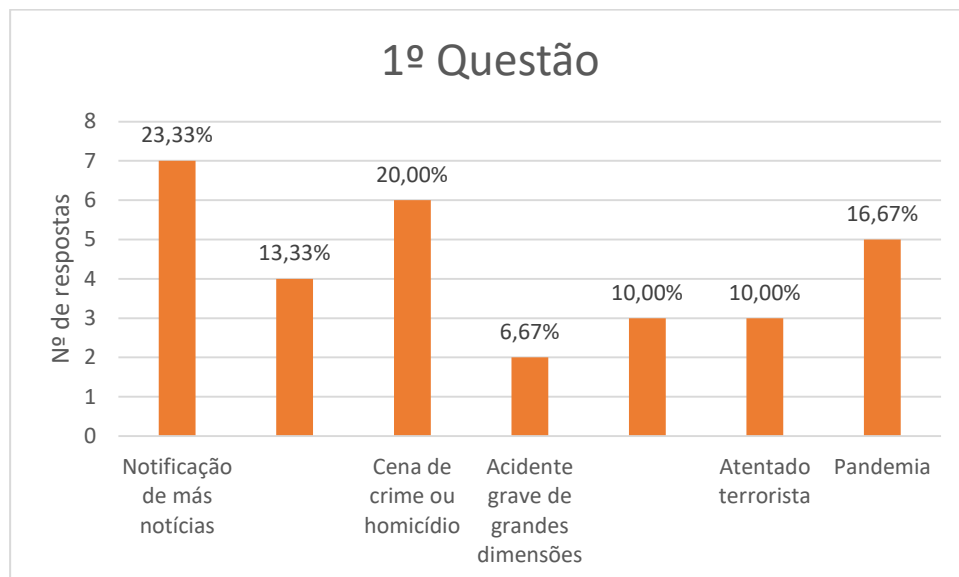


Gráfico 18 - Assinale uma (as) das situações abaixo descritas mais se sentiu perturbado a nível psicológico?

V - Discussão

Pretende-se que os socorristas sensibilizados para a área do trauma psicológico (experiência de eventos traumáticos) sejam capazes de identificar as situações possíveis de causar trauma e que sejam capazes de reconhecer os sintomas de *stress* traumático em si próprios, na sua equipa, nas vítimas e na população em geral. Devem ser capazes de fazer a triagem e estabilização emocional básica de uma vítima de um evento traumático, tendo como pilar as suas áreas de formação no âmbito dos primeiros socorros e do trauma.

Como áreas básicas do saber essenciais à prestação de primeiros socorros psicológicos, devemos referir as seguintes:

Traumatologia Psicológica;

Fenomenologia do Trauma Psicológico;

Comunicação em Trauma;

Estratégia e Planeamento da Intervenção Psicossocial;

Técnicas específicas de Gestão de Stress em Incidentes Críticos;

Modelo Continuado de Assistência no Trauma;

Gerontologia e Trauma;

Cenários de Intervenções.

Os eventos traumáticos, muitas vezes violentos e inesperados, podem, pelo seu impacto deixar sequelas profundas, levar ao desenvolvimento de perturbações psicológicas e interferir na qualidade de vida das vítimas. É clara a existência de diferenças entre os eventos traumáticos, nas sua duração, intensidade e origem, pelo que se torna de importância fulcral focar e conhecer, para além dos efeitos patológicos do trauma (visão convencional da Psicotraumatologia), a existência de diferentes impactos causados por diferentes eventos.

Os eventos traumáticos são entendidos como causadores de sentimentos de medo, abandono, desamparo e horror, com potencial de provocar ferimentos ou ameaça de ferimento ou até mesmo ameaça de morte (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003; Frissa, Hatch, Gazard, Fear & Hotopf, 2013). Importa, ainda, reconhecer que a resposta da pessoa é individual, ativando os mecanismos habituais de adaptação, que se revelam muitas vezes insuficientes para o lidar com o evento.

Os eventos traumáticos, como os desastres, que se caracterizam por ser inesperados, repentinos e avassaladores, podem ainda ter um impacto avassalador na perceção de controlo de controlo, assim como, uma perceção de perigo para a própria vida ou de outrém (e.g. assistir a um atropelamento) (Levetown, 2008).

Intervir numa crise significa introduzir-se de maneira ativa numa situação vital para um indivíduo e auxiliá-lo a mobilizar seus próprios recursos para superar o problema, recuperando dessa forma, seu equilíbrio emocional (Raffo, 2005).

Assim, intervenções em situações de crise convertem-se num ingrediente essencial para o tratamento da situação traumática e para o processo de recuperação das pessoas envolvidas nesses eventos. Considera-se de suma importância o investimento em estudos sobre a temática ora abordada, pois este é um tema ainda pouco estudado no nosso país apesar da sua expressiva relevância.

VI - Conclusões

Concluindo e fazendo uma reflexão intelectualmente honesta em relação a todo o projeto de trabalho, devemos expressar dificuldade na construção do questionário e, sobretudo, de recrutar participantes em plena situação de confinamento o que justifica o facto de não ter conseguido alcançar de forma segura os meus objetivos iniciais.

De facto, uma vez que a meio do desenvolvimento, o mundo foi afetado por uma crise pandémica -. SARS Cov 2 (Covid 19) - que afetou Portugal, que entrou num Estado de Emergência (o nível mais elevado de prevenção e segurança), que obrigou a um confinamento geral da população impedindo, dessa forma, que o trabalho ficasse completa, em especial ao nível da recolha de dados.

Em todo o caso, podemos afirmar que obtivemos os resultados esperados, ou seja, constatamos que os participantes em todas as questões se dividiram entre as diferentes hipóteses de resposta verificamos também que todos os participantes tinham, de alguma forma e num determinado nível, algum tipo de dificuldade de relacionamento com a equipa com que trabalham. Poderia aprofundar um pouco mais a discussão deste aspeto em função das respostas que obtive (resumir as dificuldades sentidas de forma mais evidente pelos inquiridos).

Dessa forma, podemos depreender que deverá existir dentro da cooperação uma hierarquia para formar e acompanhar os novos voluntários ou colaboradores, devendo ser nomeado ou fomentado a existência de um *teamleader*, para fazer a orientação e o acompanhamento do profissional em formação e/ou já formado desde o seu primeiro dia, até que o mesmo aprenda todas as técnicas que tem de saber no socorro.

A existência deste *teamleader* deve contribuir para mitigar (e se possível até de eliminar) o problema de trabalhar com várias equipas, com o fim de valorizar o processo de formação, atribuir-lhe a importância que realmente tem, conseqüentemente exigindo qualidade à sua implementação da prática que dela decorre. Ao mesmo tempo deve ser exigida uma elevada competência técnica e científica, uma vez que os novos elementos da equipa de socorro só depois de terem os conhecimentos necessários, poderão progredir para atividades com outro nível e exigência, nomeadamente ao nível do trabalho com várias equipas.

Neste âmbito o tempo de trabalho não deve ser o único critério a ter em conta, mas sim a quantidade de ocorrências, e o trabalho com a sua equipa, pois há socorristas com pouca experiência em número de anos, mas com muitas ocorrências, e há outros com muitos anos de trabalho, mas que tiveram que lidar com uma menor variedade de ocorrências.

Relativamente à formação e prática profissional em psicotraumatologia, devem ser especialistas em psicotraumatologia pronunciarem-se sobre estas matérias e não apenas colegas que, pela sua boa vontade e/ou pela inerência decorrente do seu desempenho como profissional de psicologia em determinadas organizações, se vêm colocados em posição de destaque, de “*opinion maker*” - considerando que, apenas, estão em representação desta ou daquela instituição. De facto, só num fórum como a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), através do reconhecimento da psicotraumatologia como uma especialidade avançada, e com a constituição de um “colégio” de psicotraumatologistas, será possível atingir os objetivos que atrás mencionei.

É de salientar o trabalho que a OPP em feito, dentro do seu âmbito de atuação, ao ressaltar a importância da intervenção nesta área. Desde o início da sua constituição, fez bandeira em torno deste projeto, destacando a importância de ter psicólogos com preparação para acorrer a catástrofes, e tem mantido um contacto muito próximo com instituições que empregam psicólogos em funções na área da intervenção em crise, com as quais foram firmados protocolos de colaboração.

A constituição de um grupo de trabalho de intervenção do psicólogo em situações de crise mostra igualmente esse destaque e onde o avanço para a constituição de uma especialidade avançada se revela o passo subsequente mais coerente a ser dado.

No âmbito da intervenção em crise deverão ser tidos em consideração diferentes níveis de intervenção, como a prevenção universal, que é dirigida à população em geral, com vista a potenciar o desenvolvimento e funcionamento ótimo e de todos os indivíduos nas suas diferentes dimensões prevenindo a ocorrência de problemas, mas também a prevenção seletiva, de carácter precoce, dirigida a subgrupos ou segmentos da população identificados como de risco acrescido, nomeadamente por não responderem positivamente às intervenções de carácter universal, ou por apresentarem características específicas consideradas de risco. A intervenção revela-se, ainda, crucial na prevenção dos fenómenos de violência e comportamentos de risco, bem como das mais variadas formas de discriminação e exclusão social.

Por este motivo, os Psicólogos da Educação representam um contributo próprio e relevante para a qualidade da organização, funcionamento e missão dos contextos educativos e de desenvolvimento, existindo inúmeras evidências científicas da eficácia, da relação custo-benefício e dos resultados positivos da sua intervenção. Deve relacionar a consideração que faz neste parágrafo com a intervenção em crise, para não ficar uma consideração que se pode aplicar a qualquer área de intervenção do psicólogo da educação.

As intervenções psicoeducativas são uma das práticas baseadas em evidências mais eficazes. Dada a flexibilidade deste modelo, uma vez que incorpora informação específica sobre a doença e instrumentos para gerir as circunstâncias relacionadas, as intervenções psicoeducativas possuem um potencial alargado de utilidade para muitas doenças e diversos desafios da vida.

Este tipo de intervenção integra e promove sinergias entre as intervenções psicoterapêuticas e educativas, numa abordagem holística, baseada em competências, colaboração, *coping* e empoderamento. O paciente é considerado parceiro do prestador do serviço, com base na premissa de que quanto maior for o conhecimento, melhor serão os resultados de saúde. Pode ser adaptado a indivíduos, família, grupos ou comunidades.

Aplicadas à saúde, as intervenções psicoeducativas podem ser úteis devido ao seu foco na melhoria da adesão à terapêutica, na identificação precoce de sintomas, na importância de um estilo de vida saudável, na exploração das crenças individuais de saúde, assim como permitindo aos indivíduos compreender a relação complexa entre sintomas, personalidade, ambiente interpessoal e efeitos da medicação.

Um dos benefícios das intervenções psicoeducativas em *situações de crise* é o seu potencial de estenderem o seu impacto muito depois da situação imediata, ao ativarem e reforçarem sistemas de apoio formais e informais, ao ensinarem aos indivíduos e comunidades como antecipar e gerir períodos de transição e crise.

Entre outros benefícios, a intervenção dos Psicólogos da Educação pode contribuir para o desenvolvimento integral e o bem-estar psicológico dos indivíduos, para o sucesso escolar e a aprendizagem ao longo da vida, para a realização pessoal, sociofamiliar e profissional, para o estabelecimento de relações interpessoais e ambientes institucionais positivos, seguros e de suporte e para o aumento da qualidade e da satisfação perante a vida.

Não é apenas uma questão de justiça para todos os psicólogos que ao longo dos anos, têm investido nesta área, é o caminho lógico a seguir, a bem da afirmação da psicologia com áreas específicas do saber e como qualificação da psicologia que se encontra ao serviço dos cidadãos e da comunidade.

Bibliografia

Benveniste, D. (2000). *Intervención En Crisis Después De Grandes Desastres. Intervención En Crisis Después De Grandes Desastres.*

Brito, B. (2015). Traumatic Incident Reduction, Apresentação realizada no Congresso de Psicologia Militar.

COVID-19. (s.d.). Obtido em 12 de março de 2020 do site Direção Geral da Saúde <https://covid19.min-saude.pt/>

Erikson, E. (1971). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar

Freedly, J. R., Saladin, M. E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Saunders, B. E. (1994). Understanding Acute Psychological Distress Following Natural Disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 257-274. doi:10.1007/bf02102947

Giel, R. (1990). Psychosocial Processes in Disasters. *International Journal of Mental Health*, 7-20. doi:10.1080/00207411.1990.11449150

Green, B. L. (1994). Traumatic Stress and Disaster: Mental Health Effects and Factors Influencing Adaptation. *International Review of Psychiatry*, 5-18.

Horowitz, M. J. (1976). *Diagnosis and Treatment of Stress Response Syndromes: General Principles*. The Charles Press Publishers.

Liria, A. F. & Veja, B. R. (2002). *Intervención en Crisis*. Madrid: Editorial Síntesis.

Mano, R. D. (2010). *O Sofrimento Psíquico Grave no Contexto da Religião Protestante Pentecostal e Neopentecostal: Repercussões da Religião na Formação das Crises do Tipo Psicótica*. Universidade de Brasília, Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, Brasília. Obtido de https://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/8403/3/2010_RaqueldePaivaMano.pdf

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. (2002). In A. P. Adssociation, *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Artmed. Obtido de http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf

Parada, E. (2004). *Psicologia Comportamental Aplicada al Socorrismo Profesional. Primeros Auxilios Psicologicos*. Obtido em 02 de janeiro de 2008 do site Escuela Segoviana de Socorrismo: <http://members.fortunecity.es/esss1/Jornadas97ParadaE.htm>

Poseck, B. V., Baquero, B. C., & Jiménez, M. L. (2006). La Experiencia Traumática desde la Psicología Positiva: Resiliencia y Crecimiento Postraumático. *La Experiencia*

Traumática desde la Psicología Positiva: Resiliencia y Crecimiento Postraumático, pp. 40-49. Obtido 21-05-2020 de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1283.pdf>

Raffo, S. L. (2005). *Intervención en crisis*. Apuntes para uso exclusivo de docencia. Departamento de Psiquiatría y Salud – Campus Sur. Universidad de Chile. <http://www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2005/medicina/crisis.pdf>.

Roberts, A. R., & Green, D. (2007). Crisis Intervention with Victims of Violent Crimes. In A. R. Roberts, D. Green, R. D. C., A. J. Lurigio, & S. Herman (Edits.), *Victims of Crime* (3ª ed., pp. 255-266). Obtido de <https://books.google.pt/books?hl=pt>

Rodriguez, A. C. (2003). Los Cinco Componentes de los Primeiros Auxilios Emocionales en la Intervención en Crisis. *Los Cinco Componentes de los Primeiros Auxilios Emocionales en la Intervención en Crisis*.

Rodríguez, A. C. (2003). Los Cinco Componentes de los Primeiros Auxilios Emocionales en la Intervención en Crisis. Obtido em 24 de dezembro de 2007 do site monografias.com: <http://www.monografias.com/trabajos15/intervencion-en-crisis/intervencion-em-crisis.shtml>

Sá, S. D., Werlang, B. S. G., & Paranhos, M. E. (2008). Intervenção em crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4 (1). Doi:10.5935/1808-5687.20080008

Sánchez, J. I. R. & Amor, J. L. M. (2005). *Intervención Psicológica en las Catástrofes*. Madrid: Editorial Síntesis.

Slaikeu, K. A. (1996). *Intervención en Crisis: manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno.

Wainrib, B., & Bloch, E. (2001). *Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma: Teoría y Práctica*. Desclée de Brouwer.

Anexos

Questionário / Consentimento informado

No âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, encontra-se a decorrer um breve questionário sobre “O papel dos socorristas na Intervenção em Crise”, cuja responsabilidade incide sobre o Psicólogo licenciado António Paulo Costa Saraiva, com a orientação da Professora Doutora Maria Paula Barbas Albuquerque Paixão.

O questionário tem como objectivo principal identificar os seus modos de atuação em diversos cenários de emergência, em particular no **último mês**, considere agora como referência as últimas **duas semanas**, e assinale a frequência mais ajustada para indicar o número de ocasiões em que se sentiu afetado/a por cada um dos problemas indicado antes e após a prestação dos cuidados de socorro, situações abaixo descritas mais se sentiu perturbado a nível psicológico

Para participar no estudo, deve ter mais de 18 anos e ser socorrista de Emergência Médica

A participação neste questionário é voluntária e terá a duração de aproximadamente 15 minutos, sendo que tem a possibilidade de interromper o preenchimento do questionário se assim o pretender, a qualquer instante

Não existem respostas certas ou erradas, pretende-se que responda com a maior sinceridade

O questionário não terá qualquer elemento que identifique o participante.

As respostas fornecidas pelos participantes serão respeitadas e mantidas em sigilo absoluto e os dados recolhidos serão tratados segundo as recomendações emitidas pelo Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Caso tenha alguma questão acerca dos objetivos, procedimentos e finalidades do estudo, contacte através do email: paulosaraivapsicologia@gmail.com

Muito obrigada pela sua colaboração e disponibilidade.

Primeira parte do questionário

Idade

Sexo

Feminino

Masculino

Habilitações Académicas

6º Ano

9º Ano

12º Ano

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Habilitações Profissionais

TAT

TAS

Psicólogo/a

Enfermeiro/a

Assistente Social

Fisioterapeuta

Outra

Segunda parte do questionário

Nas respostas dadas ao seguinte questionário, identifique os seus modos de atuação em diversos cenários de emergência, em particular no último mês. Assinale a opção correta.

Exemplo de vários cenários em emergência: Notificação de más notícias | notificação de morte; Acidente com mortos (acidente automóvel); Cena de crime ou homicídio; Acidente grave de grandes dimensões (ex: queda de avião); Catástrofe (ex: terremoto, tsunami, etc.); Atentado terrorista; Pandemia: Ex.Covid-19.

1. Sentiu incómodo com alguma situação que tenha acontecido de forma inesperada enquanto prestava socorro?

- Um pouco verdadeiro
- Algumas vezes verdadeiro
- Frequentemente verdadeiro

2.Sentiu grandes dificuldade em controlar a sua vida pessoal/familiar (enquanto prestava socorro)?

- Um pouco verdadeiro
- Algumas vezes verdadeiro
- Frequentemente verdadeiro

3.Sentiu-se nervoso/a e/ou "stressado" depois de prestar socorro?

- Um pouco verdadeiro
- Algumas vezes verdadeiro
- Frequentemente verdadeiro

4.Sentiu-se confiante na sua capacidade para resolver os seus problemas pessoais após prestar o socorro?

- Um pouco verdadeiro
- Algumas vezes verdadeiro
- Frequentemente verdadeiro

5.Sentiu grandes dificuldades em prestar socorro de forma eficaz?

- Um pouco verdadeiro
- Algumas vezes verdadeiro
- Frequentemente verdadeiro

6.Sentiu total tranquilidade enquanto prestava a emergência e que tinha tudo sob controlo?

- Um pouco verdadeiro
- Algumas vezes verdadeiro
- Frequentemente verdadeiro

7.Sentiu que a prestação de assistência na situação de emergência ia para além da sua capacidade e competência?

- Um pouco verdadeiro
- Algumas vezes verdadeiro
- Frequentemente verdadeiro

Terceira parte do questionário

Nas suas respostas, considere agora como referência as últimas duas semanas, e assinale a frequência mais ajustada para indicar o número de ocasiões em que se sentiu afetado/a por cada um dos problemas indicado antes e após a prestação dos cuidados de socorro.

1.Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso

Um pouco verdadeiro

Algumas vezes verdadeiro

Frequentemente verdadeiro

2.Não ser capaz de impedir ou controlar a ansiedade depois de uma emergência?

Um pouco verdadeiro

Algumas vezes verdadeiro

Frequentemente verdadeiro

3.Preocupar-se muito com diversos assuntos antes de uma ocorrência?

Um pouco verdadeiro

Algumas vezes verdadeiro

Frequentemente verdadeiro

4.Dificuldade em ficar relaxado/a pós uma emergência?

Um pouco verdadeiro

Algumas vezes verdadeiro

Frequentemente verdadeiro

5.Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado(a) depois de uma emergência?

Um pouco verdadeiro

Algumas vezes verdadeiro

Frequentemente verdadeiro

6.Ficou facilmente aborrecido(a) ou irritado(a) com a tripulação da equipa de emergência?

Um pouco verdadeiro

Algumas vezes verdadeiro

Frequentemente verdadeiro

7.Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer por não confiar na equipa de emergência?

Um pouco verdadeiro

Algumas vezes verdadeiro

Frequentemente verdadeiro

Quarta parte do questionário

Assinale uma (as) das situações abaixo descritas mais se sentiu perturbado a nível psicológico?

*

Notificação de más notícias | notificação de morte

Acidente com mortos (acidente automóvel)

Cena de crime ou homicídio

Acidente grave de grandes dimensões (ex: queda de avião)

Catástrofe (ex: terremoto, tsunami, etc.)

Atentado terrorista

Pandemia: Ex.Covid-19

Depois de assinalar justifique: