

ESCOLA DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

LUCIANA DANTAS FIGUEIREDO BARBOSA

**TEPT, SUPORTE SOCIAL E REGULAÇÃO EMOCIONAL EM PROFISSIONAIS QUE
ATUARAM NO INCÊNDIO DA BOATE KISS**

Porto Alegre
2018

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA –
ESCOLA DE SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: COGNIÇÃO HUMANA
GRUPO DE PESQUISA COGNIÇÃO, EMOÇÃO E COMPORTAMENTO

**TEPT, SUPORTE SOCIAL E REGULAÇÃO EMOCIONAL EM PROFISSIONAIS QUE
ATUARAM NO INCÊNDIO DA BOATE KISS**

LUCIANA DANTAS FIGUEIREDO BARBOSA

ORIENTADOR: Prof. Dr. Christian Haag Kristensen

Projeto de Dissertação apresentado como requisito para
qualificação de Mestrado do Programa de Pós-graduação
em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio
Grande do Sul.

Porto Alegre, 2018

Ficha Catalográfica

B238 Barbosa, Luciana Dantas Figueiredo

TEPT, Suporte Social e Regulação Emocional em profissionais que atuaram no incêndio da boate Kiss / Luciana Dantas Figueiredo Barbosa . – 2018.

100 f.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Christian Haag Kristensen.

1. Transtorno de Estresse Pós-Traumático. 2. Suporte Social. 3. Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional. I. Kristensen, Christian Haag. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Ao adentrar no universo da pesquisa acadêmica em Psicologia, após dez anos afastada dessa prática, tinha ciência do meu desafio. Alguns fatores e circunstâncias foram desafiadores e me fazem refletir sobre os meus obstáculos. A circunstância de fazer pesquisa no Brasil em um momento histórico de grandes incertezas, que se refletem em mudanças constantes e restrições de recursos. O desafio de adequar-se às exigências metodológicas da pesquisa acadêmica e da instituição. E um desafio pessoal de voltar a aprender o “idioma” da pesquisa científica, o qual havia desaprendido em dez anos de prática em Psicologia no cenário das organizações.

No entanto, tive no meu caminho recursos e pessoas que me ajudaram a vencer os obstáculos, às quais gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos. Em primeiro lugar, sou grata a Deus e a minha família, que me apoiou e me ajudou a dizer sim a esse desafio. Em especial, ao meu marido e companheiro de vida Daniel Borges Machado. Sem ele, não teria a coragem e o apoio (em todos os sentidos) necessários a enfrentar todas as dificuldades, além do apoio afetuoso no dia a dia. E à minha mãe, que fez questão de vir de Salvador para estar presente na apresentação da minha dissertação.

Em segundo lugar, sou muito grata a PUCRS, renomada instituição que me proporcionou estrutura física e tecnológica de padrão excelente. Senti muito orgulho de fazer parte dessa instituição e, em incontáveis vezes, me encantei com a beleza do campus, que vejo como inspirador. Além disso, e mais importante, o fator humano é um diferencial da instituição. O acolhimento e carinho das profissionais da recepção do 9º andar do prédio 11, que não poupam “bom dias” acalorados e disponibilidades de ajuda. E a competência, aliada à disponibilidade e carisma, de todos os professores do programa de Mestrado. Cada um, no seu jeito e prática, contribuiu imensamente para o meu desenvolvimento como pesquisadora e a eles sou muito grata. Agradeço também aos professores que participaram da minha Banca da Qualificação, por suas contribuições valiosas.

Gostaria de agradecer a todos os participantes desse estudo por compartilharem as suas histórias e permitirem a realização deste trabalho. Espero poder contribuir para a reflexão sobre medidas que possam proporcionar maior preparação e resiliência para profissionais que lidam com vítimas de eventos traumáticos.

Um agradecimento especial e importante para os dois grupos que fiz parte nesse período. O especialíssimo grupo “SUPER CEC/NEPTE” composto pelo Coordenador, o prof. dr Christian Haag Kristensen, doutorandos, mestrandos, auxiliares de pesquisa, estagiários e voluntários. Não

irei me esquecer das conversas e debates estimulantes, do olhar solidário para o sofrimento humano, das risadas e energia contagiante! Nesses dois anos que fiz parte do grupo, testemunhei algumas mudanças de grupos de estagiários, estudantes de Pós-Graduação e de Graduação e é incrível perceber que todos rapidamente se adaptam ao “jeito NEPTE” de se relacionar, um jeito alegre, humilde e solidário. Me senti em família. Em especial, agradeço aos estudantes de iniciação científica que apoiaram esse projeto. Primeiramente, agradeço a Letícia F. Goularte, por sua disponibilidade, interesse, determinação e curiosidade. Sem falar na parceria em 100% dos momentos-chave do projeto, em especial a nossa ida juntas a Santa Maria para realizar as coletas. Também merece destaque o apoio da estudante de graduação em Psicologia Jessica Ruviaro de Oliveira, que foi voluntária nesse projeto e, motivada pelo interesse por essa temática de pesquisa, contribuiu com o projeto em algumas etapas importantes. E também o Ezequiel Simonetti Cargnelutti, que integrou o nosso grupo no final da etapa de coleta e foi de fundamental importância para realização das análises no SPSS, além de outras contribuições importantes. Um agradecimento importante também aos estudantes Nathália Lobo, Roberta Batista e Gabriel Curra que apoiaram na transcrições das entrevistas, com zelo e determinação. Agradeço também pela parceria dos meus colegas de jornada dentro do grupo, os mestrandos Alice Brunet, Julia Sheffer, Ramon Silvestri, Gustavo Silva e Julia Donat. Muitas vezes recorri a eles para dúvidas e desabafos. Em especial, agradeço ao Gustavo Silva pela correção do resumo/abstract dessa dissertação e à Julia Donat pelas valiosíssimas contribuições ao artigo quantitativo.

Além do NEPTE, outro grupo muito especial que fiz parte foi o grupo de Mestrandos, por serem apoiadores, empáticos e leais companheiros de jornada. Em especial, gostaria de agradecer a parceria das queridas Joana, Patrícia e Alicedo grupo Perumex, companheiras em diversos momentos, desde as assustadoras (no início) aulas de Quanti II a encontros regados a risadas.

Por fim, e não menos importante, gostaria de agradecer imensamente ao meu orientador, o Prof. Dr Christian Kristensen. Pela oportunidade que me deu em fazer parte do grupo de pesquisa, ao que sou muito grata; Pela atenção e disponibilidade nas supervisões; Pelas provocações à busca do conhecimento, à autonomia e à constante melhoria; Pelo acolhimento, inspiração, compreensão e disposição em ajudar em várias etapas do projeto; Pela experiência em pesquisa e demonstração de equilíbrio emocional, que tanto me inspiraram.

Agradeço também aos professores que aceitaram fazer parte da banca examinadora desta dissertação de mestrado, Profa. Carolina Lisboa e Prof. Lucas Neiva Silva.

Obrigada a todos, sou imensamente grata ao que recebi e hoje me sinto preparada para alçar novos voos.

RESUMO EXPANDIDO

Em tragédias comunitárias, muitos profissionais de saúde e emergência são envolvidos no atendimento às vítimas e expostos direta e indiretamente a eventos traumáticos, podendo desenvolver sintomas de Estresse Pós-traumático. No Brasil, uma das tragédias comunitárias mais impactantes foi o incêndio na boate Kiss, que aconteceu na cidade de Santa Maria - RS, na madrugada do dia 27 de janeiro de 2013. Nesse sentido, essa dissertação de mestrado é composta por dois estudos empíricos apresentados na forma de artigos. O objetivo do trabalho é explorar a associação entre TEPT, suporte social e estratégias de regulação emocional em profissionais de saúde e emergência que prestaram assistência às vítimas no incêndio da Boate Kiss e descrever a experiência dos profissionais que atuaram nesse evento. O primeiro artigo é um estudo quantitativo com delineamento correlacional, de corte transversal. O processo de amostragem foi não probabilístico por conveniência, sendo a amostra composta por 99 profissionais de saúde e emergência da rede pública e privada de Santa Maria, que consentiram em participar do estudo. Os instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico, Inventário de Cognições Pós-Traumáticas, The Life Events Checklist for DSM-5, PTSD Checklist, Escala de Percepção do Suporte Social e Questionário de Regulação Emocional Cognitiva. Os dados foram analisados no Statistical Package for the Social Sciences 17.0 (SPSS). Os resultados apontaram que baixo suporte social e estratégias desadaptativas de regulação emocional estão correlacionados positivamente com sintomas de estresse pós-traumático, e que cognições pós traumáticas predizem sintomas de estresse pós traumático. O segundo artigo é um estudo transversal do tipo exploratórioestruturado a partir de uma abordagem qualitativa. A coleta foi realizada nos locais de trabalho dos profissionais de saúde e emergência de Santa Maria – RS, pela equipe de pesquisadores. Consistiu em uma entrevista com uma amostra de cinco participantes que foram selecionados a partir do primeiro estudo, pelo critério de apresentarem maior sintomatologia de TEPT. Foi utilizado um roteiro tópico de entrevista que contemplou perguntas relativas ao contexto da tragédia, impactos imediatos, efeitos no longo prazo e significados que os profissionais deram à experiência de atendimento às vítimas. O método de análise de dados utilizado foi a Análise Temática conforme proposto por Braun e Clarke (2006). O estudo mostrou que, mesmo após cinco anos dessa tragédia, os profissionais de saúde continuam tendo sintomas de estresse pós-traumático, como evitação e hipervigilância, e utilizaram, como recursos de enfrentamento, foco na tarefa, apoio social e espiritualidade. Quanto aos significados, alguns avaliam sob o prisma da tragédia e da cicatriz nas vidas das pessoas envolvidas e na comunidade, outros entendem que o evento proporcionou crescimento profissional e mudanças nos protocolos de segurança de

espaços fechados. Entende-se que essa dissertação cumpriu com o objetivo de promover avanços na literatura sobre TEPT em profissionais de saúde e emergência em situações de tragédias comunitárias, contribuindo para ampliar o conhecimento sobre a prevalência nessa população e sobre os fatores associados. Ademais, a compreensão do contexto, impactos e significados que os profissionais deram à sua experiência na tragédia de Santa Maria ajudou a entender as consequências psicológicas do trabalho com pessoas expostas a traumas, o que poderá nortear a elaboração de intervenções para promoção de saúde e bem-estar dos profissionais.

Palavras-chave: TEPT, Tragédias Comunitárias, Profissionais de Saúde e Emergência

ABSTRACT

Many health and emergency professionals are involved in the aftermath of community disasters, taking care of victims and being exposed directly and indirectly to traumatic events. These professionals are at risk of developing posttraumatic stress symptoms. In Brazil, one of the most striking community tragedies was the fire at the Kiss nightclub, which took place in the city of Santa Maria - RS, at the dawn of January 27th, 2013. In this sense, this dissertation is composed of two empirical studies presented in the form of articles. The objective of this study is to explore the relationship between PTSD, social support and emotional regulation strategies in health and emergency professionals who assisted the victims of the Kiss Nightclub fire, as well as to describe the experience of the professionals who participated in this event. The first article is a quantitative study with a cross-sectional, correlational design. The sampling process was non-probabilistic by convenience, and the sample consisted of 99 health and emergency professionals from the Santa Maria public and private sectors, who consented to participate in the study. The instruments used were: sociodemographic questionnaire, Post Traumatic Cognitions Inventory, The Life Events Checklist for DSM-5, PTSD Checklist, Social Support Perception Scale, and the Cognitive Emotional Regulation Questionnaire. The data were analyzed in the Statistical Package for Social Sciences 17.0 (SPSS). The results pointed out that low social support and maladaptive emotion regulation strategies are positively correlated with posttraumatic stress symptoms, and that posttraumatic cognitions predict posttraumatic symptoms. The second article is an exploratory cross-sectional study structured with a qualitative approach. Data collection was carried out in the workplaces of the health and emergency professionals of Santa Maria - RS, by the team of researchers. Collection consisted of an interview with a sample of five participants who were

selected from the first study, by the criterion of presenting higher PTSD symptom scores. A topic interview script was used which included questions related to the context of the tragedy, immediate impacts, long term effects and meanings that the professionals gave to the experience of attending to the victims. A Theme Analysis was conducted, as proposed by Braun e Clarke (2006). The study shows that, even five years past this tragedy, health professionals continue to suffer with posttraumatic stress symptoms, such as avoidance and hypervigilance, and have used coping resources, task focus, social support and spirituality. As for meanings, some interpret the situation as a tragedy and a scar in the lives of the people involved and in the community; others understand that the event has provided professional growth and changes in the security protocols of enclosed spaces. This dissertation aimed at promoting advances in the literature on PTSD in health and emergency professionals in situations of community tragedies, contributing to increase the knowledge about PTSD prevalence in this population and associated factors. In addition, the understanding of the context, impacts and meanings that the professionals gave to their experience in the tragedy of Santa Maria aid in understanding the psychological consequences of the work with people exposed to traumas. This could guide the development of interventions for the promotion of health and wellbeing of such professionals.

Key words: PTSD, Community Tragedies, Health and Emergency Professionals

SUMÁRIO

1.	AGRADECIMENTOS	4
2.	RESUMO EXPANDIDO.....	6
2.	ABSTRACT.....	7
2.	APRESENTAÇÃO	10
3.	SEÇÃO TEÓRICA	11
	Reações Pós-Traumáticas: O incêndio da Boate Kiss.....	12
	Transtorno de Estresse Pós-Traumático.....	14
	Suporte Social	18
	Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional.....	20
	Mod. teórico: TEPT, Cog. pós-traumáticas, Suporte Social e Reg. Emocional.....	24
	Justificativa	26
3.	SEÇÃO EMPÍRICA	36
	Artigo 1: Associação entre sintomatologia pós-traumática, suporte social e estratégias de regulação emocional em profissionais de saúde e emergência que atenderam vítimas do incêndio na boate Kiss no Brasil.....	37
	Artigo 2: Reações pós-traumáticas de profissionais de saúde e emergência: a experiência no atendimento às vítimasdo incêndio da boate Kiss.....	62
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
6.	REFERÊNCIAS.....	84
7.	ANEXOS	85

APRESENTAÇÃO

O presente projeto de dissertação de mestrado está inserido no grupo de pesquisa ‘Cognição, Emoção e Comportamento’, coordenado pelo Prof. Christian Haag Kristensen. Este grupo faz parte do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE). O NEPTE é composto também pelos Grupos de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Neurociência Afetiva e Transgeracionalidade, coordenado pela Prof.^a Dra. Adriane Xavier Artech; Neurociência Cognitiva do Desenvolvimento, coordenado pelo Prof. Dr. Rodrigo Grassi de Oliveira; e o Grupo de Pesquisa Imunologia do Estresse, coordenado pelo Prof. Dr. Moisés Evandro Bauer, do Instituto de Pesquisas Biomédicas. Como estrutura, o NEPTE busca investigar os efeitos da exposição a estressores potencialmente traumáticos e propor intervenções no tratamento e prevenção dos transtornos relacionados a trauma e a estressores. Este projeto de pesquisa faz parte do eixo de avaliação psicológica de vítimas de eventos potencialmente traumáticos.

O projeto abordará os impactos na saúde mental de uma das tragédias comunitárias mais impactantes do Brasil na última década, o incêndio na Boate Kiss, ocorrido em Santa Maria, RS. Tragédias comunitárias como esta costumam desencadear transtornos psiquiátricos em uma parcela significativa da população, já que não somente as vítimas diretas sofrem com o trauma psíquico, mas também vítimas indiretas, tais como familiares, amigos, profissionais e voluntários que auxiliam de alguma forma na situação da tragédia. O papel desses profissionais e voluntários nessas circunstâncias é de vital importância para a proteção de cidadãos e preservação da ordem e segurança nas comunidades afetadas. No entanto, esses trabalhadores experimentam uma ampla gama de consequências sanitárias e de saúde mental.

Entre os transtornos desencadeados após exposição a eventos potencialmente traumáticos, destaca-se o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), devido à elevada associação a eventos estressores. O presente projeto terá como proposta investigar como profissionais de saúde e emergência envolvidos na assistência às vítimas do incêndio na boate Kiss foram afetados pelo TEPT após essa tragédia, investigando possíveis fatores de proteção, como o suporte social e as estratégias usadas pelos profissionais para modular as suas emoções.

Este projeto será composto por dois estudos empíricos, intitulados, respectivamente: “Associação entre sintomatologia pós-traumática, suporte social e estratégias de regulação emocional em profissionais de saúde e emergência que atenderam vítimas do incêndio na boate Kiss no Brasil” e “Reações pós-traumáticas de profissionais de saúde e emergência: a experiência no atendimento às vítimas do incêndio da boate Kiss.”

SESSÃO TEÓRICA

Reações Pós-Traumáticas: O incêndio da Boate Kiss

Santa Maria é um município do interior do estado do Rio Grande do Sul que possui 276.108 habitantes (IBGE, 2015). É uma cidade universitária, conhecida pelo número de estudantes que residem nessa localidade em função da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), entre outras universidades locais.

Na madrugada do dia 27 de janeiro de 2013, ocorreu um incêndio de grande proporção em uma festa direcionada à população universitária, na Boate Kiss. O incêndio foi causado por um sinalizador disparado no teto, cujas faíscas atingiram a espuma de isolamento acústico, que não tinha proteção contra fogo. Estima-se que a boate, cuja área tem 615 m² e capacidade para menos de 700 pessoas, estava acima da sua capacidade, com aproximadamente 1.200 a 1.300 pessoas (Atiyeh, 2012). Nesse incêndio, 242 pessoas morreram e mais de 600 ficaram feridos, em sua maioria, jovens entre 18 a 21 anos. Do total de pessoas que vieram a óbito, 235 morreram no dia do incêndio, a maioria asfixiada devido inalação de gás tóxico, e sete morreram dias depois, em decorrência de complicações respiratórias. A tragédia teve grande repercussão nos principais meios de comunicação nacionais e internacionais, em decorrência das grandes proporções de mortos e feridos, sobretudo o público jovem (Silva et al, 2013).

Em decorrência do desastre, Santa Maria disponibilizou todos os recursos de saúde locais para o atendimento às vítimas e familiares. No entanto, em função da limitação de recursos do município para lidar com uma situação de tal proporção, os órgãos governamentais solicitaram recursos e profissionais de saúde de outros municípios e estados, além do apoio das Forças Armadas (Silva et al, 2013). Dessa forma, muitos feridos foram transferidos para diferentes centros, entre eles Porto Alegre, num esforço conjunto entre Município, Estado e União. Alguns grupos e profissionais especializados, tanto de Santa Maria como das cidades circunscritas, se envolveram no apoio às vítimas como voluntários. O Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) foi um dos grupos voluntários mobilizados para esse apoio. O NEPTE é um centro de pesquisa e atendimento a vítimas de eventos estressores que se propõe a estudar os fatores relevantes e de predisposição para a incidência de reações pós-traumáticas desadaptativas, além do aprimoramento de tratamentos e terapias.

Outros incêndios com dimensão semelhante já ocorreram no Brasil e no mundo. O incêndio no Gran Circus Norte-Americano em Niterói, Rio de Janeiro, em 1961, que matou 503 pessoas. Em 2000, em um clube em Luoyang, na China, vitimando 309 pessoas. Em 2003, na boate Station em Rhode Island, Estados Unidos, que matou 100 pessoas e feriu 200. Em 2004, em uma

boate em Buenos Aires, Argentina, tendo 194 vítimas fatais. Em 2008, em um clube de Bangkok, vitimando 66 pessoas. E em 2009, em uma boate em Perm, Rússia, matando 152 pessoas. No entanto, esse é o desastre causado por incêndio em boate com o maior número de mortes em mais de uma década (Atiyeh, 2012). No contexto brasileiro, o evento foi considerado a segunda maior tragédia em número de vítimas em um incêndio, sendo superado apenas pelo incêndio no circo em Niterói (Wikipédia, 2016).

Situações de desastres e tragédias são desencadeadoras de estresse por seu caráter imprevisível e pelo perigo imediato que representam à integridade física e emocional das pessoas envolvidas (Paranhos & Werlang, 2015). Nessas circunstâncias, o indivíduo pode apresentar reações e sintomas que fazem parte de um sistema de autopreservação que auxilia em situações de perigo (Silva et al, 2013).

Esses sintomas são de ordem física, emocional e cognitiva, e costumam ser desencadeados nas primeiras 48 horas após o evento traumático. Os sintomas físicos mais comuns se referem a reações de sobressalto, taquicardia, fadiga, tensão muscular, alterações no desejo sexual, perda de apetite (Silva et al, 2013). Os indivíduos podem apresentar também distúrbios do sono, náuseas, suor excessivo, palidez e dores de cabeça (Benedek, Fullerton&Ursano, 2007; Franco, 2005). As reações emocionais consistem em angústia, raiva, culpa, vergonha, baixa autoestima, medo, irritação, desesperança e desamparo (Foa *et al.*, 1999; Taylor, 2006). O indivíduo pode apresentar evitação emocional e incapacidade para vincular-se (Franco, 2005). As reações cognitivas apresentadas são confusão, desorientação, dificuldade na concentração e tomada de decisão, déficits de memória (Benedek, Fullerton&Ursano, 2007; Franco, 2005; Taylor, 2006). Outra reação que pode ser observada é a evitação a eventos associados ao episódio traumático, como esforços para evitar pensamentos, lugares, atividades ou pessoas que lembrem o evento traumático (Franco, 2005). Pessoas mais afetadas pelo trauma costumam ter crenças negativas sobre si mesmo, relativas à incompetência e inferioridade, e crenças negativas sobre o mundo, concebendo-o como excessivamente perigoso (Taylor, 2006). Existem também reações de ordem interpessoal, como comportamentos de isolamento, pouca interação social e dificuldades nas relações interpessoais (Benedek, Fullerton&Ursano, 2007; Taylor, 2006).

Ainda que as reações mencionadas acima sejam naturais e esperadas, elas são vivenciadas com sofrimento. Cerca de 30% das vítimas não se recuperam após esses sintomas terem se manifestado, mesmo após um tempo considerável (Silva et al, 2013). Desta forma, esses indivíduos tornam-se vulneráveis a desenvolverem alterações de humor e ansiedade, como pânico, fobias, depressão, raiva ou agressividade (Foa, Keane, & Friedman, 2000), somatização (Benedek,

Fullerton & Ursano, 2007), uso de substâncias (Benedek, Fullerton & Ursano, 2007; Bogstrand *et al.*, 2016), entre outros. Entre as consequências prováveis, os Transtornos de Estresse Agudo (TEA) e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) são considerados os transtornos de ansiedade mais associados à exposição a eventos estressores (Breslau, Peterson, & Schultz, 2008). A natureza entrelaçada de reações pós-traumáticas subclínicas, resposta adaptativa ou transtornos mentais diagnosticáveis e comportamentos relacionados à experiência traumática podem ser descritos na Figura 1 (Benedek, Fullerton & Ursano, 2007).

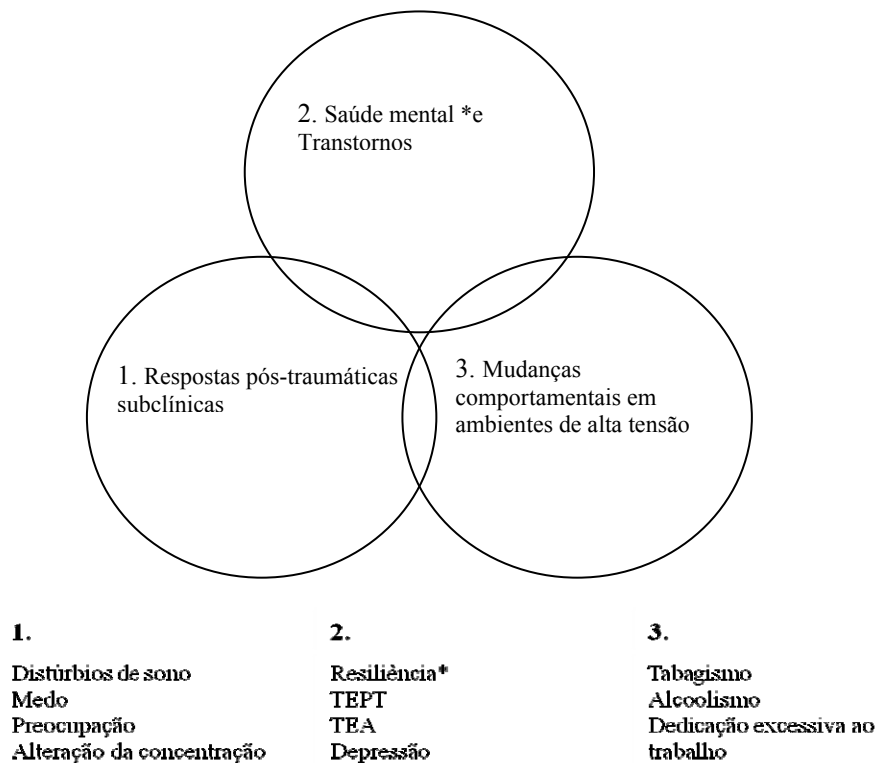


Figura 1: Gama de respostas emocionais e comportamentais em ambientes de alta tensão
 Nota: Figura adaptada de Benedek, Fullerton & Ursano (2007). First Responders: Mental Health consequences of Natural And Human-Made Disasters For Public Health and Public Safety workers. *Annual*

Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Indivíduos que vivenciam algum evento traumático, seja da forma direta ou através do testemunho ou do conhecimento, apresentam risco de desenvolver Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (APA, 2014). Segundo o DSM-5, o TEPT é uma resposta emocional crônica a um evento traumático, ou ambiente estressor severo (critério A), no qual ocorrem sintomas de revivência como pensamentos e sonhos intrusivos (critério B), evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático (critério C), alterações negativas em cognições e/ ou humor

(critério D), excitabilidade e alta reatividade (critério E). É considerado TEPT quando essas perturbações excedem o primeiro mês após o evento estressor (critério F), além de causarem sofrimento e consequências sociais e profissionais negativas (critério G) e não se devem ao uso de substâncias, ou outra condição médica clínica (critério H) (APA, 2014).

As vítimas de trauma são impactadas de diferentes maneiras além da exposição direta, que em geral está associada à severidade sintomática, também pode ocorrer quando o indivíduo é exposto de forma sistemática a informações detalhadas e impactantes do evento traumático. Isto ocorre, principalmente, com profissionais da saúde em emergência como socorristas, enfermeiros, médicos, bombeiros, motoristas de ambulâncias, entre outros. A compreensão dos efeitos de ambientes de alto estresse para os prestadores de cuidados de saúde progrediu consideravelmente com os estudos que investigaram essa população em conflitos militares e missões de paz (Benedek, Fullerton & Ursano, 2007).

Os profissionais de saúde e emergência estão expostos cotidianamente a diversas situações potencialmente estressantes. A prevalência de TEPT encontrada nos primeiros anos após o desastre em profissionais de saúde e emergência que atuam no primeiro atendimento às vítimas costuma ser alta, variando entre 10% e 22% (Bennett *et al.*, 2005; Galea *et al.*, 2005; Kang *et al.*, 2015). Estudo longitudinal que investigou a prevalência de TEPT e outros transtornos mentais nove anos após o ataque ao *World Trade Center*, em Nova York apontou que a prevalência de TEPT nesses profissionais se manteve elevada mesmo após tempo considerável (Wisnivesky *et al.*, 2011). Segundo metanálise conduzida por Galea *et al.* (2005), os profissionais de resgate apresentam uma prevalência de TEPT que se situa entre a da população em geral (5 a 10%) e a das vítimas diretas do desastre (30 a 40%). Em outra metanálise que investigou a prevalência de TEPT entre trabalhadores de resgate, nota-se diferenças significativamente mais altas entre os estudos de prevalência realizados no continente asiático em comparação com os realizados na Europa e os norte-americanos (Berger *et al.*, 2012). No entanto, considerando que a maior parte dos estudos de TEPT está concentrada nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos, ainda não é possível fazer análises geográficas mais globais (Fodor *et al.*, 2014).

Alguns fatores estão associados à incidência de TEPT e a severidade de sintomas pós-traumáticos em profissionais de saúde e emergência, como grau de exposição, categoria profissional e condições de trabalho (Ben-Ezra *et al.*, 2013; Berger *et al.*, 2012; Chiu *et al.*, 2011; Kang *et al.*, 2015; Witteveen *et al.*, 2007). Em relação à exposição, um estudo com bombeiros que atuaram no ataque do *World Trade Center* mostrou uma associação forte entre a exposição e a severidade de transtornos mentais como Estresse Pós-Traumático e Depressão (Chiu *et al.*, 2011). Os bombeiros

que chegaram primeiro às Torres tiveram maior probabilidade de desenvolverem depressão e, em menor grau, TEPT. Outro estudo, que investigou sintomas de Estresse Pós-Traumático em bombeiros e policiais 8,5 anos depois de um desastre aéreo em Amsterdam, comparando-os com grupo controle (bombeiros e policiais que não foram expostos a este mesmo acidente), mostrou que bombeiros expostos ao desastre relataram significativamente mais sintomas de fadiga e queixas somáticas que os bombeiros não expostos (Witteveen *et al.*, 2007). Assim como em policiais expostos, que relataram mais sintomas de TEPT e aflição psicológica geral em comparação com os policiais não expostos. O tipo de exposição também pode influenciar a severidade de TEPT. Estudos mostram que exposição a corpos humanos (Benedek, Fullerton & Ursano, 2007) e a órgãos ou membros do corpo humano (McCarroll *et al.*, 1996) podem ser particularmente estressantes para os trabalhadores de desastres. Outro aspecto relatado na literatura diz respeito a natureza do evento, destacando que traumas decorrentes da exposição a eventos causados por falha humana ocasionam mais sintomatologia de TEPT que os causados por acidentes climáticos ou outros eventos provocados pela natureza (Benedek, Fullerton & Ursano, 2007). Estudos relatam também que a exposição a incêndio e/ou a gases tóxicos é um evento estressor particularmente severo (Epstein *et al.*, 1998; Wisnivesky *et al.*, 2011).

Sobre categoria profissional, alguns estudos encontraram que enfermeiras são mais afetadas por sintomas de Estresse Pós-Traumático que médicos, após exposição a eventos traumáticos (Ben-Ezra *et al.*, 2013; Kang *et al.*, 2015). Segundo Kang *et al.* (2015). Isto se explica pelo fato de enfermeiros se envolverem mais em detalhes no atendimento das vítimas, como definição de dieta e acompanhamento do estado emocional, além de manterem maior contato de primeira instância com vítimas do trauma. Outros estudos apontaram que bombeiros e policiais são mais resilientes frente a outras populações de profissionais (Berger *et al.*, 2012; Bos *et al.*, 2004; Norris *et al.*, 2002; Wisnivesky *et al.*, 2011), isto se deve possivelmente por causa do perfil observado no processo seletivo e do processo de treinamento. Berger *et al.* (2012) apontaram que socorristas que trabalham em ambulâncias apresentaram maior prevalência de TEPT do que bombeiros e policiais. Segundo os autores, essa maior prevalência pode ser explicada pelo fato dos socorristas serem expostos a maior pressão e estresse no trabalho, responderem a mais chamadas de emergência e terem contato mais próximo com as pessoas afetadas, o que pode promover o processo de identificação e aumentar o sentimento de culpa por possíveis falhas no atendimento e socorro às vítimas (Berger, *et al.*, 2012).

Sobre as condições de trabalho, alguns fatores relacionados ao trabalho estão fortemente relacionados ao aumento de risco para desenvolver TEPT e depressão, como tempo insuficiente

para o descanso e falta de comunicação com familiares e pessoas da rede de apoio (Sakuma *et al.*, 2015). Outro estudo que investigou profissionais que atuavam em serviços de ambulância encontrou que estresse organizacional, frequência da exposição a eventos potencialmente traumáticos e tempo de serviço estavam associados à severidade dos sintomas (Bennett *et al.*, 2005). Fatores relacionados ao tipo de vínculo/contrato de trabalho também podem estar associados à incidência e severidade de TEPT. Um estudo realizado dez meses após um ataque terrorista na Noruega com trabalhadores de equipes de resgate mostrou que trabalhadores que não possuem contrato formal de trabalho e não estão vinculados formalmente a equipes de resgate são mais suscetíveis a desenvolver TEPT que os afiliados e com vínculo formal (Bogstrand *et al.*, 2016). Estes resultados podem ser explicados pelo fato de que os trabalhadores sem vínculo formal de trabalho não têm acesso a um programa estruturado e periódico de treinamentos, tornando-os menos preparados para lidar com situações de crise. Ratificando estes achados, metanálise conduzida por Brooks *et al.* (2016) mostrou que os profissionais de resgate vinculados a uma instituição tendem a lidar melhor com eventos estressantes que voluntários. A formação pré-desastre permite que indivíduos se preparem emocionalmente e cognitivamente para o cenário que podem ter de enfrentar resultando em melhores desfechos em saúde e bem-estar (Brooks *et al.*, 2016).

Outro aspecto encontrado na literatura é que trabalhadores locais são mais suscetíveis a desenvolver TEPT que profissionais de equipes de resgate e suporte alocados por demanda (Kang *et al.*, 2015; Sakuma *et al.*, 2015). Num estudo realizado oito meses após o terremoto Yushu na China em 2010 com médicos, enfermeiros, profissionais que atuam em prevenção de epidemias e funcionários de gestão de saúde encontrou que os profissionais locais são mais propensos a ter sintomas de TEPT que os externos (Kang *et al.*, 2015). Isto se deve ao fato de que estes profissionais sofreram com a perda de suas famílias e amigos e, apesar do trauma e perdas, precisaram manter o foco de ajudar os pacientes (Kang *et al.*, 2015). Outro estudo que investigou estresse e estratégias de enfrentamento em profissionais de assistência locais após um terremoto na China encontrou que estes evidenciaram luto pós-traumático, aflição, dificuldades financeiras e conflitos em conciliar trabalho e família (Wang *et al.*, 2013).

Dois importantes metanálises estudaram possíveis fatores preditores para o desenvolvimento de TEPT (Brewin *et al.*, 2000; Ozer *et al.*, 2003). Brewin *et al.* (2000) analisaram preditores sociodemográficos, como idade, gênero, nível socioeconômico, educação, raça e outras variáveis como histórico psiquiátrico familiar, trauma na infância, severidade do trauma e suporte social. Esses autores encontraram que suporte social foi o maior preditor encontrado, seguido de nível de estresse subsequente ao evento e severidade do trauma. Já Ozer *et al.* (2003)

analisaram características pessoais e aspectos relacionados ao evento traumático. Os resultados evidenciaram que o preditor mais forte encontrado foi dissociação peritraumática. Outros preditores encontrados, em ordem crescente, foram: exposição a eventos traumáticos no passado, capacidade de adaptação do indivíduo, história familiar de morbidade psiquiátrica, respostas emocionais intensas durante o trauma, ameaça à vida percebida, e suporte social. Sobre suporte social, segundo Ozer *et al.* (2003), este é considerado o preditor mais significativo em estudos que investigam TEPT em eventos traumáticos que ocorreram há mais de três anos, indicando que suporte social pode funcionar como uma prevenção secundária e com efeito cumulativo.

Suporte Social

A avaliação de um indivíduo sobre o apoio recebido em situações estressantes tem sido relacionada a diversos desfechos positivos na saúde física e mental, influenciando o seu bem-estar emocional e psicológico (Gonçalves et al, 2011; Feder, 2013). O conceito de apoio social é definido de diversas formas, que abordam diferentes aspectos interpessoais (Barrera, 1986; Gonçalves et al, 2011). Essas definições enfatizam comunicações, assistências materiais, ou emocionais, e atitudes de proteção por parte de pessoas, ou grupos que se têm relações sistemáticas resultando em efeitos emocionais e comportamentos positivos (Hupcey, 1998; King et al, 2006; Langford, 1997). Suporte social percebido será o foco desse trabalho, podendo ser definido como a auto avaliação que um indivíduo apresenta de ter conexões confiáveis com outras pessoas (Barrera, 1986). A percepção de suporte social é uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem estar e à qualidade de vida (Ribeiro, 1999).

As dimensões de apoio social contemplam apoio emocional, instrumental, informacional e cognitivo (Langford et al, 1997; King et al, 2006). O apoio emocional refere-se à percepção de ser apoiado, cuidado e validado por uma pessoa afetivamente disponível (Langford et al, 1997 e King et al, 2006). Já o apoio instrumental, também chamado de apoio material, tem relação com a assistência prática na resolução de problemas e realização de atividades concretas (Langford et al, 1997 e King et al, 2006). O apoio informacional refere-se à obtenção de informações e conselhos úteis para lidar com situações desafiadoras (Langford et al, 1997). Por fim, o apoio cognitivo relaciona-se com a autoafirmação e postura de incentivo, escuta e reforço positivo dado por alguém, o que contribui para uma maior coerência no autoconceito e visão de mundo (King et al, 2006). Segundo King *et al.* (2006), o apoio cognitivo tende a ser o que mais influencia a superação dos indivíduos a dificuldades crônicas.

Suporte social compõe os recursos de enfrentamento nos quais os indivíduos baseiam suas respostas a situações estressantes, junto a outros fatores individuais como autoestima, senso de controle e domínio sobre a própria vida. Suporte social vem sendo conceituado como uma das dimensões cruciais na teoria do estresse, juntamente com as estratégias de enfrentamento, características dos estressores e avaliação subjetiva da situação (Brewin et al, 2000; Lazarus et al, 1984).

Nesse sentido, alguns modelos teóricos procuram dar conta de explicar a relação entre suporte social e estresse após um evento traumático. Dentre eles, o modelo psicossocial de Green et al (1985) descreve o impacto do processamento do evento traumático no desenvolvimento de desfechos positivos, ou negativos. Este modelo explica o desenvolvimento do TEPT em termos da interação entre a experiência traumática, as características do indivíduo, o processamento cognitivo e o ambiente de recuperação, ajudando a compreender porque certos indivíduos são mais suscetíveis que outros a desenvolver TEPT numa mesma situação. Esse modelo sugere que o trabalho em um ambiente estressante pode contribuir para que o indivíduo se torne mais suscetível ao desenvolvimento de TEPT após um evento traumático. Desta forma, um ambiente inadequado em conjunto com baixos suportessociais tem sido associado a níveis mais elevados de TEPT (Green et al., 1985).

O modelo do efeito “amortecedor” do estresse conceituado por Cohen e Wills (1985) propõe que o suporte da rede social ajuda o indivíduo a lidar com os eventos estressores como conflitos e estresse ocupacional e “amortece” o desenvolvimento de patologias. Estudo realizado com indivíduos expostos a minas terrestres em uma população rural da China encontrou resultados que apontam na direção entre forte suporte social e alívio de sintomas de TEPT (Southivong *et al.*, 2013). Por outro lado, o modelo da erosão do suporte social sugere que alguns sintomas de Estresse Pós-Traumático, como excitabilidade, entorpecimento e manifestações de raiva intensa, impactam significativamente na qualidade e quantidade de apoio recebido (King *et al.*, 2006; Laffaye *et al.*, 2008). Alinhado ao modelo de erosão do suporte social, estudo realizado com vítimas de acidente de veículo motorizado mostrou que a rede de relacionamentos de um indivíduo ocupa um papel importante na sua recuperação pós-traumática, pois a severidade de TEPT está associada com *network* negativo e com baixos níveis de suporte social (Clapp, *et al.*, 2009).

King et al (2006) analisou a relação de suporte social com severidade do TEPT tanto através do modelo do efeito “amortecedor” do estresse, quanto por meio do modelo da erosão do suporte social. O estudo longitudinal, que teve como amostra 2249 veteranos da Guerra do Golfo, investigou o suporte inicial e a subsequente incidência de TEPT (modelo do efeito amortecedor do

estresse) e o TEPT inicial e o subsequente suporte social recebido (modelo da erosão do suporte social). Consistente com a hipótese do modelo da erosão, os resultados comprovaram que o TEPT inicial foi preditivo para subseqüentes decréscimos de suporte social. Por outro lado, não foi evidenciado nesse estudo associação preditiva entre suporte social e TEPT (King *et al.*, 2006). No entanto, outros estudos encontraram relações muito significativas entre suporte social prévio e melhoria de sintomas de TEPT (Brewin *et al.*, 2000; Tian *et al.*, 2014) destacando o suporte social como o principal preditor para TEPT (Brewin *et al.*, 2000).

A relação entre Suporte Social e Estresse Pós-Traumático em profissionais da área de saúde foi o foco de alguns estudos (Brooks *et al.*, 2016; Oginska-Bulik, 2015). Os profissionais que recebem suporte de colegas de trabalho em seus locais de trabalho podem perceber este ambiente como menos estressante, inclusive mostrando melhoras no bem-estar, segurança e conforto no trabalho (Luszczynska *et al.*, 2005). Neste sentido, estudo conduzido por Oginska-Bulik (2015) que investigou a relação entre a percepção de suporte social no trabalho e desfechos negativos (TEPT) e/ou positivos (Crescimento Pós-Traumático) mostrou que suporte social é um recurso essencial para lidar com o trauma e que reduz a gravidade dos sintomas de TEPT, principalmente, os sintomas de intrusão e excitação.

Na mesma direção, uma metanálise relacionando suporte social, fatores ocupacionais e impactos psicológicos de desastres em profissionais envolvidos no suporte às vítimas mostrou que o suporte da organização e o apoio do líder estão associados, principalmente, à satisfação no trabalho e redução da tensão psicológica. Por outro lado, relações interpessoais negativas com líderes e colegas de trabalho podem aumentar probabilidade de TEPT (Brooks, *et al.*, 2016).

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), TEPT frequentemente acarreta em prejuízos na habilidade de relacionamento interpessoal em ambientes sociais e profissionais, os quais podem ser percebidos em razão de fatores como instabilidade no trabalho, problemas nos relacionamentos amorosos, conflitos com familiares e amigos e dificuldades em lidar com os filhos. Nesse sentido, perceber a existência de apoio de familiares e amigos e beneficiar-se da postura de incentivo, escuta e reforço positivo dado por alguém é desafiador para pessoas afetadas por TEPT (King *et al.*, 2006). No entanto, uma vez vencida essa barreira, esse recurso se torna uma importante estratégia de enfrentamento do transtorno (Cohen & Wills, 1985; Southivong *et al.*, 2013)

Estratégias Cognitivas de Regulação Emocional

Outro recurso de enfrentamento utilizado para lidar com a sobrecarga emocional que um evento estressor severo pode provocar são estratégias de regulação das próprias emoções. Em situações de estresse crônico, o indivíduo pode perceber as demandas do ambiente como sendo superiores aos seus recursos de enfrentamento e pode experimentar uma sensação presente de ameaça (Ehlers & Clark, 2000), ficando em constante estado alerta. Para lidar com essa sensação de desconforto que o trauma provoca, o indivíduo pode suprimir a manifestação de algumas emoções ou ajustar as emoções para se adaptar ao novo contexto, por exemplo, controlando o medo ao se deparar com um estímulo que remeta ao trauma.

Regulação Emocional (RE) se refere ao processo usado para ajuste de emoções, no sentido de reduzir, aumentar, ou manter certas emoções, e engloba funções cognitivas, psicológicas e comportamentais (Gross, 2001). As estratégias cognitivas de RE são processos controlados e conscientes, que podem ser vistos como adaptativas ou desadaptativas a depender da adequação ao contexto e a eficácia no sentido de direcionar o indivíduo aos objetivos desejados (Gross & Mueoz, 1995). As estratégias adaptativas são aquelas apropriadas ao ambiente, podendo estar associadas a atitudes bem-sucedidas na vida pessoal, profissional, na diminuição da experiência de afeto negativo, e no aumento da tolerância à dor e frustração (Gross & Mueoz, 1995). Já as estratégias desadaptativas são aquelas que não direcionam as ações do indivíduo para os seus objetivos e/ou que geram efeitos negativos em longo prazo (Jazaieri, Urry, & Gross, 2013). Estudos mostram que as estratégias desadaptativas estão associadas a psicopatologias, como transtorno da personalidade *Borderline* (Berking & Wupperman, 2012; Jazaieri, Urry, & Gross, 2013), quadros de humor como depressão e ansiedade (Aldao *et al.*, 2010; Berking & Wupperman, 2012; Jazaieri, Urry, & Gross, 2013), transtornos relacionados ao uso de substâncias (Aldao *et al.*, 2010; Berking & Wupperman, 2012), transtornos alimentares (Aldao *et al.*, 2010), transtornos somatoformes (Berking & Wupperman, 2012), hipocondria, anorexia nervosa (Jazaieri, Urry, & Gross, 2013) e transtornos relacionados à vivência de traumas (Jazaieri, Urry, & Gross, 2013; Seligowski *et al.*, 2014).

Gross (1998) propôs um modelo de processo de regulação da emoção que busca analisar a eficácia de algumas estratégias na promoção da RE. De acordo com esse modelo, as estratégias utilizadas no início do surgimento de uma emoção são mais eficazes do que aquelas usadas quando uma emoção já está em curso (Gross, 1998; Gross & Thompson, 2007). O modelo teórico define três categorias de estratégias que os indivíduos podem usar para regular as suas emoções. A primeira refere-se às estratégias para modular a atenção direta, tais como a tomada de decisão de se concentrar em uma parte específica da situação. A segunda categoria é a mudança cognitiva e inclui

estratégias como a reavaliação cognitiva que altera o significado de uma situação para mudar o seu impacto emocional. A terceira categoria inclui estratégias relacionadas à resposta, tais como a supressão da emoção ou supressão de expressões faciais, uso de drogas ou reações comportamentais usadas com o objetivo de modificar a resposta (Gross, 1998).

As estratégias de RE vêm sendo investigadas por alguns instrumentos e medidas. Uma das medidas que se destacou foi a *Difficulties in Emotion Regulation Scale* – DERS (Gratz & Roemer, 2014), que se propõe a avaliar clinicamente dificuldades na regulação das emoções, considerando a perspectiva funcional das emoções. Para investigar as estratégias cognitivas de regulação emocional, Garnefski *et al.* (2001) desenvolveram o *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ), um questionário que investiga nove estratégias de regulação emocional conscientes que indivíduos podem usar quando vivenciam experiências traumáticas. As estratégias podem ser funcionais/adaptativas, ou podem ser disfuncionais/desadaptativas. As estratégias adaptativas são (1) colocar em perspectiva, o que significa focar em pensamentos que amenizem a seriedade do evento, comparando-o com outros eventos, (2) focar em aspectos positivos, deslocando o pensamento no evento para pensamentos mais alegres e agradáveis, (3) reavaliação cognitiva positiva, ter pensamentos que criam um significado positivo ao evento em termos de crescimento pessoal, (4) aceitação, pensamentos de aceitação da experiência e conformação com o que aconteceu e (5) focar no planejamento, pensamentos sobre as estratégias e passos para lidar com o evento negativo. Já as estratégias disfuncionais, ou desadaptativas são (6) autculpabilização, colocar a culpa do que aconteceu em si mesmo, (7) culpabilização dos outros, deslocar a culpa para outras pessoas ou para o ambiente, (8) ruminação, pensamentos e sentimentos excessivos e constantes sobre o evento e (9) catastrofização, pensamentos que enfatizem o horror que a pessoa vivenciou.

A regulação emocional é um processo fundamental na vida social, e está presente em todas as esferas de inserção humana, o que inclui o mundo do trabalho. Nesse contexto, o gerenciamento das próprias emoções para estar em conformidade com as exigências laborais é um desafio para profissionais de todas as áreas. A RE no local de trabalho é o processo de regulação de sentimentos e emoções e as suas expressões para atingir os objetivos laborais e organizacionais (Grandey's, 2000). Leighton (2013) complementa este conceito afirmando que esse processo ocorre nas múltiplas relações interpessoais com os *stakeholders* (colegas, líderes, clientes, fornecedores, etc.) e ressalta que a necessidade de gerenciar suas emoções está muito associada ao relacionamento do profissional com as pessoas no local de trabalho. As relações socioemocionais positivas podem

influenciar satisfação e bem-estar no trabalho, já as negativas parecem ser geradoras de estresse, esgotamento e *burnout*, demandando esforços de regulação emocional (Leighton, 2013).

Lidar com as emoções negativas é uma demanda crucial para os profissionais na área da saúde. Em situações de crise, estes profissionais são orientados a certas regras de conduta como manutenção de tom de voz neutro, demonstração de empatia e preocupação e supressão de sentimentos de medo, tristeza e irritação (Andela *et al.*, 2014). Estas demonstrações de emoções prescritas pelas instituições são, muitas vezes, incompatíveis em natureza e intensidade com as que eles estão sentindo. No entanto, no intuito de agir com profissionalismo e alcançar seus objetivos de trabalho, os profissionais utilizam estratégias para regular as emoções e expressões (Andela *et al.*, 2014). Segundo Grandey(2000), o ambiente de trabalho, ou um evento específico na rotina de trabalho, pode induzir uma resposta emocional no empregado (por exemplo, raiva, tristeza, ansiedade) e o comportamento subsequente pode ser inapropriado para a ocasião laboral (por exemplo, ataque verbal, choro ou reclamação). Considerando as regras organizacionais, nas quais essas respostas não seriam validadas ou aceitas, os profissionais podem engajar-se em esforços para modular o estímulo-resposta buscando ter pensamentos mais positivos, reavaliando o evento ou modificando a expressão das emoções (Grandey,2000).

Dificuldades de regulação das emoções em profissionais de saúde têm sido relacionadas a desfechos negativos na saúde mental, incluindo TEPT (Shepherd *et al.*, 2014). Estudo com trabalhadores de serviços de ambulância mostrou que sintomas de TEPT foram associados com dificuldade de regular as emoções negativas, especificamente gerando uma mudança na natureza destas emoções (Shepherd *et al.*, 2014). Aqueles com mais sintomas de TEPT passaram menos tempo se envolvendo em mudança cognitiva, como reavaliação cognitiva, e mais tempo utilizando estratégias de modulação da resposta, como supressão das emoções. Nesse sentido, TEPT e sintomas de Estresse Pós-Traumático parecem estar positivamente associados às estratégias de supressão da expressão e negativamente associados às estratégias de reavaliação cognitiva (Boden *et al.*, 2013). Ou seja, os estudos apontam para associação entre TEPT e estratégias de regulação emocional desadaptativas, em conjunto com a falta de utilização de estratégias de regulação emocional adaptativas.

Aldao *et al.* (2010) encontrou que aspectos da REcategorizados como desadaptativos, por exemplo ruminação, supressão de pensamento e supressão expressiva, foram mais fortemente associados com sintomas de TEPT do que aspectos considerados adaptativos, como aceitação e reavaliação. Já Seligowski *et al.* (2014) concluíram que a desregulação emocional geral, em vez de qualquer outro aspecto específico da regulação emocional, é um fator significativamente associado

a TEPT. Este achado sugere que o uso de um aspecto específico da regulação emocional pode ser menos saliente para a psicopatologia do que a tendência geral de regular as emoções de forma flexível e eficaz (Seligowski *et al.*, 2014).

Modelo teórico: TEPT, Cognições Pós Traumáticas, Suporte Social e Regulação Emocional

Uma associação bem documentada na literatura é a de cognições pós-traumáticas e TEPT (Woodward *et al.*, 2015; Schumm *et al.*, 2015). Cognições pós-traumáticas negativas sobre si mesmo, como incompetência e culpa, e sobre o mundo, como a crença de que ele é perigoso, podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção do TEPT através da criação de uma percepção constante de ameaça, que é acompanhada por pensamentos intrusivos, excitabilidade e emoções fortes como ansiedade, raiva, vergonha e tristeza (Foa *et al.*, 1999). A forte associação entre cognições e sintomas pós-traumáticos motivou a inclusão de um quarto cluster no diagnóstico de TEPT na quinta edição do DSM-5, que se refere às alterações negativas em cognições e humor associadas ao evento traumático (APA, 2014). Estudo longitudinal que investigou a relação entre cognições negativas prévias (antes da exposição) e TEPT encontrou que as cognições negativas sobre si mesmo representaram 20% da variação na gravidade do TEPT (Bryant & Guthrie, 2007). Na mesma direção, estudo que investigou a associação longitudinal entre cognições relacionadas ao trauma, TEPT e depressão concluiu que mudanças nas cognições pós-traumáticas de auto culpa e crenças negativas sobre o eu precederam mudanças no TEPT (Woodward *et al.*, 2015).

Outra associação encontrada em alguns estudos diz respeito ao efeito do suporte social em cognições pós-traumáticas. Woodward *et al.* (2015) encontraram que ter apoio da família e de amigos foi correlacionado negativamente com cognições pós-traumáticas, que por sua vez foram positivamente associadas com TEPT. Esses autores diferenciaram o efeito dos diferentes domínios de apoio social (família, amigos e pessoa próxima) nas cognições pós-traumáticas e encontraram que enquanto o apoio de família e amigos apresentou relação significativa com cognições pós-traumáticas, o apoio de uma pessoa próxima não foi associado com cognições pós-traumáticas. Ehlers e Clark (2000) afirmaram que as atitudes de pessoas importantes na rede social de uma vítima de trauma podem ter uma forte influência sobre as interpretações e julgamentos que ela pode fazer de um evento traumático. O apoio social após o trauma, nesse sentido, poderia estimular uma visão mais positiva do trauma. Por outro lado, a percepção de baixo suporte social poderia atuar como um fator de validação para cognições negativas sobre si (como por exemplo: “eu não posso contar com outras pessoas” ou “eu me sinto isolado e distante das outras pessoas”) e sobre o mundo (“O mundo é um

lugar perigoso”), intensificando emoções negativas e contribuindo para o efeito da exposição ao trauma na severidade de sintomas pós-traumáticos.

Além da utilização de recursos externos de enfrentamento, como suporte social, o indivíduo pode utilizar-se de seus recursos internos, como o gerenciamento das suas próprias emoções diante de uma situação estressora. A estratégia usada pelo indivíduo para regulação das suas emoções está relacionada a desfechos de saúde, conforme já destacado nesse trabalho. Como evidenciado em alguns estudos, TEPT e sintomas de estresse pós-traumático parecem estar negativamente associados às estratégias de reavaliação cognitiva, considerada uma estratégia de RE adaptativa, e positivamente associados às estratégias de supressão da expressão da emoção, considerada uma estratégia de RE desadaptativa (Boden *et al.*, 2013). A estratégia de supressão da expressão da emoção visa mudar os estados fisiológicos pessoais e inibir a expressão da emoção quando ela já está em curso. Gross (2001) teorizou que essa estratégia não só não modifica a experiência emocional, mas estaria associada a um aumento de emoções negativas. Esta estratégia aumentaria a ativação psicológica como resultado do esforço despedido na inibição da emoção, o que requer automonitoramento e autorregulação constantes, consumindo mais o recurso cognitivo do indivíduo para processamento da experiência estressora (Gross, 2001). O não reprocessamento da experiência, portanto, poderia contribuir para manutenção de cognições pós-traumáticas. Por exemplo, um indivíduo exposto a um trauma que busca lidar com emoções negativas intensas como medo e tristeza através da utilização exacerbada do álcool (estratégia de supressão), não reprocessaria as suas crenças relacionadas a si mesmo como vulnerável e culpado pelo trauma, tendo assim uma predisposição a manter ou intensificar sintomas pós-traumáticos.

Diante das considerações acima, esse estudo propõe um modelo teórico que considera que as cognições pós-traumáticas mediarão desfechos de TEPT e que baixo suporte social e uso de estratégias desadaptativas de regulação emocional atuariam como moderadoras do efeito da exposição ao evento traumático na incidência de TEPT e severidade de sintomas pós-traumáticos. A *Figura* ilustra o modelo teórico proposto.

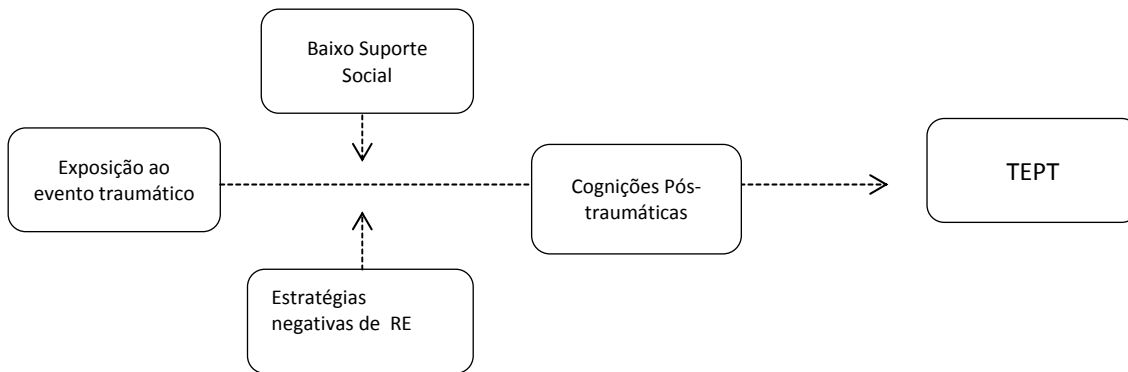


Figura 2: Modelo teórico de mediação das cognições pós-traumáticas e moderação de suporte social e regulação emocional na relação entre exposição ao evento traumático e TEPT

Justificativa

Em tragédias de grande magnitude, como o Incêndio na Boate Kiss, é possível que os profissionais que atuaram na assistência às vítimas sejam, eles próprios, vítimas dessa tragédia. Esses profissionais podem estar testemunhando eventos trágicos, sendo expostos a cadáveres humanos, trabalhando com comunidades devastadas, lidando com emoções fortes como desespero e desamparo ou ter sido afastado ou perdido familiares, amigos e propriedades.

Além do mais, em períodos de crise, os profissionais de saúde e emergência precisam dedicar uma carga horária ainda maior para dar assistência às pessoas afetadas (Benedek, Fullerton & Ursano, 2007), o que lhes dá pouca oportunidade de ter o descanso necessário e de trabalhar as suas próprias questões emocionais em lidar com essa situação impactante. Para os profissionais que residem e trabalham na região da tragédia, a situação é ainda mais agravante, pois são confrontados com estressores por um período de tempo maior (Kang *et al.*, 2015), ao contrário dos profissionais de outros municípios envolvidos em frentes de emergência, que após a assistência imediata se desligam do contexto da tragédia. Há uma lacuna na literatura na investigação de fatores de risco para a saúde mental em profissionais locais após um desastre (Wang *et al.*, 2013).

Segundo estudo de revisão sistemática de Lima e Assunção (2011), não foi encontrada diferenças significativas na magnitude dos sintomas de TEPT quanto ao tipo de exposição (direta e indireta), corroborando que a exposição indireta pode ser um importante fator desencadeante de TEPT. Esse achado contradiz a ideia de associação entre o grau de exposição e severidade sintomática (Galea *et al.*, 2005), o que aponta para a necessidade de novos estudos voltados para a investigação do TEPT secundário ou indireto.

Apesar de alguns estudos que investigaram a prevalência de TEPT e fatores associados em profissionais de saúde e emergência (Bennett *et al.*, 2005; Witteveen *et al.*, 2007), permanece a necessidade de compreensão da prevalência no contexto de tragédias comunitárias, após um tempo do incidente. Poucos estudos foram publicados explorando tamanho impacto que foi o incêndio na Boate Kiss na população de Santa Maria. Até o momento, nenhum estudo nacional tentou descrever e analisar os efeitos na saúde mental dos profissionais de saúde que deram suporte ao evento traumático da Boate Kiss.

Desastres e tragédias diferem de outros tipos de eventos traumáticos em relação a sua proporção e efeitos, sendo amplo o espectro de pessoas atingidas (Franco, 2005). Considerando que este foi o desastre causado por incêndio em boate com o maior número de mortes em mais de uma década no mundo (Atiyeh, 2012) e considerando que a exposição a vítimas de incêndio aumenta a probabilidade de TEPT (Epstein *et al.*, 1998), é fundamental avaliar os impactos na saúde mental da população afetada, incluindo os profissionais que se envolveram no atendimento.

Nacionalmente, alguns estudos buscaram compreender os impactos psicológicos de eventos comunitários traumáticos de grande proporção (Gomes e Cavalcanti, 2009; Torlai, 2010; Falk *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2013). Gomes e Cavalcanti (2009) investigaram as perdas vivenciadas e as consequentes reações psicológicas de vítimas das enchentes ocorridas no ano de 2009, em Teresina, Piauí. Os autores pontuaram que a vivência da enchente causou intenso sofrimento e que as reações psicológicas no momento da crise incluíram reações pós-traumáticas e desorganização psíquica (Gomes e Cavalcanti, 2009). Torlai (2010) analisou a vivência do luto em pessoas que enfrentaram as inundações na cidade de Blumenau, em 2008. Os resultados destacaram que o evento causou nos indivíduos afetados uma percepção de imprevisibilidade, insegurança, perda de controle e vulnerabilidade, e que os recursos de enfrentamento encontrados para superar traumas e perdas foram o apoio social, fé e religiosidade (Torlai, 2010). Foram encontrados dois estudos de relato de experiência sobre o Incêndio na Boate Kiss (Falk *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2013). Um deles relatou a experiência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no suporte às vítimas, e destacou a importância de algumas práticas adotadas como: articulação entre diferentes instituições, serviços e profissionais, acionamento de protocolos de catástrofes, criação de espaço de escuta e reordenação de novos fluxos e processos assistenciais (Falk *et al.*, 2014). Outro estudo relatou a experiência na aplicação de um protocolo de Primeiros Socorros Psicológicos para padronizar o atendimento às vítimas em Santa Maria. Como contribuição, trouxe que a intervenção possibilitou o acolhimento emocional dos sujeitos de forma empática e não invasiva, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas e a busca de apoio social (Silva *et al.*, 2013). Os estudos

citados acima utilizaram abordagens qualitativas e, apesar de contribuírem com informações elucidativas sobre os impactos psicológicos na população afetada, não analisaram a prevalência de TEPT, sintomas e reações pós-traumáticas e nem testaram um modelo explicativo.

Tendo em vista as lacunas da literatura em estudos que investiguem a associação entre cognições pós-traumáticas, estratégias cognitivas de regulação emocional, satisfação com o suporte social e sintomas de estresse pós-traumático, o presente projeto propõe-se a testar um modelo teórico (já explicitado) de associação entre essas variáveis. Além disso, a proposta de um estudo qualitativo visa compreender o contexto e os significados que os profissionais deram à sua experiência na tragédia ocorrida em Santa Maria. Essa análise será importante para entender as consequências psicológicas do trabalho com pessoas expostas a traumas, permitindo a elaboração de intervenções para promoção de saúde e bem-estar dos profissionais.

REFERÊNCIAS

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). American Psychiatric Association Washington, DC
- Andela, M, Auzoult, L & Truchot, D. (2014). An exploratory study of self-consciousness and emotion-regulation strategies in health care workers. *Psychological Reports: Employment Psychology & Marketin*, 115(1), 106-114. <http://dx.doi.org/10.2466/20.16.PR0.115c17z4>.
- Atiyeh, B. (2012). Desastrenaboate Kiss, Brasil. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 27(4), 502-502. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000400003>
- Baptista, M. N., Baptista, A. S., & Torres, E. C. (2006) Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic Ver Vetor*, 7, 39-48.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 Ltda
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00922627>
- Ben-Ezra, M., Palgi, Y., Hamama-Raz, Y., Soffer, Y. & Shrira, A. (2013). Reactions to the 2011 Tohoku earthquake and tsunami: a preliminary matching study comparing nurses and civilians. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 534–536. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e318294828e>

- Benedek, D.M., Fullerton, C. & Ursano, R.J. (2007). First Responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annual Review Public Health*, 28, 55–68. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037>
- Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., Woollard, M. & Vetter, N. (2005). Associations between organizational and incident factors and emotional distress in emergency ambulance personnel. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 215–226. <http://dx.doi.org/10.1348/014466505X29639>
- Berger, W., Coutinho, E.S.F., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M.P., Neylan, T.C. & Mendlowicz, M.V. (2012). Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 1001–1011. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0408-2>
- Berking, M. & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128–134. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>
- Boden, M. T., Westermann, S., McRae, K., Kuo, J., Alvarez, J., & Kulkarni, M. R. (2013). Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: a prospective investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(3), 296–314. <http://doi.org/10.1521/jscp.2013.32.3.296>
- Bogstrand, R. N., Skogstad, R. N. & Ekeberg, O. (2016). The association between alcohol, medicinal drug use and posttraumatic stress symptoms among Norwegian rescue workers after the 22 July twin terror attacks. *International Emergency Nursing*, 22, 29–33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2016.03.003>
- Bos, J., Mol, E., Visser, B. & Frings-Dresen, M. (2004). The physical demands upon Dutch fire-fighters in relation to the maximum acceptable energetic workload. *Ergonomics*, 47, 446–460. <http://dx.doi.org/10.1080/00140130310001643283>
- Breslau, N., Peterson, E.L., & Schultz, L. .R. (2008). A second look at prior trauma and the Posttraumatic Stress Disorder effects of subsequent trauma: a prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, 65(4), 431–437. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.65.4.431>
- Brewin, C. R. (2000). Meta-analysis of risk factors for Posttraumatic Stress Disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, J. (2016). Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: a systematic review. *BioMed Central Psychology*, 4(18). <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-016-0120-9>
- Bryant, R. A & Guthrie, R. M. (2007). Maladaptive self-appraisals before trauma exposure predict posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 812–815. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.812>
- Campbell, D. G., Felker, B. L., Liu, C., Yano, E. M., Kirchner, J. E., Chan, D. & Chaney, E. F. (2007). Prevalence of depression-PTSD comorbidity: implications for clinical practice guidelines

and primary care-based interventions. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6). <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-006-0101-4>

Chiu, S., Niles, J. K., Webber, M. P., Zeig-Owens, R., Gustave, J. Lee, R., Rizzotto, L. & Prezant, D.J. (2011). Evaluating risk factors and possible mediation effects in Posttraumatic Depression and Posttraumatic Stress Disorder comorbidity. *Public Health Reports*, 126(2), 201-209. Recuperado em <http://www.jstor.org/stable/41639348>

Clapp, J. D. & Beck, G. (2009). Understanding the relationship between PTSD and social support: the role of negative network orientation. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 237–244. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.006>

Clohessy, S. & Ehlers, A. (1999). PTSD symptoms, responses to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 251–265. <http://dx.doi.org/10.1348/014466599162836>

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–357. PMID: 3901065

Começanha, R. e Maia, A. (2011). Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos*, 4(2):123-131. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2011.42.06>

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

Epstein, R.S., Fullerton, C.S., & Ursano, R. J. (1998). Posttraumatic Stress Disorder following an air disaster: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 934-938. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.155.7.934>

Falk, M.L.R., Gonçalves, A.V.F., Santos, D.S., Oliveira, F.J.A.Q., Fagundes, L. B., Ramos, M.Z., Sikilero, R. H.A.S. (2014). Depoimentos de profissionais de saúde sobre sua vivência em situação de tragédia: sob o olhar da Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(1), 1119-1124. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0394>

Feder, A., Ahmad, S., Lee, E. J., Morgan, J. E., Smith, B. W., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2013). Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: purpose in life, religious coping and social support. *Journal of Affective Disorders*, 147, 156–163. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.027>

Flick, U. (2006). *An introduction to qualitative research* (3ª ed). London: Sage

Foa, E.B, Clark, D. M., Ehlers, A., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>

Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 539–588. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1007802031411>

- Fodor, K. E., Unterhitzenberger, J., Chou, C. Y., Kartal, D., Leistner, S., Milosavljevic, M., & Alisic, E. (2014). Is traumatic stress research global? A bibliometric analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 232-69. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.23269>
- Franco, M.H. (2005). Atendimento psicológico para emergências em aviação: a teoria revista na prática. *Estudos de Psicologia*, 10(2), 177-180. Id: 435565
- Frazier, P. A., Tix, A. P., & Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 115–134. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.115>
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27, 78–91. <http://doi.org/10.1093/epirev/mxi003>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire psychometric features and prospective relationships with Depression and Anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141–149. <http://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Gomes, E. R. B., e Cavalcante, A. C. S. (2012). Desastres naturais: perdas e reações psicológicas de vítimas de enchente em Teresina PI. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 720-728. Id: 660721
- Gonçalves, D. M., Stein, A.T., e Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Caderno de Saúde Pública*, 24(2), 380-390. Recuperado em <http://hdl.handle.net/10183/49591>
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769. Recuperado em <http://hdl.handle.net/10183/34347>
- Grandey, A. A. (2000). Emotion regulation in the workplace: a new way to conceptualise emotion labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 95-110. <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.5.1.95>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <http://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gray, M. J., Litz, B. T., & Hsu, J. L. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Sage Publications*, 11, 330-341. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191104269954>
- Green, B. L., Wilson, J. P., & Lindy, J. D. (1985). Conceptualizing Post-traumatic Stress Disorder: a psychosocial framework. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake*, 53–69. New York: Brunner/Mazel, Inc.

- Gray, D. E. (2012). *Pesquisa no Mundo Real* (2ª Ed). Porto Alegre: Penso
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214-219. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.00152>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J., & Muaoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151–164. <http://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-26). New York: Guilford.
- Hupcey, J.E. (1998). Clarifying the social support theory research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1231-1241. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.01231.x>
- Incêndio na boate Kiss. (2016). In Wikipédia, a enciclopédia livre. Recuperado agosto 8, 2016 de https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Inc%C3%AAndio_na_boate_Kiss&oldid=46332169.
- Jazaieri, H., Urry, H., & Gross, J. (2013). Affective disturbance and psychopathology: an emotion regulation perspective. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(5), 1–16. <http://doi.org/10.5127/jep.030312>
- Kang, P., Lv, Y., Hao, L., Tang, B., Liu, Z., Liu, X., Liu, Y., & Zhang, L. (2015). Psychological consequences and quality of life among medical rescuers who responded to the 2010 Yushu earthquake: a neglected problem. *Psychiatry Research*, 230, 517–523. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.047>
- King, D. W., Taft, C., King, L. A., Hammond, C., & Stone, E. R. (2006). Directionality of the association between social support and Posttraumatic Stress Disorder: a longitudinal investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, 36, 2980–2992. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00138.x>
- Laffaye, C., Cavella, S., Drescher, K., & Rosen, C. (2008). Relationships among PTSD symptoms, social support, and support source in veterans with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 394–401. <http://doi.org/10.1002/jts.20348>
- Langford, C.P., Bowsher, J., Maloney, J.P., & Lillis, P.P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leighton, C. (2013). Workplace emotion regulation: making the case for emotional labour and emotion work (Dissertação de mestrado não publicada). Recuperado em: <http://repository.uwa.edu.au:80/R/-?func=dbin-jump-full&objectid=3747&silolibrary=GEN01>

Lima, E. P., & Assunção, A. A. (2011). Prevalence and factors associated with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in emergency workers: a systematic literature review. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(2), 217-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200004>

Lima, E. P., Vasconcelos, A. G., Berger, W., Kristensen, C. H., Nascimento, E., Figueira, I., & Mendlowicz, M. V. (2016). Cross-cultural adaptation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5 (PCL-5) and Life Events Checklist 5 (LEC-5) for the Brazilian context. *Trends Psychiatry Psychother*, 38(4), 207-215. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0074>

Luszczynska, A., & Cieslak, R. (2005). Protective, promotive, and buffering effects of perceived social support in managerial stress: the moderating role of personality. *Anxiety Stress Coping*, 18(3), 227-244. <http://dx.doi.org/10.1080/10615800500125587>

McCarroll, J.E., Fullerton, C.S., Ursano, R.J., & Hermsen, M. A. (1996). Posttraumatic stress symptoms following forensic dental identification: Mt. Carmel, Waco, Texas. *Am. J. Psychiatry*, 153(6), 778-782. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.153.6.778>

Mother, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6(7). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Norris, F.H., Friedman, M.J., Watson, P.J., Byrne, C.M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak, part I: an empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65, 207-239. PMID: 12405079

Oginska-Bulik, N. (2015). Social support and negative and positive outcomes of experienced traumatic events in a group of male emergency service workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics (JOSE)*, 21(2), 119-127. <http://dx.doi.org/10.1080/10803548.2015.1028232>

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73. <http://dx.doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.3>

Paranhos, M.E., e Werlang, B.S.G. (2015). Psicologia nas Emergências: uma nova prática a ser discutida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 557-571. <http://dx.doi.org/10.1590/1982370301202012>

População. Santa Maria, segundo estimativa 2015 do IBGE, tem 276.108 habitantes. Data base é de julho. (2015, Agosto 28). Claudemir Pereira. Recuperado de <https://claudemirpereira.com.br/2015/08/populacao-santa-maria-segundo-estimativa-2015-do-ibge-tem-276-108-habitantes-data-base-e-julho/>

Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, 547-558.

- Robinaugh, D.J., Marques, L., Traeger, L.N., Marks, E.H, Sung, S.C., Beck, J.G. & Simon, N.M. (2011). Understanding the relationship of perceived social support to post-trauma cognitions and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 1072–1078. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.07.004>
- Sakuma, A.,Takahashi, Y., Ueda, I., Sato, H., Katsura, M., Abe, M., Nagao, A., Suzuki, Y., Kakizaki, M., Tsuji, I., Matsuoka, H., & Matsumoto, K. (2015). Post-traumatic Stress Disorder and depression prevalence and associated risk factors among local disaster relief and reconstruction workers fourteen months after the Great East Japan Earthquake: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 15, 58. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0440-y>
- Santos, K. O. B, Araújo, T. M.e Oliveira, N. F. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-ReportingQuestionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), 214-222.<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023>
- Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Justo, A. R., Lobo, B. O. M.eKristensen, C.H. (2013). Adaptação e validação de conteúdo da versão brasileira do PosttraumaticCognitionsInventory. *Revista Saúde Pública*, 47(2). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003474>
- Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., &Orcutt, H. K. (2014). Emotion regulation and Posttraumatic Stress symptoms: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 87–102. <http://doi.org/10.1080/16506073.2014.980753>
- Shepherd, L.,& Wild, J. (2014) Emotion regulation, physiological arousal and PTSD symptoms in trauma-exposed individuals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 360-367.<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.03.002>
- Schumm, J. A., Dickstein, B. D., Walter, K. H., Owens, G. P., &Chard, K. M. (2015) Changes in posttraumatic cognitions predict changes in posttraumatic stress disorder symptoms during cognitive processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1161-1166. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000040>
- Silva, T. L. G., Mello, P. G., Silveira, K. A. L., Wolffenbüttel, L., Lobo, B. O., Meneguelo, B., Moram, C. H., Grassi-Oliveira, R.eKristensen, C. H. (2013). Primeiros socorros psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 15(1)
- Southivong, B., Ichikawa, M., Nakahara, S. &Southivong, C. (2013). A cross-sectional community study of Post-traumatic Stress Disorder and social support in Lao People’s Democratic Republic.*Bull World Health Organ*, 91, 765–772.<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.115311>
- Taylor, S. (2006). *Clinician’s guide to PTSD: a cognitive-behavioral approach*. New York: The Guilford Press.
- Tian, Y., Wong, T.K. S., Li, J. & Jiang, X. (2014). Posttraumatic stress disorder and its risk factors among adolescent survivors three years after a 8.0 magnitude earthquake in China. *BioMedCentralPublic Health*, 14, 1073.<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-14-1073>

- Torlai, V. (2010). *A vivência do luto em situação de desastres naturais* (Dissertação de Mestrado). Recuperado em: http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/22/TDE-2010-12-01T11:13:34Z-10308/Publico/Viviane%20Cristina%20Torlai.pdf
- Wang, X.L., Chan, C.L.W., Shi, Z.B., & Wang, B. (2013). Mental health risks in the local workforce engaged in disaster relief and reconstruction. *Qualitative Health Research*, 23(2), 207–217. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732312467706>
- Weathers, F. W., Marx, B. P., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5: new criteria, new measures, and implications for assessment. *Psychological Injury and Law*, 7(2), 93–107. <http://dx.doi.org/10.1007/s12207-014-9191-1>
- Wisnivesky, J. P., Teitelbaum, S. L., Todd, A. C., Boffetta, P., Crane, M., Crowley, L., ... Landrigan, P. J. (2011, Setembro). Persistence of multiple illnesses in World Trade Center rescue and recovery workers: a cohort study. *The Lancet*, 378(9794), 888-897. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61180-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61180-X)
- Witteveen, A. B., Bramsen, I., Twisk, J. W. R., Huizink, A. C., Slottje, P., Smid, T. & Van Der Ploeg, H. M. (2007). Psychological distress of rescue workers eight and one-half years after professional involvement in the amsterdam air disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 31-40. <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000252010.19753.19>
- Woodward, M.J, Eddinger, J., Henschel, A.V., Dodson, T.S., Tran, H.N. & Beck, J.G. (2015). Social support, posttraumatic cognitions, and PTSD: The influence of family, friends, and a close other in an interpersonal and non-interpersonal trauma group. *Journal of Anxiety Disorders*, 35:60-7. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.09.002

SESSÃO EMPÍRICA

ARTIGO 1: ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMATOLOGIA PÓS-TRAUMÁTICA, SUPORTE SOCIAL E ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE E EMERGÊNCIA QUE ATENDERAM VÍTIMAS DO INCÊNDIO NA BOATE KISS NO BRASIL

RESUMO

Em tragédias comunitárias, muitos profissionais de saúde e emergência são envolvidos no atendimento às vítimas e expostos direta e indiretamente a eventos traumáticos, podendo desenvolver sintomas de estresse pós-traumático. Este estudo se propõe a explorar a associação entre sintomas e cognições de estresse pós-traumático, suporte social e estratégias de regulação emocional de profissionais que prestaram assistência às vítimas no incêndio da Boate Kiss, cinco anos após o evento. A amostra foi composta por 99 profissionais de saúde que atenderam vítimas do incêndio da boate Kiss. Foram usados os seguintes instrumentos: Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), Inventário de Cognições Pós-Traumáticas (PTCI), The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5), Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5), Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), Questionário de Regulação Emocional Cognitiva (CERQ), *Screening* para dependência em álcool (CAGE) e Questionário Sociodemográfico. O estudo teve delineamento transversal. Foram feitas análises descritivas, visando caracterização da amostra e prevalência de TEPT, e sequências de análises correlacionais a fim de identificar possíveis associações entre variáveis de sintomatologia pós-traumática com outras medidas clínicas, variáveis sociodemográficas e fatores de exposição. Os resultados apontaram que a percepção de baixo suporte social e estratégias desadaptativas de regulação emocional estão associados com alta sintomatologia de estresse pós-traumático, e que cognições pós-traumáticas predizem sintomas de TEPT. Este estudo promoveu avanços na literatura sobre os desfechos na saúde mental em profissionais de saúde emergência, contribuindo para ampliar o conhecimento sobre a prevalência de TEPT nessa população e seus fatores associados.

Palavras-chave: Estresse Pós-Traumático, Tragédias Comunitárias, Profissionais de Saúde

INTRODUÇÃO

Na madrugada do dia 27 de janeiro de 2013, ocorreu um incêndio de grande proporção em uma festa direcionada à população universitária, na boate Kiss, na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. O incêndio foi causado por um sinalizador disparado no teto, cujas faíscas

atingiram a espuma de isolamento acústico, que não tinha proteção contra fogo. Neste incidente, 242 pessoas morreram e mais de 600 ficaram feridas, em sua maioria, jovens entre 18 a 21 anos (Atiyeh, 2012). Em função da limitação de recursos do município de Santa Maria para lidar com uma situação de tal proporção, os órgãos governamentais solicitaram recursos e profissionais de saúde de outros municípios e estados, além do apoio das Forças Armadas (Silva et al, 2013). Alguns grupos e profissionais especializados, tanto de Santa Maria como das cidades circunscritas, se envolveram no apoio às vítimas como voluntários. No primeiro dia após a tragédia, estima-se que cerca de 300 profissionais de saúde voluntários já estavam cadastrados e envolvidos no apoio às vítimas e familiares (Silva et al, 2013).

Segundo Galea *et al.* (2005), os desastres são eventos traumáticos de massa e são frequentemente acompanhados por perda de propriedade e dificuldades econômicas em grande escala. Nessas circunstâncias, o indivíduo pode apresentar reações e sintomas de ordem física, emocional e cognitiva, que costumam ser desencadeados nas primeiras 48 horas após o evento traumático (Benedek, Fullerton & Ursano, 2007; Taylor, 2006). Cerca de 30% das vítimas não se recuperam após esses sintomas terem se manifestado, mesmo após um tempo considerável (Silva et al, 2013). Entre as consequências prováveis, os Transtornos de Estresse Agudo (TEA) e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) são os transtornos mais associados à exposição a eventos estressores (Breslau, Peterson, & Schultz, 2008). Segundo o DSM-5, o TEPT é uma resposta emocional crônica a um evento traumático no qual ocorrem sintomas de revivência, como pensamentos e sonhos intrusivos, evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, alterações negativas em cognições e/ ou humor, excitabilidade e alta reatividade (APA, 2014).

As vítimas de trauma são impactadas de diferentes maneiras. Além da exposição direta, que em geral está associada à severidade sintomática, também pode ocorrer quando o indivíduo é exposto de forma sistemática a informações detalhadas e impactantes do evento traumático. Isto ocorre, principalmente, com profissionais da saúde em emergência como socorristas, enfermeiros, médicos, bombeiros, motoristas de ambulâncias, entre outros. Algumas meta-análises (Lima & Assunção, 2011; Berger *et al.*, 2012) que investigaram prevalência de TEPT em profissionais de saúde e emergência encontraram uma grande variação na taxa de prevalência entre os estudos. Lima e Assunção (2011) encontraram que a prevalência do transtorno variou da ausência de registro de casos à taxa de 38,5%. Já Berger *et al.* (2012) encontraram uma prevalência média de 10% e uma alta heterogeneidade das taxas de prevalência de TEPT entre os estudos. Estudos que investigam

TEPT alguns anos após o evento traumático encontram taxas menores de prevalência do transtorno (Morren *et al.*, 2005; Witteveen *et al.*, 2007).

Alguns fatores que estão associados à incidência de TEPT e à severidade de sintomas pós-traumáticos em profissionais de saúde e emergência são a exposição e as condições de trabalho (Lima & Assunção, 2011). Em relação à exposição, um estudo com bombeiros que atuaram no ataque do *World Trade Center* mostrou uma associação forte entre a exposição e a severidade de transtornos mentais como TEPT e depressão (Chiu *et al.*, 2011). Exposição a corpos humanos (Benedek, Fullerton & Ursano, 2007; Sifaki-Pistolla *et al.*, 2017) e a órgãos ou membros do corpo humano (McCarroll *et al.*, 1996) podem ser particularmente estressantes para os trabalhadores de desastres. Traumas decorrentes da exposição aos eventos causados por falha humana ocasionam mais sintomatologia de TEPT que os causados por acidentes climáticos ou outros eventos provocados pela natureza (Benedek, Fullerton & Ursano, 2007). Exposição a incêndio e/ou a gases tóxicos é um estressor particularmente severo (Epstein *et al.*, 1998; Wisnivesky *et al.*, 2011).

Fatores relacionados ao trabalho estão fortemente relacionados ao aumento de risco para desenvolver TEPT e depressão, como tempo insuficiente para o descanso e falta de comunicação com familiares e pessoas da rede de apoio (Sakuma *et al.*, 2015). Um estudo que investigou profissionais que atuavam em serviços de ambulância encontrou que estresse organizacional, frequência da exposição a eventos potencialmente traumáticos e tempo de serviço estavam associados à severidade dos sintomas (Bennett *et al.*, 2005). Trabalhadores locais são mais suscetíveis a desenvolver TEPT que profissionais de equipes de resgate e suporte alocados por demanda (Kang *et al.*, 2015; Sakuma *et al.*, 2015; Sifaki-Pistolla *et al.*, 2017). Isso se deve ao fato de que estes profissionais sofreram com a perda de suas famílias e amigos e, apesar do trauma e perdas, precisaram manter o foco de ajudar os pacientes (Kang, *et al.*, 2015). O consumo de álcool e medicamentos é outro fator associado a um nível elevado de TEPT entre os trabalhadores de resgate (Bogstrand *et al.*, 2016).

O funcionamento saudável ainda é o desfecho mais esperado em profissionais de saúde e emergência (Benedek, Fullerton & Ursano, 2007), já que estes são treinados para gerenciar emergências e esperam expor-se a situações de morte e lesões (Alden *et al.*, 2008). Esses fatores aumentariam a preparação emocional e o controle percebido dos profissionais sobre esses eventos e, portanto, reduziriam a probabilidade de que eles vivenciem medo extremo, horror ou desamparo quando expostos a eventos de grande magnitude (Alden *et al.*, 2008). Morren *et al.* (2005) encontraram que profissionais voluntários investigados três anos após desastre não apresentaram problemas de saúde mental e sintomas pós-traumáticos significativos.

Com relação às variáveis de enfrentamento ao TEPT, a literatura destaca o apoio social e a regulação emocional (RE). Woodward et al (2015) encontraram que ter apoio da família e de amigos teve uma associação inversa com cognições pós-traumáticas, que por sua vez foram diretamente associadas com TEPT. Já a RE se refere ao processo usado para ajuste de emoções, no sentido de reduzir, aumentar ou manter certas emoções, e engloba funções cognitivas, emocionais e comportamentais (Gross, 2001). As estratégias de RE podem ser adaptativas, quando diminuem a experiência de afeto negativo ou aumentam a tolerância à dor ou frustração (Gross & Muaoz, 1995); ou desadaptativas, quando não direcionam as ações do indivíduo para os seus objetivos e/ou geram efeitos negativos em longo prazo (Jazaieri, Urry, & Gross, 2013).

Estudo com trabalhadores de serviços de ambulância mostrou que sintomas de TEPT foram associados com dificuldade de regular as emoções negativas (Shepherd *et al.*, 2014). Aqueles com mais sintomas de TEPT passaram menos tempo se envolvendo em mudança cognitiva, como reavaliação cognitiva, e mais tempo utilizando estratégias de modulação da resposta, como supressão das emoções. Nesse sentido, os sintomas de estresse pós-traumático parecem estar positivamente associados às estratégias de supressão da expressão e negativamente associados às estratégias de reavaliação cognitiva (Boden *et al.*, 2013). Ou seja, os estudos apontam para associação direta entre TEPT e estratégias de regulação emocional desadaptativas, e inversa com a utilização de estratégias de regulação emocional adaptativas.

Uma associação bem documentada na literatura é a de cognições pós-traumáticas e TEPT (Woodward et al, 2015; Schumm et al, 2015). Cognições pós-traumáticas negativas sobre si mesmo, como incompetência e culpa, e sobre o mundo, como a crença de que ele é perigoso, podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção do TEPT através da criação de uma percepção constante de ameaça, que é acompanhada por pensamentos intrusivos, excitabilidade e emoções fortes como ansiedade, raiva, vergonha e tristeza (Foa *et al.*, 1999). A forte associação entre cognições e sintomas pós-traumáticos motivou a inclusão de um quarto cluster no diagnóstico de TEPT na quinta edição do DSM-5, que se refere às alterações negativas em cognições e humor associadas ao evento traumático (APA, 2014).

Em tragédias comunitárias de grande magnitude, como o incêndio na Boate Kiss, é possível que os profissionais que atuaram na assistência às vítimas sejam, eles próprios, vítimas dessa tragédia. Apesar de alguns estudos que investigaram a prevalência de TEPT e fatores associados em profissionais de saúde e emergência (Bennett *et al.*, 2005; Witteveen *et al.*, 2007), permanece a necessidade de compreensão da prevalência no contexto de tragédias comunitárias, após um tempo do incidente. Nesse sentido, esse estudo busca investigar as consequências desse evento na saúde

mental dos profissionais de saúde e emergência que atuaram no apoio às vítimas. Para tanto, se propõe a explorar a associação entre sintomas e cognições de estresse pós-traumático, suporte social e estratégias de regulação emocional em profissionais de saúde e emergência que prestaram assistência às vítimas no incêndio da Boate Kiss.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi composta por 99 profissionais de saúde e emergência que foram expostos ao incêndio da boate Kiss. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos, participação no atendimento às vítimas do incêndio da Boate Kiss e atuação nas seguintes categorias profissionais: Enfermagem, Medicina, Psicologia, Fisioterapia, Assistência Social e Terapia Ocupacional.

Procedimentos de coleta de dados

O processo de amostragem foi não probabilístico, por conveniência. Os participantes foram acessados através de anúncios em redes sociais e de indicações, através da técnica de amostragem “bola de neve” (Grey, 2012). Os dados foram coletados no período de julho a outubro de 2017, através da plataforma online Qualtrics. Todos os participantes tiveram que concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para prosseguir com a pesquisa, que foi aprovado pela comissão científica e comitê de ética da PUC-RS (nº 66491317.0.0000.5336).

Instrumentos

Foram usados os seguintes instrumentos:

a) Questionário Sociodemográfico: elaborado para o presente estudo para caracterização da amostra. Além da investigação de dados sociodemográficos, como idade, gênero, profissão, estado civil etc, contemplou perguntas relativas às condições de trabalho atual e à experiência do profissional no atendimento às pessoas afetadas pelo incêndio na boate Kiss;

b) Índice de Exposição: elaborado para o presente estudo, foram incluídas perguntas categóricas de presença ou ausência de situações de exposição ao evento;

c) CAGE (Mayfield, McLeod, & Hall, 1974; validado para o contexto brasileiro por Mansur & Monteiro, 1983): estima a presença de problemas relacionados ao uso de álcool;

d) Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) (validado para o contexto brasileiro por Gonçalves, Stein, & Kapczinski, 2008): instrumento composto por 20 questões que avalia sofrimento mental, através de sintomas como insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, fadiga, queixas somáticas etc. Os dados de validade indicaram boa confiabilidade interna ($\alpha = 0,90$) (Gonçalves, Stein, & Kapczinski, 2008);

e) Inventário de Crenças Pós-Traumáticas (PTCI) (Foa *et al.*, 1999; adaptação para o contexto brasileiro por Sbardelloto *et al.*, 2013): o instrumento possui 36 itens e avalia pensamentos e crenças sobre experiências traumáticas, por meio de três fatores: crenças negativas sobre o self, crenças negativas sobre o mundo e sobre autorresponsabilização. Os três fatores demonstraram alta consistência interna nos três domínios examinados: (a) crenças negativas sobre o *self* ($\alpha = 0,97$); (b) crenças negativas sobre o mundo ($\alpha = 0,88$) e (c) sobre autorresponsabilização ($\alpha = 0,86$). A versão original foi traduzida e adaptada para compor a versão brasileira mostrando compreensão adequada na escala verbal-numérica ($M = 4,13$; $dp = 0,11$) (Sbardelloto *et al.*, 2013).

f) The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) (Gray *et al.*, 2004; adaptação para o contexto brasileiro por Lima *et al.*, 2016): escala contendo 17 itens de autorrelato que tem como objetivo avaliar a exposição a eventos potencialmente traumáticos. Sua validação obteve boa estabilidade temporal $p < .001$ para coeficientes de kappa e convergência com outros instrumentos ($r = -.55$, $p < .001$) (Gray, *et al.*, 2004).

g) Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) (Weathers, Marx, Friedman, & Schnurr, 2014; adaptação para o contexto brasileiro por Lima *et al.*, 2016): o objetivo dessa escala com 20 itens é mensurar o nível de gravidade dos sintomas e fornecer um diagnóstico de TEPT. Os dados de validade indicaram elevada consistência interna ($\alpha = 0,94$) (Weathers, Marx, Friedman, & Schnurr, 2014). O instrumento foi revisado em 2015 para refletir as mudanças do DSM-5 para os critérios de TEPT.

h) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Ribeiro, 1999): a finalidade desse instrumento constituído por 15 itens é avaliar a satisfação com o suporte social recebido, incluindo as dimensões de satisfação com amigos, com a família, relações de intimidade e atividades sociais. O instrumento validado apresentou alta consistência interna ($\alpha = 0,85$) (Ribeiro, 1999).

i) Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (Garnefski *et al.*, 2001, validado para o contexto brasileiro por Schäfer, 2017): instrumento de auto relato composto por 36 itens, que tem como objetivo avaliar as estratégias cognitivas de regulação emocional. É dividido em

estratégias adaptativas e desadaptativas. Obteve boa validade interna para cada estratégia de regulação (0,68 a 0,87) (Garnefski *et al.*, 2001).

Análise dos dados

Foram feitas análises descritivas, correlacionais e de regressão linear com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS for Windows versão 17.0). As análises descritivas caracterizaram a amostra e a prevalência de TEPT. As correlações de *Pearson* analisaram a associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas. A regressão linear investigou o efeito explicativo de variáveis clínicas na sintomatologia pós-traumática, tendo como variável desfecho a sintomatologia pós-traumática e variáveis preditoras as outras medidas clínicas.

RESULTADOS

Características da amostra

Tabela 1. Características da amostra

	F	%	M	DP
Sexo				
Homens	23	23,2		
Mulheres	76	76,8		
Idade (em anos)			37,3	8,8
Área de atuação				
Psicologia	53	53,5		
Enfermagem/ Técnico em Enfermagem	18	18,2		
Medicina	17	17,2		
Assistência Social	6	6,1		
Fisioterapia/ Terapia Ocupacional	5	5,1		
Tempo de trabalho (em anos)			10,7	7,9
Estado civil				
Solteiro	40	40,4		
Casado	28	28,3		
União estável	16	16,2		
Separado/ divorciado	15	15,2		
Escolaridade				
Pós-graduação	87	87,9		
Graduação	10	10,1		
Ensino Técnico/ Médio	2	2		
Vínculo voluntário no evento	47	48		
Exposição				
Atendimento a familiares ou amigos	14	14,6		
Contato com cadáveres/ pessoas mortas	46	46,5		
Contato com órgãos ou membros de pessoas mortas	9	9,1		
Falta de tempo suficiente para repouso	49	49,5		
Dificuldade de comunicação com familiares e amigos	20	20,2		
Morte de colega de trabalho	8	8,1		
Atendimento nas primeiras 48h	67	67,7		
Líder no trabalho de resgate e de apoio de saúde	32	32,3		
Número de pessoas atendidas			51,4	65,7
Recebeu algum tipo de suporte social	27	28,4		
Atendimento psicológico	11	11,1		
Colegas de trabalho	9	9,1		
Cônjuge ou namorado	7	7,1		
Instituições governamentais ou privadas	6	6,1		
Pais	6	6,1		
Grupos de apoio para vítimas	4	4		
Irmão	4	4		
Fez tratamento psicológico e/ou médico em função do evento	10	10,5		
Uso atual de psicofármaco	25	25,3		
Provável diagnóstico de TEPT	2	2		

Foram realizados testes t para comparação de médias dos itens de exposição investigados nesse estudo em relação à sintomatologia pós-traumática (mensurado através do PCL-5). Os profissionais que vivenciaram as seguintes situações tiveram, no PCL-5, médias significativamente superiores daqueles que não vivenciaram: Dificuldade de comunicação com familiares ou amigos (Sim: $M = 12,28$, $DP = 9,37$; Não: $M = 7,44$, $DP = 7,95$) [$t(77) = -2,176$, $p = 0,033$, $d = 0,56$]; Vínculo afetivo com a tragédia (Sim: $M = 11,52$, $DP = 10,18$; Não: $M = 6,41$; $DP = 6,31$) [$t(49,40) = -2,55$, $p = 0,014$, $d = 0,60$]. Ainda, foi observada diferença no escore total do PCL-5 entre os profissionais que relataram ter atendido vítimas de outras tragédias comunitárias de grande proporção anteriormente ($n = 6$, $M = 3,67$, $DP = 3,51$) e aqueles profissionais que não passaram por esta experiência ($n = 73$, $M = 8,95$, $DP = 8,65$).

Com relação a LEC-5 (*The Life Events Checklist for DSM-5*), que é um instrumento que avalia a frequência de exposição a eventos potencialmente traumáticos durante a vida, 44,7% relataram ter vivenciado outros eventos tão ou quase tão traumatizantes quanto o incêndio da boate Kiss. Os eventos estressores em maior frequência que aconteceram com os participantes foram os seguintes: acidente com meio de transporte (24,7%), agressão física, como chutes, tapas etc. (14%) e agressão com arma, como faca, arma de fogo etc. (14%). Os eventos estressores em maior frequência que os participantes presenciaram foram os seguintes: doença, ferimento ou lesão com risco de morte (19,4%), incêndio ou explosão (18,3%), acidente com meio de transporte (14%) e experiência de sofrimento físico grave ou intenso (14%). Os profissionais relataram, como parte do seu trabalho, mais frequentemente a exposição aos seguintes eventos: experiência de sofrimento físico grave ou intenso (31,2%), incêndio ou explosão (30,1%), agressão sexual (26,9%), doença, ferimento ou lesão com risco de morte (26,9%) e morte acidental inesperada (26,9%).

Escores

Tabela 1. Escores dos instrumentos

	<i>M</i> total*	<i>M</i> item**	<i>DP</i>	Intervalo observado	Intervalo possível
PCL-5	8,54		8,48	0-37	37
Cluster B (Intrusões)		0,402	0,553	0-3,4	3,4
Cluster C (Evitação)		0,443	0,588	0-2,5	2,5
Cluster D (Cognições/ humor)		0,333	0,427	0-2	2
Cluster E (Reatividade)		0,553	0,609	0-2,83	2,83
PTCI	75,56		27,25	36-157	36-252
Sobre si		1,72	0,726	1-4	1-7

Sobre o mundo	3,41	1,469	1-7	1-7
Auto-culpa	1,74	0,721	1-4	1-7
CERQ-	1,65	0,559	1-4	1-5
Ruminação	1,69	0,821	1-5	1-5
Culpabilização dos outros	2,03	0,957	1-5	1-5
Auto-culpabilização	1,10	0,229	1-2	1-5
Catastrofização	1,78	0,734	1-5	1-5
CERQ+	2,71	0,715	1-4	1-5
Aceitação	2,19	0,914	1-5	1-5
Foco positivo	3,20	1,18	1-5	1-5
Foco no planejamento	2,85	0,951	1-5	1-5
Reavaliação positiva	3,03	1,03	1-5	1-5
Perspectiva	2,26	0,821	1-4	1-5
SRQ	4,57	4,31	0-16	0-20
Exposição	3,16	2,31	0-9	0-11
ESSS	53,95	11,91	29-75	15-75
CAGE	1,31	1,15	0-5	0-6

Nota. PCL-5 = sintomatologia pós-traumática; PTCI = cognições pós-traumáticas; CERQ- = estratégias desadaptativas de regulação emocional; CERQ+ = estratégias adaptativas de regulação emocional; SRQ = sofrimento mental; Exposição = índice de exposição; ESSS = satisfação com suporte social; CAGE = uso problemático de álcool.

*Escore médio total por participante **Escore médio por participante dividido pelo número de itens

A sintomatologia pós-traumática (mensurada através do PCL-5) e o sofrimento mental (mensurado através do SRQ) estiveram ambos abaixo do ponto de corte (PCL-5 = 28, SRQ = 7). Dois participantes pontuaram acima de 28 no PCL-5, possuindo provável diagnóstico de TEPT. Na sintomatologia pós-traumática, o cluster de excitabilidade e alta reatividade obteve a maior média. Os sintomas do PCL-5 que apresentaram maior média foram: dificuldades para “pegar no sono” ou permanecer dormindo ($M = 0,78$, $DP = 1,08$), estar “super alerta” ou hipervigilante ($M = 0,70$, $DP = 0,88$) e sentir-se muito perturbado quando algo faz lembrar da experiência traumatizante ($M = 0,68$, $DP = 0,82$). Nas cognições pós-traumáticas (mensuradas através do PTCI), prevaleceu a subescala de cognições negativas sobre o mundo. Os itens mais prevalentes foram: “Você nunca sabe quando algo terrível vai acontecer” ($M = 4,12$, $DP = 2,06$), “Eu tenho que ser especialmente cuidadoso, pois nunca se sabe o que pode vir a acontecer” ($M = 4,06$, $DP = 1,94$) e “O mundo é um lugar perigoso” ($M = 3,91$, $DP = 1,9$). Nas estratégias desadaptativas de regulação emocional (mensuradas através da CERQ-), a culpabilização dos outros foi a mais prevalente. Nas estratégias adaptativas (mensuradas através da CERQ+), prevaleceu o foco no positivo. A média das estratégias

adaptativas ($M = 2,71$, $DP = 0,71$) foi significativamente superior do que a média das estratégias desadaptativas ($M = 1,75$, $DP = 0,56$) [$t(74)=11,25$, $p < 0,001$, $d = 1,50$].

Correlações

Para testar associações entre sintomatologia pós-traumática e outras variáveis, foram feitas correlações de *Perason* entre variáveis sociodemográficas, fatores de exposição e os instrumentos SRQ-20, PTCI, LEC-5, PCL-5, ESSSe CERQ. Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas ($p < 0,05$) com variáveis sociodemográficas ou fatores de exposição. Com relação aos outros instrumentos, foram encontradas correlações positivas entre sintomatologia pós-traumática e cognições pós-traumáticas ($r = 0,684$, $p < 0,01$); sofrimento mental ($r = 0,633$, $p < 0,01$); uso problemático de álcool ($r = 0,368$, $p < 0,01$); e estratégias cognitivas desadaptativas de regulação emocional ($r = 0,432$, $p < 0,01$). Também foi encontrada correlação negativa entre sintomatologia pós-traumática e satisfação com o suporte social ($r = -0,552$, $p < 0,01$).

A satisfação com o apoio social foi correlacionada negativamente com sofrimento mental ($r = -0,613$, $p < 0,01$), cognições pós-traumáticas ($r = -0,591$, $p < 0,01$) e uso problemático de álcool ($r = -0,293$, $p < 0,01$). Cognições pós-traumáticas tiveram correlação positiva com sofrimento mental ($r = 0,572$, $p < 0,01$) e estratégias cognitivas desadaptativas de regulação emocional ($r = 0,269$, $p = 0,02$); Ruminação foi a estratégia de regulação emocional que mais se correlacionou positivamente com a sintomatologia pós-traumática ($r = 0,439$, $p < 0,01$). A tabela 2 apresenta as correlações encontradas entre as variáveis desse estudo.

Tabela 2. Correlações de *Pearson*

	PCL-5	PTCI	CERQ-	CERQ+	SRQ	Expos.	ESSS	CAGE
PCL-5		0,655**	0,491**	-0,107	0,633**	0,188	-0,601**	0,441**
PTCI			0,232*	-0,321**	0,612**	-0,036	-0,616**	0,195
CERQ-				0,205	0,236*	0,279*	-0,186	0,331**
CERQ+					-0,311**	0,115	0,170	-0,128
SRQ						0,026	-0,613**	0,312**
Expos.							-0,056	0,055
ESSS								-0,314**

Nota. PCL-5 = sintomatologia pós-traumática; PTCI = cognições pós-traumáticas; CERQ- = estratégias desadaptativas de regulação emocional; CERQ+ = estratégias adaptativas de regulação

emocional; SRQ = sofrimento mental; Expos. = índice de exposição; ESSS = satisfação com suporte social; CAGE = uso problemático de álcool.

** $p < 0,01$. * $p < 0,05$.

Regressão linear

As variáveis que apresentaram correlações significativas com a sintomatologia pós-traumática foram incluídas no modelo de regressão linear pelo método *Stepwise*, apresentado na tabela 4. Dessa maneira, foram incluídas as seguintes variáveis: CAGE, SRQ, PTCI, ESSS e CERQ-. Aplicando este método, o qual vai eliminando as variáveis que não apresentam associação consistente, foi a eliminada a satisfação com o suporte social. O modelo investigado explicou 65,2% da variância e foi significativo [$F = 32,748$, $R^2 = 0,652$, $p < 0,001$]. Os coeficientes de regressão padronizados (β) indicaram que as cognições pós-traumáticas tiveram o maior impacto na sintomatologia pós-traumática ($\beta = 0,354$, $p < 0,001$). A tabela 3 apresenta esse modelo de regressão linear.

Tabela 3. Modelo de regressão linear para PCL-5

Modelo	<i>B</i>	<i>SEB</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
SRQ	0,591	0,178	0,308	3,320	< 0,001
CERQ-	0,265	0,073	0,276	3,639	< 0,001
PTCI	0,109	0,028	0,354	3,973	< 0,001
CAGE	1,296	0,568	0,180	2,280	0,026

Nota. SRQ = sofrimento mental; CERQ- = estratégias desadaptadas de regulação emocional; PTCI = cognições pós-traumáticas; CAGE = uso problemático de álcool.

DISCUSSÃO

A maioria dos estudos sobre desenvolvimento de TEPT após eventos traumáticos concentra-se nas vítimas, sendo escassas as pesquisas sobre os profissionais de saúde e emergência (Sifaki-Pistolla et al, 2017). A meta-análise de Lima e Assunção (2011) corrobora o peso da exposição indireta como um fator desencadeante de TEPT e apontou para a necessidade de modelos teóricos explicativos sobre TEPT em profissionais de saúde e emergência para o entendimento do fenômeno. O presente estudo investigou sintomatologia de estresse pós-traumático quatro anos e

meio após o incêndio da boate Kiss em profissionais de saúde e emergência, buscando analisar fatores associados à sintomatologia de TEPT.

A prevalência de provável TEPT encontrada neste estudo foi de 2%, diferindo substancialmente da prevalência de TEPT em profissionais de saúde e emergência que foram avaliados em até um ano após o evento encontrada na literatura (Kang *et al.*, 2015; Sifaki-Pistolla *et al.*, 2017) e mais próxima da prevalência estimada do TEPT para a população geral, que varia de 1.3 a 3.5% segundo Berger *et al.* (2012). É possível que a taxa mais baixa encontrada nesse estudo tenha relação com o período de tempo após ocorrência do evento traumático, que foi de quatro anos e meio. Resultados semelhantes foram encontrados por Witteveen *et al.* (2007) e Morren *et al.* (2005). Witteveen *et al.* (2007) investigou sintomas de estresse pós-traumático em socorristas oito anos e meio após um desastre aéreo em Amsterdam e os resultados mostraram a taxa de prevalência de 3% para bombeiros expostos a eventos traumáticos. Já Morren *et al.* (2005) analisou a saúde de bombeiros voluntários da Noruega três anos após um desastre tecnológico, e encontrou uma prevalência de TEPT de 0,9%. No entanto, novos estudos (preferencialmente longitudinais) investigando sintomas e Transtorno de Estresse Pós-Traumático, em longo prazo, em profissionais de saúde e emergência envolvidos no atendimento às vítimas de tragédias comunitárias são necessários para entender a evolução da sintomatologia com a passagem do tempo.

Outra possível explicação para a baixa prevalência encontrada no presente estudo leva em conta que os profissionais engajaram-se mais em estratégias de regulação emocional adaptativas, em especial a reavaliação positiva. Tortai (2010) encontrou que quando as pessoas começaram a dar um significado positivo ao evento traumático que sofreram, os sintomas progressivamente reduziram. No presente estudo, a estratégia ‘focar em aspectos positivos’, que se refere a deslocar o pensamento no evento para pensamentos mais agradáveis, foi a mais prevalente nos profissionais investigados. Infere-se que os participantes desse estudo, ao longo de quase 5 anos, podem ter ressignificado o envolvimento deles no suporte às vítimas do incêndio da boate Kiss, por exemplo ressaltando os aprendizados profissionais obtidos. A capacidade de regular as emoções efetivamente está associada à boa performance na vida profissional, nos relacionamentos interpessoais, no bem-estar individual, na diminuição da experiência de afeto negativo e no aumento da tolerância a dor e frustração (Gross & Muaoz, 1995).

Em nossa amostra, não foram encontradas diferenças significativas entre sintomatologia pós-traumática e características sociodemográficas. A meta-análise de Lima e Assunção (2011) ressaltou que apenas um estudo (Witteveen *et al.*, 2007) evidenciou uma associação positiva entre TEPT e idade, e estado civil solteiro. Os demais estudos investigados nessa meta-análise não

encontraram diferenças significativas entre TEPT e características sociodemográficas, como idade, gênero, estado civil, escolaridade e religião.

Em relação a fatores de exposição, este estudo buscava investigar onze possíveis fatores de exposição identificados como particularmente estressores em estudos prévios com profissionais de saúde (McCarroll, 1996; Benedek, Fullerton & Ursano, 2007; Sakuma *et al.*, 2015; Bogstrand *et al.*, 2016). Dos onze fatores analisados, três apontaram diferenças significativas entre as médias do PCL-5 entre o grupo de profissionais que vivenciaram essas situações daqueles que não vivenciaram: “Dificuldade de Comunicação com membros da família”, “Vínculo afetivo com a tragédia” e “Ter atendido vítimas de outras tragédias comunitárias de grande proporção anteriormente”. O primeiro corrobora o estudo de Sakuma *et al.* (2015), que aponta que a falta de comunicação com familiares e pessoas da rede de apoio é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de sintomas de TEPT. O segundo, que se refere a conhecer pessoas que frequentavam o local, que morreram ou foram sobreviventes da tragédia, pode implicar uma exposição direta ao evento. Ou seja, os profissionais de saúde e emergência de Santa Maria, por terem prestado assistência às vítimas da tragédia em sua cidade natal, podem ter sofrido a perda de familiares e amigos, como destaca Kang *et al.* (2015) sobre a maior vulnerabilidade dos profissionais locais, em relação aos profissionais externos alocados sob demanda. Segundo Sakuma *et al.* (2015), os profissionais de saúde que residem no local do acidente confrontam-se com estressores por um longo período de tempo e, para eles, se torna mais desafiador manter o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal.

Os resultados demonstraram uma correlação significativa entre sintomatologia pós-traumática e sofrimento mental e uso problemático de álcool. Essa correlação pode ser explicada por morbidades que costumam estar associadas à presença e intensidade de sintomas de TEPT, como depressão, ansiedade, sintomas psicossomáticos, fadiga, distúrbios do sono, uso de álcool e tabaco. Meta-análise de Lima e Assunção (2011) encontrou que 24% dos estudos investigados identificaram correlações positivas entre TEPT e problemas mentais. Evidências encontradas nesse estudo reforçam modelos que indicam o caráter multidimensional do processo saúde-doença nos seres humanos (Roberts, 2000). No presente estudo, um entre cada dez profissionais buscou tratamento psicológico ou médico em função do envolvimento no incêndio da boate Kiss e um quarto deles faz uso de psicofármacos atualmente. Esses dados sugerem que a exposição a eventos ocupacionais adversos pode influenciar negativamente a saúde mental de profissionais de saúde e emergência. No entanto, sugere-se que futuras pesquisas possam explorar esses aspectos através de

análises correlacionais, visando obter conclusões mais precisas sobre a relação entre TEPT e outros transtornos mentais.

De acordo com literatura, a avaliação de um indivíduo sobre o apoio recebido em situações estressantes tem sido relacionada a diversos desfechos positivos na saúde física e mental, influenciando o seu bem-estar emocional e psicológico (Gonçalves et al, 2011; Feder, 2013). Da mesma forma, baixos níveis de suporte social percebido em profissionais que foram expostos a eventos traumáticos tendem a ser associados à sintomatologia pós- traumática (Brooks, *et al.*, 2016). O presente estudo corrobora esses resultados, pois foi encontrada correlação significativa inversamente proporcional entre a percepção de suporte social e sintomatologia de TEPT.

Destaca-se, nesse estudo, que a maioria dos profissionais de saúde investigados (72%) não reconheceu ter recebido nenhum tipo de suporte social, emocional, material ou informativo. Esse dado provoca a reflexão de que, apesar do envolvimento de diversas instâncias para o suporte ao evento, os profissionais de saúde não se sentiram suficientemente suportados em suas necessidades de apoio, cuidado e validação por parte de pessoas significativas de suas redes de apoio.

A satisfação com o apoio social recebido também foi correlacionada negativamente com sofrimento mental e uso problemático de álcool, ou seja, os profissionais que estão mais satisfeitos com o apoio social recebido apresentam menores índices de sofrimento mental e uso problemático de álcool. Esses resultados podem ser explicados pelo modelo do efeito “amortecedor” do estresse conceituado por Cohen e Wills (1985), que propõe que o suporte da rede social ajuda o indivíduo a lidar com os eventos estressores como conflitos e estresse ocupacional e “amortece” o desenvolvimento de patologias.

Outro resultado encontrado foi que sintomatologia pós-traumática foi correlacionada positivamente com estratégias desadaptativas de regulação emocional. Profissionais de saúde e emergência mais sintomáticos utilizam-se mais de estratégias como autculpabilização, culpabilização de outros, catastrofização e ruminação, consideradas desadaptativas. Aldao *et al.* (2010) encontrou que estratégias desadaptativas de regulação emocional foram mais fortemente associadas com sintomas de TEPT do que estratégias adaptativas. Nesse estudo, a estratégia de culpabilização de outros, que se refere ao deslocamento da culpa pelo evento traumático para outras pessoas ou para o ambiente, foi a mais prevalente nesse grupo de profissionais e a que mais se correlacionou positivamente com a sintomatologia pós-traumática. Esse dado pode ser explicado pela natureza do evento em questão, que foi causado por falha humana. Analisando a literatura, percebeu-se maior frequência de estudos que investigam os aspectos de desregulação emocional em comparação a investigação de estratégias específicas, como o estudo de Seligowski *et al.* (2014),

que concluiu que a desregulação emocional geral, em vez de qualquer outro aspecto específico da regulação emocional, é um fator significativamente associado a TEPT. Recomenda-se novos estudos com o objetivo de investigar o papel da estratégia de ruminação no desenvolvimento de TEPT.

Os resultados da regressão linear apontaram que as cognições pós-traumáticas tiveram o maior impacto na sintomatologia pós-traumática, sendo a variável que mais explicou esse desfecho. Esses resultados apontam para a mesma direção de achados na literatura (Woodward et al, 2015; Schumm et al, 2015). Cognições pós-traumáticas negativas sobre si mesmo, como incompetência e culpa, e sobre o mundo, como a crença de que ele é perigoso, podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção do TEPT através da criação de uma percepção constante de ameaça, que é acompanhada por pensamentos intrusivos, excitabilidade e emoções fortes como ansiedade, raiva, vergonha e tristeza (Foa *et al.*, 1999). Os achados deste estudo apontam para a importância de tratamentos para TEPT voltados à cognição, como a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), que abrange estratégias cognitivas como psicoeducação, reavaliação cognitiva e exposição in vivo ou imaginativa, com eficácia comprovada (Mello *et al.*, 2014). No entanto, sugere-se novos estudos voltados à comprovação de eficácia da TCC para a população de profissionais de saúde e emergência, visto que estes ainda são escassos (Harvey, Bryant & Tarrier, 2003).

O modelo investigado nesse estudo encontrou que, além das cognições pós-traumáticas, sofrimento mental, uso abusivo de álcool e utilização de estratégias desadaptativas de regulação emocional possuem juntas um alto poder explicativo para sintomatologia pós-traumática. Ou seja, o profissional de saúde e emergência com sofrimento mental, que engajou-se em avaliações negativas sobre si e sobre o mundo e adotou estratégias de enfrentamento desadaptativas para reduzir o seu sofrimento, tornou-se mais vulnerável para o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático. Esse achado salienta a importância de medidas de prevenção e suporte que enfatizem as estratégias cognitivas de enfrentamento do trauma, estimulando os profissionais envolvidos a engajarem-se em uma reavaliação do evento e dos próprios recursos para lidar com este. Considerando que esses profissionais ocupam um papel vital na assistência das pessoas afetadas após um evento de grande magnitude, a manutenção da saúde mental dos profissionais é uma questão importante para uma rede extensa de pessoas envolvidas.

Contribuições e Limitações do Estudo

De acordo com o nosso conhecimento, este é o primeiro estudo que explorou prevalência de sintomatologia pós-traumática e fatores associados em profissionais de saúde e emergência que

deram suporte às vítimas do incêndio da boate Kiss. A maior contribuição deste estudo foi que encontrou que apenas uma pequena proporção dos profissionais investigados está cursando uma forma crônica de TEPT, apesar de uma parcela significativa apresentar sintomas de estresse pós-traumático em algum nível. Além disso, encontrou correlações que são fortemente apoiadas pela literatura, como a correlação entre sintomatologia pós-traumática e percepção de baixo suporte social e estratégias desadaptativas de regulação emocional, o que reforça achados anteriores que apontam para o papel relevante desses fatores nos sintomas de TEPT. Por fim, o estudo encontrou que as cognições pós-traumáticas são um importante preditor de sintomatologia de estresse pós-traumático.

No entanto, os resultados devem ser interpretados dentro do contexto de algumas limitações. Uma delas diz respeito a não utilização de entrevistas clínicas para identificar sintomatologia de estresse pós-traumático e, em vez disso, o uso de uma escala (PCL-5). Entrevistas clínicas não foram viáveis devido à carga horária de trabalho dos participantes. Embora o uso de escalas para avaliar sintomas de TEPT seja frequente na literatura, é considerado não ter especificidade ótima.

Outra limitação diz respeito ao caráter retrospectivo do estudo. Apesar de estudos retrospectivos se mostrarem adequados para a investigação de causa e efeito, estão sujeitos a possíveis vieses, como memória dos participantes e registros inadequados ou incompletos, considerando a passagem de quase cinco anos após o evento. Considera-se também que pode ter havido um viés de seleção da amostra, visto que possivelmente os profissionais mais sintomáticos e que ainda estão em sofrimento podem ter optado por não participar do estudo. Por fim, as descobertas podem não ser aplicáveis a todos cenários de desastres, devido ao fato de que o presente estudo foi conduzido em uma única área geográfica que sofreu de um evento específico. No entanto, entende-se que resultados semelhantes são observados em eventos similares, uma vez que os trabalhadores de saúde e emergência exercem papéis semelhantes e estão expostos a diversos fatores de estresse ocupacionais e situacionais, como o suporte a um vasto número de vítimas, independente da região geográfica que atuam.

CONCLUSÃO

Quase cinco anos após o incêndio na boate Kiss, os profissionais de saúde ainda apresentam sintomas de estresse pós-traumático, em especial sintomas de reatividade e excitabilidade, ainda que a prevalência de TEPT encontrada nesse estudo não tenha sido expressiva.

Considerando a importância desses profissionais para a sociedade, algumas medidas podem ser tomadas para prevenir e mediar problemas decorrentes da exposição a eventos traumáticos em profissionais de saúde e emergência que vivenciam situações de grande impacto emocional no dia-a-dia das suas atribuições laborais. Deve ser dada especial atenção à implementação contínua de medidas acessíveis e efetivas para atenção aos sintomas de TEPT antes e após um evento traumático.

As medidas que já estão em funcionamento nas Polícias Militares de algumas unidades federativas do Brasil podem ser de grande valia para profissionais que atuam em contexto de catástrofes: a) afastamento temporário do serviço para avaliação psicológica e/ou psiquiátrica e redução do estresse, b) desenvolvimento de procedimentos e ações para intervenção em incidentes críticos com a finalidade de reduzir o índice de morbidade e afastamento decorrentes do estresse profissional cumulativo e dos sintomas de estresse pós-traumático, c) promoção de palestras de sensibilização a serem ministradas por psiquiatras e outros profissionais de saúde mental, com vistas a conscientizar os profissionais de saúde e gestores de instituições de saúde sobre o transtorno e suas implicações na saúde e d) oferta de cursos e oficinas de aperfeiçoamento das habilidades emocionais (Correia & Dunningham, 2016).

Os achados presentes indicam a necessidade de intervenções direcionadas aos profissionais de saúde e emergência, ancoradas no reforço do apoio social de instituições e grupos de apoio e aprimoramento das estratégias positivas de regulação emocional dos profissionais. Esse estudo não evidenciou algumas hipóteses iniciais, a de que a prevalência de TEPT nos profissionais de saúde e emergência de Santa Maria seria maior que a prevalência na população em geral e a de que maior exposição ao evento traumático estaria associada a maior severidade de sintomas pós-traumáticos. Estudos adicionais são necessários para compreender os impactos em longo prazo de catástrofes como o incêndio da boate Kiss em profissionais que prestam apoio às vítimas, e explorar medidas eficazes para evitar TEPT e outros desfechos negativos para a saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>

- Alden, L. E., Regambal, M.J. & Lapos, J.M. The effects of direct versus witnessed threat on emergency department healthcare workers: Implications for PTSD Criterion A. *Journal of Anxiety Disorders* 22 (2008) 1337–1346
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). American Psychiatric Association Washington, DC
- Atiyeh, B. (2012). Desastre na boate Kiss, Brasil. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 27(4), 502-502. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752012000400003>
- Benedek, D.M., Fullerton, C. & Ursano, R.J. (2007). First Responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annual Review Public Health*, 28, 55–68. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037>
- Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., Woollard, M. & Vetter, N. (2005). Associations between organizational and incident factors and emotional distress in emergency ambulance personnel. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 215–226. <http://dx.doi.org/10.1348/014466505X29639>
- Berger, W., Coutinho, E.S.F., Figueira, I., Marques-Portella, C., Luz, M.P., Neylan, T.C.&Mendlowicz, M.V. (2012). Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 1001–1011. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0408-2>
- Boden, M. T., Westermann, S., McRae, K., Kuo, J., Alvarez, J., &Kulkarni, M. R. (2013). Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: a prospective investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(3), 296-314. <http://doi.org/10.1521/jscp.2013.32.3.296>
- Bogstrand, R. N., Skogstad, R. N. & Ekeberg, O. (2016). The association between alcohol, medicinal drug use and posttraumatic stress symptoms among Norwegian rescue workers after the 22 July twin terror attacks. *International Emergency Nursing*, 22, 29-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2016.03.003>

- Breslau, N., Peterson, E.L., & Schultz, L. R. (2008). A second look at prior trauma and the Posttraumatic Stress Disorder effects of subsequent trauma: a prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, 65(4), 431-437. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.65.4.431>
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, J. (2016). Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: a systematic review. *BioMed Central Psychology*, 4(18). <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-016-0120-9>
- Chiu, S., Niles, J. K., Webber, M. P., Zeig-Owens, R., Gustave, J. Lee, R., Rizzotto, L. & Prezant, D.J. (2011). Evaluating risk factors and possible mediation effects in Posttraumatic Depression and Posttraumatic Stress Disorder comorbidity. *Public Health Reports*, 126(2), 201-209. Recuperado em <http://www.jstor.org/stable/41639348>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–357. PMID: 3901065
- Correia, A.R., & Dunningham, W.A. (2016). Estimativa da ocorrência de transtorno do estresse pós-traumático em policiais militares da Bahia. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 20(3):187-216 <http://www.revneuropsiq.com.br>
- Epstein, R.S., Fullerton, C.S., & Ursano, R. J. (1998). Posttraumatic Stress Disorder following an air disaster: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 934-938. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.155.7.934>
- Feder, A., Ahmad, S., Lee, E. J., Morgan, J. E., Smith, B. W., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2013). Coping and PTSD symptoms in Pakistani earthquake survivors: purpose in life, religious coping and social support. *Journal of Affective Disorders*, 147, 156–163. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.027>
- Foa, E.B, Clark, D. M., Ehlers, A. & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>

- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 27, 78–91. <http://doi.org/10.1093/epirev/mxi003>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Gonçalves, D. M., Stein, A.T. e Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Caderno de Saúde Pública*, 24(2), 380-390. Recuperado em <http://hdl.handle.net/10183/49591>
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769. Recuperado em <http://hdl.handle.net/10183/34347>
- Gray, M. J., Litz, B. T., & Hsu, J. L. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Sage Publications*, 11, 330-341. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191104269954>
- Gray, D. E. (2012). *Pesquisa no Mundo Real* (2ª Ed). Porto Alegre: Penso
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214-219. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.00152>
- Gross, J. J., & Miao, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151–164. <http://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Harvey, A.G., Bryant, R.A. & Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* V. 23, 501-522
- Jazaieri, H., Urry, H. & Gross, J. (2013). Affective disturbance and psychopathology: an emotion regulation perspective. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(5), 1–16. <http://doi.org/10.5127/jep.030312>
- Kang, P., Lv, Y., Hao, L., Tang, B., Liu, Z., Liu, X., Liu, Y., & Zhang, L. (2015). Psychological consequences and quality of life among medical rescuers who responded to the 2010 Yushu

earthquake: a neglected problem. *Psychiatry Research*, 230, 517–523.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.047>

Lima, E. P. & Assunção, A. A. (2011). Prevalence and factors associated with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in emergency workers: a systematic literature review. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14(2), 217-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000200004>

Lima, E. P., Vasconcelos, A. G., Berger, W., Kristensen, C. H., Nascimento, E., Figueira, I., & Mendlowicz, M. V. (2016). Cross-cultural adaptation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist 5 (PCL-5) and Life Events Checklist 5 (LEC-5) for the Brazilian context. *Trends Psychiatry Psychother*, 38(4), 207-215. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0074>

Mansur, J. Monteiro, M. G. (1983). Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 16(3), 215-8.

Mayfield, D., McLeod, G., Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 131(10), 1121-3. Doi: 10.1176/ajp.131.10.1121

Mello, P.G., Silva, G.R., Donat, J.C. & Kristensen, C.H. (2014). An Update on the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy, Cognitive Therapy, and Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, V. 46, 339-357, <https://doi.org/10.2190/PM.46.4.b>

Morren, M., Yzermans, C. J., Van Nispen, R. M. & Wevers, S.J. (2005) The health of volunteer firefighters three years after a technological disaster. *Journal Occupational Health*, Nov;47(6):523-32

Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, 547-558.

Roberts, A. R. (2000). Crisis intervention handbook: assessment, treatment, and research. New York: *Oxford University Press*;

- Sadock, B.J., Sadock, V.A. & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria*. 11. Ed. Porto Alegre: Artmed
- Sakuma, A., Takahashi, Y., Ueda, I., Sato, H., Katsura, M., Abe, M., Nagao, A., Suzuki, Y., Kakizaki, M., Tsuji, I., Matsuoka, H., & Matsumoto, K. (2015). Post-traumatic Stress Disorder and depression prevalence and associated risk factors among local disaster relief and reconstruction workers fourteen months after the Great East Japan Earthquake: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 15, 58. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0440-y>
- Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Justo, A. R., Lobo, B. O. M. e Kristensen, C.H. (2013). Adaptação e validação de conteúdo da versão brasileira do Posttraumatic Cognitions Inventory. *Revista Saúde Pública*, 47(2). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003474>
- Schäfer, J. L. *Cognitive emotion regulation, affect and posttraumatic stress symptoms: psychometric properties of the CERQ and a double mediation study* (2017). Dissertação de mestrado não publicada. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/10538>>. Acesso em: 5 mar. 2018.
- Schumm, J. A., Dickstein, B. D., Walter, K. H., Owens, G. P., & Chard, K. M. (2015) Changes in posttraumatic cognitions predict changes in posttraumatic stress disorder symptoms during cognitive processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1161-1166. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000040>
- Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2014). Emotion regulation and Posttraumatic Stress symptoms: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 87–102. <http://doi.org/10.1080/16506073.2014.980753>
- Shepherd, L., & Wild, J. (2014) Emotion regulation, physiological arousal and PTSD symptoms in trauma-exposed individuals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 360-367. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.03.002>
- Sifaki-Pistolla, D, Chatzea, V.E., Vlachaki, S.A., Melidoniotis, E., Pistolla, G (2017). Who is going to rescue the rescuers? Post-traumatic stress disorder among rescue workers operating in

Greece during the European refugee crisis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52:45–54, DOI 10.1007/s00127-016-1302-8

Silva, T. L. G., Mello, P. G., Silveira, K. A. L., Wolffenbüttel, L., Lobo, B. O., Meneguelo, B., Moram, C. H., Grassi-Oliveira, R. & Kristensen, C. H. (2013). Primeiros socorros psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 15(1)

Taylor, S. (2006). *Clinician's guide to PTSD: a cognitive-behavioral approach*. New York: The Guilford Press.

Torlai, V. (2010). *A vivência do luto em situação de desastres naturais*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP. Recuperado em: <https://tede.pucsp.br/bitstream/handle/14965/1/Viviane%20Cristina%20Torlai.pdf>

Weathers, F. W., Marx, B. P., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5: new criteria, new measures, and implications for assessment. *Psychological Injury and Law*, 7(2), 93–107. <http://dx.doi.org/10.1007/s12207-014-9191-1>

Witteveen, A. B., Bramsen, I., Twisk, J. W. R., Huizink, A. C., Slottje, P., Smid, T. & Van Der Ploeg, H. M. (2007). Psychological distress of rescue workers eight and one-half years after professional involvement in the amsterdam air disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 31-40. <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000252010.19753.19>

Woodward, M.J, Eddinger, J., Henschel, A.V., Dodson, T.S., Tran, H.N. & Beck, J.G. (2015). Social support, posttraumatic cognitions, and PTSD: The influence of family, friends, and a close other in an interpersonal and non-interpersonal trauma group. *Journal of Anxiety Disorders*, 35:60-7. Doi: 10.1016/j.janxdis.2015.09.002

REAÇÕES PÓS-TRAUMÁTICAS NO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DO INCÊNDIO DA BOATE KISS: A EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

RESUMO

O apoio às vítimas de tragédias comunitárias, para profissionais de saúde inseridos nessas comunidades, pode ser particularmente estressante, pois estes podem ser expostos diretamente e indiretamente a eventos traumáticos. Este estudo se propõe a descrever a experiência dos profissionais de saúde e emergência que atuaram no atendimento às vítimas do incêndio na boate Kiss. O estudo tem caráter qualitativo, delineamento descritivo-exploratório e corte transversal. A amostra foi composta por cinco profissionais de Santa Maria, que participaram de entrevistas semi-dirigidas baseadas em um roteiro tópico de entrevista. Por meio de análise temática, as informações foram discutidas e analisadas. O estudo mostrou que, mesmo após cinco anos dessa tragédia, os profissionais de saúde continuam tendo sintomas de estresse pós-traumático e utilizaram, como recursos de enfrentamento, foco na resolução de problemas, apoio social e espiritualidade. O estudo promoveu avanços na compreensão das consequências psicológicas do trabalho com vítimas de tragédias comunitárias;

Palavras-chave: Tragédias Comunitárias; Sintomas de Estresse Pós-Traumático; Profissionais de Saúde

INTRODUÇÃO

O incêndio na Boate Kiss, que ocorreu na cidade de Santa Maria no dia 27 de Janeiro de 2013, foi a segunda maior tragédia no Brasil (Atiyeh, 2012). O evento foi causado por um sinalizador disparado no teto, cujas faíscas atingiram a espuma de isolamento acústico, que não tinha proteção contra fogo. Nesse incêndio, 242 pessoas foram a óbito e mais de 600 ficaram feridos, em sua maioria, jovens entre 18 a 21 anos.

Para o atendimento às vítimas e familiares, diversas instâncias foram mobilizadas, como forças civis, corpo de bombeiros, redes de atendimento médico e equipes voluntárias, num esforço articulado entre o município de Santa Maria, Estado e União (Falk et al, 2014). No primeiro dia após a tragédia, estima-se que 300 profissionais de saúde voluntários já estavam cadastrados e envolvidos no apoio às vítimas e familiares (Silva et al, 2013).

Desastres diferem de outros tipos de trauma, com relação à sua escala e efeitos (Franco, 2005). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2017), desastre é um evento traumático em decorrência do caráter agressivo e disruptivo que este evento exerce sobre os indivíduos afetados, o que pode levá-los ou não a uma situação de trauma. Em situações traumáticas como desastres e tragédias, o indivíduo pode apresentar reações e sintomas que fazem parte de um sistema de autopreservação que auxilia em situações de perigo (Silva et al, 2013). Esses sintomas são de ordem física, emocional e cognitiva, e costumam ser desencadeados nas primeiras 48 horas após o evento traumático.

Ainda que essas reações sejam naturais e esperadas, elas são vivenciadas com sofrimento. Cerca de 30% das vítimas não se recuperam após esses sintomas terem se manifestado, mesmo após um tempo considerável (Silva et al, 2013). Desta forma, esses indivíduos tornam-se vulneráveis a desenvolverem alterações de humor e ansiedade. Entre as consequências prováveis, os Transtornos de Estresse Agudo (TEA) e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) são considerados os transtornos de ansiedade mais associados à exposição a eventos estressores (Breslau, Peterson, & Schultz, 2008). TEPT é uma resposta emocional crônica a um evento traumático, no qual ocorrem sintomas de revivência como pensamentos e sonhos intrusivos, evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, alterações negativas em cognições e/ ou humor, excitabilidade e alta reatividade. É considerado TEPT quando essas perturbações excedem o primeiro mês após o evento estressor, além de causarem sofrimento e consequências sociais negativas (APA, 2014).

As vítimas de trauma são impactadas de diferentes maneiras além da exposição direta, que em geral está associada à severidade sintomática, também pode ocorrer quando o indivíduo é exposto de forma sistemática a informações detalhadas e impactantes do evento traumático. Isto ocorre, principalmente, com profissionais da saúde em emergência, tendo em vista o fato de que estão expostos cotidianamente a diversas situações potencialmente estressantes, como o testemunho de cenas terríveis de pessoas mortas, morrendo ou gravemente feridas de todas as idades, gritos de pessoas buscando ajuda e luto ou agonia de pessoas cujos parentes ou pessoas amadas estão sob o perigo (Sifaki-Pistolla et al, 2017). Essa vivência pode deixar sequelas psicológicas tanto no contexto imediato (logo após o evento) quanto no médio-longo prazo. Segundo Silva (2017), os profissionais de saúde de todas as áreas, em um cenário de catástrofe, correm perigos que põem em risco a sua integridade física e psicológica.

Alguns fatores psicossociais podem atuar como mediadores para um desfecho na saúde mental de profissionais de saúde expostos a situações traumáticas. A história pessoal e social das vítimas, condições biológicas e de temperamento, o apoio social percebido e o significado que as

pessoas atribuem a um evento são fatores determinantes para os impactos de um desastre na saúde mental dos indivíduos envolvidos (Gaborit, 2006).

Em períodos de crise, os profissionais de saúde e emergência precisam dedicar uma carga horária ainda maior para dar assistência às pessoas afetadas (Benedek, Fullerton & Ursano, 2007), o que lhes dá pouca oportunidade de ter o descanso necessário e de trabalhar as suas próprias questões emocionais em lidar com essa situação impactante. Para os profissionais que residem e trabalham na região da tragédia, a situação é ainda mais agravante, pois são confrontados com estressores por um período de tempo maior (Kang *et al.*, 2015), ao contrário dos profissionais de outros municípios envolvidos em frentes de emergência, que após a assistência imediata se desligam do contexto da tragédia. Há uma lacuna na literatura na investigação de fatores de risco para a saúde mental em profissionais locais após um desastre (Wang *et al.*, 2013).

Ademais, tem havido poucas pesquisas qualitativas que abordem os impactos para a saúde mental de profissionais de saúde que atuam em contextos de tragédias comunitárias. Foram encontrados dois estudos de relato de experiência sobre o Incêndio na Boate Kiss (Falk *et al.*, 2014; Silva *et al.*, 2013). Um deles relatou a experiência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no suporte às vítimas, e destacou a importância de algumas práticas adotadas como: articulação entre diferentes instituições, serviços e profissionais, acionamento de protocolos de catástrofes, criação de espaço de escuta e reordenação de novos fluxos e processos assistenciais (Falk *et al.*, 2014). Outro estudo relatou a experiência na aplicação de um protocolo de Primeiros Socorros Psicológicos para padronizar o atendimento às vítimas em Santa Maria. Como contribuição, trouxe que a intervenção possibilitou o acolhimento emocional dos sujeitos de forma empática e não invasiva, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas e a busca de apoio social (Silva *et al.*, 2013). Os estudos citados focaram em possibilidades de intervenções multidisciplinares, mas não analisaram os impactos psicológicos e reações pós-traumáticas dos profissionais de saúde envolvidos.

Nesse sentido, esse estudo tem como objetivo descrever a experiência dos profissionais de saúde que atuaram no atendimento às vítimas do incêndio na Boate Kiss. Busca analisar o contexto, impactos e significados que os profissionais deram à sua experiência na tragédia ocorrida em Santa Maria, permitindo compreender as consequências psicológicas do trabalho com pessoas expostas a traumas.

METODOLOGIA

Delineamento

O presente estudo caracteriza-se como um estudo transversal do tipo exploratório, estruturada a partir de uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa tem como foco a identificação de valores, crenças e atitudes, com interpretações das realidades sociais. (Minayo, 2010). Já a pesquisa do tipo exploratória para Gray (2012) permite ao investigador aumentar a compreensão em torno de um determinado fenômeno. Os estudos exploratórios são desenvolvidos com o objetivo de proporcionar visão geral, do tipo aproximativo, acerca de uma realidade.

Participantes

Foram selecionados cinco profissionais de saúde de uma amostra de 99 participantes de um estudo anterior (Barbosa *et al.*, in press). Para compor a amostra, foram convidados os dez participantes que apresentaram maior grau de sintomatologia Pós-Traumática, utilizando o escore obtido pelo instrumento Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) (Weathers, Marx, Friedman, & Schnurr, 2014; adaptado por Lima *et al.*, 2016). Destes, cinco participantes consentiram em participar do estudo. O objetivo dessa escala, composta por 20 itens de auto relato avaliados através de uma escala *Likert* de quatro pontos, é mensurar o nível de gravidade dos sintomas e fornecer um diagnóstico de TEPT. Os participantes são profissionais de saúde da rede pública e privada de Santa Maria. Os critérios de inclusão foram idade superior a 18 anos e a participação no atendimento às vítimas do incêndio da Boate Kiss.

A amostra é composta por três mulheres e dois homens, com idades que variam de 30 a 45 anos, quatro residem em Santa Maria e um em Porto Alegre, três possuem até um ano de carreira e dois entre oito e nove anos. Atuam nas seguintes profissões: Terapia Ocupacional (1), Enfermagem/Técnico de Enfermagem (2), Psicologia (1) e Medicina (1). O escore médio do PCL-5 da amostra é de 26,6.

Considerações Éticas

O projeto de pesquisa do qual resultaram os estudos quanti e qualitativo foi aprovado pela Comissão Científica da Escola de Humanidades da PUCRS e pelo Comitê de Ética da PUCRS (66491317.0.0000.5336). Os participantes foram informados, na primeira etapa do estudo, sobre confidencialidade, sigilo e sobre a possibilidade de desistir da pesquisa a qualquer momento. Nessa ocasião, foi solicitada a sua concordância em participar por meio de assinatura eletrônica do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No presente estudo, considerando que eles já haviam assinado TCLE na etapa anterior, foram lembradas as questões éticas e foi solicitada a autorização

para gravação das entrevistas em áudio. Nomes fictícios foram atribuídos aos sujeitos da pesquisa, visando resguardar suas identidades.

Procedimento de coleta de dados

O estudo foi realizado em Santa Maria, no Rio Grande do Sul, Brasil. A coleta consistiu em uma entrevista individual semiestruturada de aproximadamente 60 minutos, realizada pelos pesquisadores, em duplas. As entrevistas aconteceram nos locais de trabalho dos participantes, no mês de Setembro de 2017. O instrumento de coleta foi um roteiro tópico de entrevista previamente estruturado, incluindo questões abertas sobre os seguintes temas: contexto do evento, impactos imediatos, efeitos no longo prazo e significados dados à experiência. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas e posteriormente analisadas.

Procedimentos de análise de dados

As transcrições foram analisadas a partir da perspectiva da Análise Temática (Braun e Clarke, 2006). Segundo esses autores, Análise Temática é um método descritivo qualitativo utilizado para identificação, análise e relato de temas extraídos dos dados. Este método de análise é flexível e pode ser utilizado com diferentes posicionamentos epistemológicos, não tem requisitos de amostragem e adequa-se a diversos tipos de dados qualitativos.

A Análise Temática enfatiza tanto os aspectos comuns quanto às diferenças em relação aos temas dominantes (Braun & Clarke, 2006). Como propõem Braun e Clarke (2006), seis etapas constituem a aplicação desta técnica de análise: Familiarização com os dados, Geração de códigos iniciais, Identificação de temas, Revisão de temas, Definição e nomeação dos temas e Escrita da análise.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com a Figura 1, na qual as categorias encontradas estão organizadas nos seguintes eixos: 1) Experiência Imediata, compreendida pelos instantes imediatos após o evento até o final do primeiro mês; 2) Experiência Posterior, compreendida como a ocorrida após o primeiro mês até os dias atuais e 3) Significados, que são as interpretações e sentidos atribuídos pelos participantes a este acontecimento. Os eixos Experiência Imediata e Experiência Posterior compreenderam as seguintes categorias: a) Contexto, b)

Exposição, c) Impactos Emocionais, Comportamentais e Fisiológicos, d) Estratégias de Enfrentamento e e) Apoio Social.

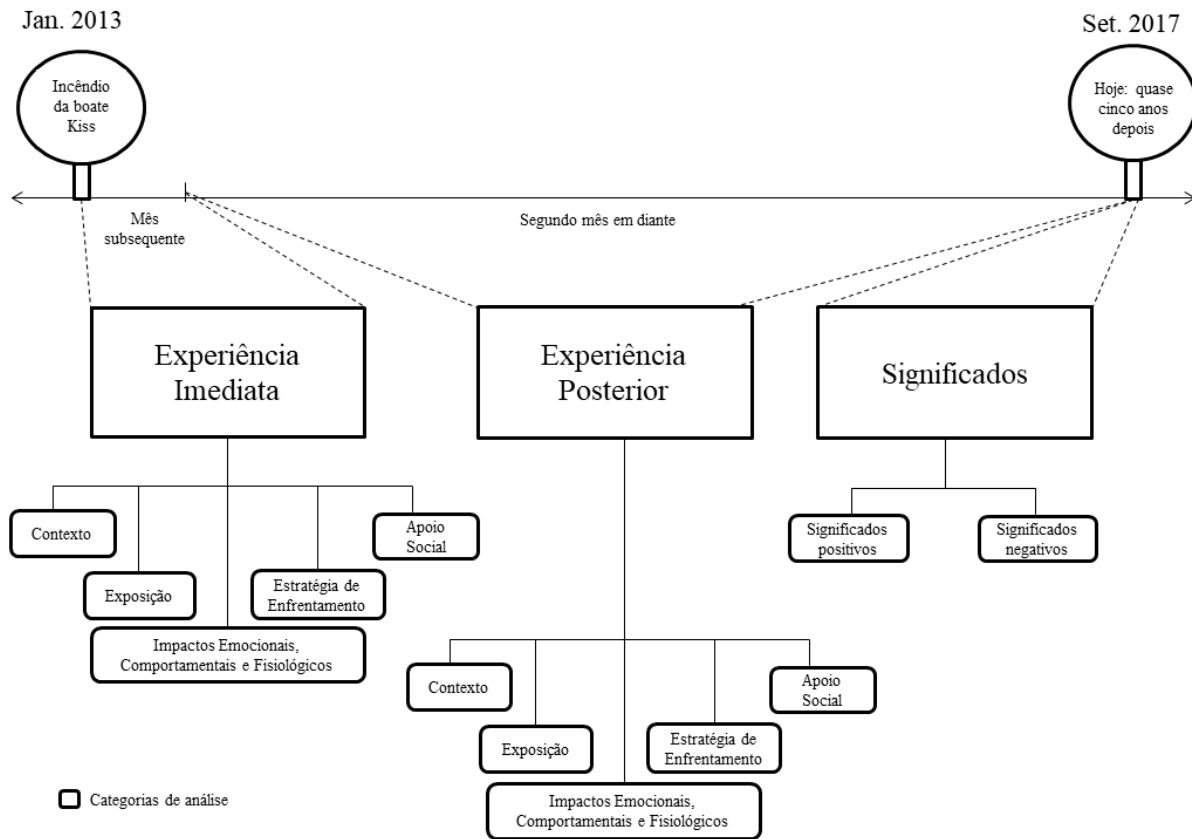


Figura 1: Categorias de análise

Experiência Imediata

Contexto Imediato

O contexto imediato refere-se a como os profissionais relataram as circunstâncias do evento desde os instantes iniciais até o final do primeiro mês após o incidente. Foi relatado uma intensa mobilização de todas as instâncias para que fosse realizado o suporte às vítimas. Os participantes comentaram diferentes formas de como ficaram a par do acontecimento, sendo por meio de ligações de conhecidos em um caráter mais informativo, telefonemas institucionais onde era requisitado a assistência no evento ou até mesmo devido a o grande volume de fumaça que podia ser visto na cidade. Havia uma intensa comunicação ocorrendo na cidade, como trazido por uma entrevistada.

“As pessoas me ligando eu ligando pras pessoas, as pessoas perguntando como é que tá [...] eu acho que Santa Maria até congestionou os telefones, todo mundo ligava pra todo mundo.. E nisso a gente não sabia da dimensão né.” (Maria)

Um grande número de profissionais e voluntários foram envolvidos no suporte inicial às vítimas. Foi percebida uma grande mobilização por parte do exército, que, utilizando caminhões da instituição e até mesmo frigoríficos, direcionaram os corpos das vítimas para identificação no Farreirão, o centro desportivo municipal. Além disto, caminhões menores eram direcionados ao local contendo materiais como algodão e gazes, que seriam utilizados para coletar o sangue das vítimas e fazer a autópsia. Uma de nossos entrevistados relata que: “Eram montadas equipes multiprofissionais com dois enfermeiros, uma médica, um psicólogo, e outra pessoa de outra área da saúde, e nós íamos com os familiares ver onde é que estavam as suas vítimas.” (Joana)

Exposição Imediata

Nesse tópico serão abordados relatos de situações nas quais os entrevistados foram expostos nos primeiros momentos após o acontecimento da tragédia. Um fator que foi evidenciado através dos discursos foi o possível vínculo afetivo com o evento, visto que a grande maioria conhecia pessoas que estavam ou poderiam estar na boate naquele dia. Alguns entrevistados eram frequentadores da boate e um deles em particular havia trabalhado no local anteriormente. A dificuldade de comunicação durante a tragédia foi um fator que implicava em uma incerteza sobre a localização das pessoas, o que acabou agravando a situação. Em alguns casos, foi relatada a confirmação da morte de pessoas conhecidas, seja nos instantes iniciais da tragédia ou alguns dias depois, quando a lista de vítimas era divulgada em veículos midiáticos.

A excessiva carga horária dedicada à tragédia foi uma temática recorrente nos discursos. Notou-se que a falta de descanso suficiente foi encontrada nas falas tanto dos que atuaram como voluntários quanto os que foram chamados para trabalhar no local pelas instituições que faziam parte. A maioria destes profissionais atuou tendo contato com os corpos das vítimas, sendo um na perícia dos corpos e três no processo de identificação das vítimas. Uma das envolvidas no reconhecimento dos corpos relata que “cada dia que passava eu reconhecia uma pessoa, pois no dia da tragédia eu passei por cima de todos os corpos várias vezes” (Joana). Outro participante relatou sobre o processo da chegada dos corpos e a organização para facilitar as identificações:

“Caminhões chegavam com corpos empilhados, chegavam de 20 a 30 e aí o pessoal do exército que tava ajudando faziam filas, duas filas, para pegar os corpos e colocar nos locais [...] eu também vi essa cena, que é uma cena bem chocante, eles pegavam de dois em dois para pegar o corpo e depois largavam e daí tinha o pessoal orientando.” (João)

Essa experiência foi dita como aterrorizante, horrorosa e até mesmo como a pior situação já ocorrida na vida de uma das entrevistadas. Além desta exposição constante aos corpos das vítimas, muitos foram expostos a intenso sofrimento humano, tanto o sofrimento das próprias vítimas quanto o doloroso momento do reconhecimento dos corpos, como João relata: “pra mim outra situação muito marcante é quando havia o reconhecimento, (as pessoas) se desesperavam, a gente tava fazendo a perícia num corpo daí tu ouvia um desespero, um berro gritando, desespero da mãe, gritos apavorantes”. Outro fator que agravou a exposição destes indivíduos foi por conta da intensa divulgação por parte da mídia. A todo instante era transmitido notícias sobre o evento, contagem e identificação de corpos. Isso fazia com que os profissionais ainda continuassem ligados ao evento.

Impactos Imediatos Emocionais, Comportamentais e Fisiológicos:

Diferentes formas de perceber e lidar com o evento foram apreendidos pelos discursos dos entrevistados. Nesta categoria, relatamos os componentes emocionais, comportamentais e fisiológicos trazidos pelos participantes. A emoção mais frequente relatada foi a de surpresa e perplexidade, seguido de apatia, tristeza, humilhação e angústia.

“(Eu) não tinha sentimento, assim... era uma apatia. As coisas se tornaram muito mecânicas naquele momento. [...] vou pra lá, vou pra casa, faço isso, faço aquilo, mas o sentimento em si, não tinha. Era só o cansaço físico” (Ana)

“Sentia muita tristeza, humilhação, e surpresa, porque eu descobri que algumas pessoas que eu conhecia tavam lá, sobreviveram, outras morreram e eu fui descobrir isso não no dia porque demorou né, pra sair o nome de todos e fotos, e as vezes tu não ligava o nome a pessoa” (Maria)

Com relação à esfera comportamental, observamos uma variada gama de condutas como: a de não compreender a real dimensão do ocorrido, direcionar-se imediatamente para ajudar às

vítimas, buscar notícias de pessoas que poderiam ou estavam na boate, não saber o que fazer, isolamento, evitação, estresse e nervosismo.

“Nos primeiros dias, teve consequências no meu comportamento. A gente acaba ficando mais estressado, acaba descarregando a culpa em quem não tem nada a ver, acaba ficando mais nervoso em quem não tem culpa. É o estresse do acontecimento no dia-a-dia. [...] A gente fica mais pensativo, mais da gente, não quer sair muito de casa.” (Marcos)

Já a nível fisiológico encontramos diversas reações, como: o cansaço ou fadiga, estresse, dificuldades para dormir, crises de choro e perda de concentração recorrente. Apenas dois sujeitos não relataram alterações fisiológicas. Marcos revela quão fortes foram as alterações fisiológicas: “Levei mais de meses para deitar a cabeça no travesseiro e dormir direito, sem pensar no... [...] Foram bem profundas mesmo aquelas primeiras semanas (Marcos)”. Já João demonstrou que suas reações ocorreram principalmente enquanto estava trabalhando no local:

“A gente chegou antes dos corpos, mas depois quando começou a chegar os corpos eu tive várias crises de choros. Daí eu ia lá pro ginásio um pouco, chorava, respirava um pouco, mas era muito forte [...]. Dai as minhas filhas ligavam perguntando dos amigos delas, se estavam na lista, era assim, era muito triste” (João).

Estratégias de enfrentamento:

Diante de um desastre comunitário de grandes proporções como este, algumas estratégias para lidar com a situação e até mesmo para conseguir auxiliar as vítimas foram usadas por nossos entrevistados. Encontramos que a estratégia mais utilizada foi a de se distrair com outras coisas, seguida de não pensar, negar ou conter sentimentos, focar na resolução de problemas e fazer terapia.

“Procurei não pensar muito, procurar começar a sair de casa. [...] Começar a sair para fora, pro campo, respirar o ar puro, se concentrar.” (Marcos)

“Eu sempre lidei muito bem com situações difíceis com outras pessoas. Como enfermeira, eu já me deparei com muitos eventos de crise. E eu tenho, sei lá, um equilíbrio na hora. Meu impulso é ir lá e ajudar. Depois eu penso. E na hora foi o que eu fiz, eu só queria ir ajudar.” (Joana)

Apoio Social

Outro fator de extrema importância abordado nas entrevistas foi o do apoio social. Dentro desta categoria vimos que um participante relatou não ter contado com o apoio de ninguém e outro informou que não contou com o apoio da instituição na qual estava vinculado profissionalmente. Em contrapartida, encontramos relatos de profissionais que contaram com o apoio da família, comunidades religiosas e até mesmo de colegas de profissão. A insatisfação com o apoio social recebido pela instituição foi evidenciado pelo discurso de Marcos: “Só mais cobrança em cima. Cada dia mais cobrança, mais estresse. Das instituições de trabalho a gente não teve apoio nenhum”. (Marcos)

Experiência Posterior

Contexto posterior

Como contexto do período subsequente ao evento, encontramos a criação de um centro multidisciplinar de atendimento psicossocial destinado aos pais e às vítimas da boate Kiss, nomeado de Acolhe Saúde. Dois de nossos entrevistados, uma enfermeira e um técnico de enfermagem, chegaram a trabalhar ou prestar certo tipo de apoio no Acolhe Saúde. Uma participante relatou brevemente como foi criado o serviço inicialmente: “Aí a gente se mudou para outra casa ali na Tuiuti, que ficava bem na esquina do meu apartamento, e nós demos o nome de Acolhe Saúde, que tem até hoje esse nome” (Joana).

Exposição

Apesar de certo tempo ter se passado após a tragédia, presume-se que muitos fatores continuaram expondo nossos sujeitos de pesquisa, sejam aqueles que começaram ou continuaram a trabalhar com às vítimas, como aqueles que cessaram seu auxílio após os primeiros momentos do evento. Os que trabalharam no Acolhe Saúde nos momentos posteriores relataram uma extensa carga horária dedicada aos atendimentos no local.

“Lá eu ficava trabalhando durante o dia então, 12 horas, e eventualmente fazia plantão noturno, porque eu morava bem pertinho. Às vezes faltava coisa na casa, como papel higiênico, sabonete, e eu buscava na minha casa, pois era ali pertinho.” (Joana)

Além da carga horária, estes profissionais relataram uma rotina estressante, impactante, sufocante e repleta de exposição ao sofrimento humano, fato que ocasionou certa mobilização desses profissionais.

“Eu lembro de cenas marcantes dos pais que procuravam atendimento no Acolhe Saúde. Na madrugada atendíamos todos que nos procuravam. Lembro bem de uma mãe que foi mais de uma vez carregando uma boneca e dizendo que era da filha morta. Ela estava transtornada. Vários pais tiveram problemas de saúde mental depois da tragédia.” (Joana)

Outro fator que permeou quase todos os nossos entrevistados foi novamente a forte presença da mídia como meio de exposição ao evento. Mesmo com o passar dos meses, listas de mortos e lembretes do acontecimento da tragédia eram recorrentes, mobilizando alguns de nossos entrevistados.

“Eu só fui passar mal seis meses depois,[...]quando eu comecei a olhar uma reportagem que eles fizeram uma reconstituição da tragédia. Aí eu me lembrei dos relatos dos familiares, e dos sobreviventes, que a gente conversava no Acolhe Saúde. Aí que eu comecei a ver o que aqueles que eles me relataram passaram aí dentro da boate, aí sim que eu comecei a chorar.” (Joana)

Impactos Emocionais, Comportamentais e Fisiológicos a médio e longo prazo

Como reações emocionais em uma perspectiva a médio longo prazo encontramos novamente o sentimento de tristeza, seguidos de novas emoções como o medo, raiva e revolta, culpa e autoresponsabilização, como no relato abaixo.

“Eu me sinto responsável por não conseguir ajudar as pessoas ...principalmente com toda essa questão da medicação. As vezes ligam pra cá perguntando o que aconteceu com o processo, a gente vai atrás pra ver o que realmente aconteceu e simplesmente o processo foi negado ”
(Maria)

A respeito das reações comportamentais encontradas após alguns meses da tragédia, observamos mais uma vez a presença do isolamento, além de novos comportamentos como o de

evitação, flashbacks, buscar placas de saída em todos os ambientes, melindre para falar com às vítimas e impaciência com queixas de saúde não graves.

“As vezes eu costumo ter aqueles...flashbacks na cabeça...o cara fica imaginando...do nada. Muitas vezes a gente passa pela frente e pensa: bah, quantas pessoas morreram aqui... Às vezes, quando dá tempo, eu tento não passar pela frente, mas às vezes não tem como desviar o caminho (...) Parece que vem tudo de volta. Aquele horror de novo...”(Marcos)

“E quando eu fui numa boate, eu comecei a ficar com bastante medo, e gente ficava olhando onde é que eram os extintores de incêndio e as saídas de emergência. Eu fiquei bem apreensiva na boate, não consegui relaxar.”
(Joana)

“Eu lembro que eu fazia todo um ritual assim pra ligar pra essas pessoas (...) eu tratava como se fosse uma coisa intocável assim como, Deus me livre, tem que proteger e tem que ajudar de tudo que é forma sabe. Eu lembro que eu me trancava numa sala eu pegava o telefone respirava fundo [...] Que eu achava que eu ia tá incomodando, lembrando tudo”. (Maria)

“Assim eu não conseguia ouvir uma paciente se queixar tipo... de cólica menstrual. [...] aumentou um pouquinho essa impressão por exemplo de a gente achar que alguém tá reclamando da vida, uma bobagem se transformar num problema muito grande. E a gente que passou por tudo aquilo[...]"
(João)

Poucos de nossos entrevistados relataram alguma mudança fisiológica durante este período posterior, entretanto uma de nossas entrevistada relata uma possível relação entre o evento e a depressão que tivera alguns meses após. Além deste caso, observamos que a questão do sono prejudicado persistiu em um dos participantes.

Estratégias de Enfrentamento a Médio e Longo Prazo

Tendo em vista que a exposição ao evento não cessou após os primeiros momentos do ocorrido, e que alguns de nossos entrevistados começaram ou continuaram a trabalhar com as vítimas e familiares posteriormente, algumas estratégias de enfrentamento se mantiveram e outras foram desenvolvidas. Dentre as estratégias usadas ao longo deste período, encontramos a evitação,

negação e a busca por distrações. Já a estratégia desenvolvida no médio-longo prazo ocorreu por meio da espiritualidade, conforme relato abaixo.

“[...] como a minha mãe era espírita, nós íamos numa sociedade espírita, eu levava todos os nomes dos pacientes, que tinham sobrevivido, dos falecidos, dos mortos, e dos familiares que a gente atendia. [...] para que a gente orasse por eles né, e tentasse buscar uma harmonia assim pro meu trabalho, e também por estar ajudando eles em forma de oração né. Eu acho que isso me ajudou bastante a ser a pessoa que eu fui, e a ser a pessoa que eu sou hoje.” (Joana)

Apoio Social a Médio e Longo Prazo

A respeito do apoio social recebidos nas semanas e meses após o acontecimento, observamos pouca mudança nesta categoria. Notamos que além da percepção de suporte ou da percepção de falta de suporte listados anteriormente, uma nova forma de apoio foi acrescentada: o apoio das próprias vítimas e familiares.

“A gente não tinha muito conhecimento, não tinha muito apoio. Então éramos nós mesmos tentando conversar entre a gente, com os colegas, para dar apoio ao outro, mas não tinha muito o que fazer. [...] E os profissionais, os sobreviventes, familiares, a gente acabou criando um vínculo né? Eu tenho um vínculo com eles até hoje.” (Marcos)

Significados do Evento

Através da análise das entrevistas ficaram evidentes diferentes modos de encarar a tragédia da boate Kiss, podendo ser compreendidos como significados que os profissionais atribuíram ao evento. Como significados positivos, encontramos: reflexão sobre o propósito da vida, valor das pessoas e do trabalho, explicação espiritual e religiosa, aprendizado profissional, solidariedade, relativização dos problemas cotidianos e o aumento da segurança. Em relação a significados negativos, encontramos: a noção de ser uma tragédia, catástrofe, cicatriz; injustiça; a noção de que o evento recém aconteceu e até mesmo a ausência de aprendizados de qualquer ordem.

“Mas agora aprendizado de vida, profissional, nenhum não levou a nada, mesmo que eu tenha aprendido essa história da espuma ai, eu preferia não saber [...] eu preferia não ter precisado estudar isso.” (João)

“Acho que o valor que se dá pra pras pessoas né. Porque nesses momentos a gente vê, depois que a gente perde, a gente vê o valor que aquela pessoa tem pra ti.” (Maria)

“Essa tragédia foi um sofrimento muito grande para todo mundo. Mas significou que ajudar o outro, ser solidária com o outro é muito importante e deve estar acima de tudo. E que a gente precisa ter fé, e se espiritualizar, para que, quando acontecer eventos como esse, a gente não se desesperar. Por que desespero não vai levar a nada, a gente precisa ter equilíbrio para suportar as coisas.” (Joana)

“Na minha vida pessoalmente...eu jamais gostaria de ter passado por isso. Profissionalmente eu aprendi muito. Lição de vida, com os sobreviventes. Uma rede foi criada em Santa Maria, com a comunidade. Foi bem legal o que a comunidade de Santa Maria fez. As pessoas se uniram mais. [...] a gente acaba dando mais valor a cada dia de serviço, a cada caso né. [...] A gente aprendeu muito com essa tragédia.” (Marcos)

“Cinco anos se passaram e quando a gente fala, foi ontem de noite. Não parece que se passaram 5 anos, mas muita coisa mudou. Tem umas 4 ou 5 associações de pais que se apoiam. Mas eu acho que a maior conquista que já teve de tudo isso é no sentido da gente ter mais segurança... [...] A gente não vai trazer eles de volta, de forma alguma, mas todo mundo acha que em 5 anos não aconteceu nada, aconteceu sim! Mexeu no país inteiro esse negócio.” (Ana)

DISCUSSÃO

A vivência de uma situação de tragédia comunitária pode deixar marcas profundas na vida das pessoas, incluindo os profissionais de saúde envolvidos no cuidado às vítimas. Mesmo após

quase cinco anos do incêndio da boate Kiss, observou-se que os profissionais de saúde e emergência que deram suporte às vítimas dessa tragédia ainda sofrem os impactos desse evento.

Os profissionais participantes dessa pesquisa mencionaram terem vivenciado experiências traumáticas, como contato com cadáveres, longas horas de trabalho sob grande estresse, dificuldade de contato com familiares e amigos e exposição a intenso sofrimento humano. A exposição a essas situações são mencionados em alguns estudos como eventos estressores que podem acarretar sintomas de estresse pós-traumático (Benedek, Fullerton & Ursano, 2007; Sakuma *et al.*, 2015).

Há fatores de risco para a recuperação psicológica após vivência de um desastre, entre os quais se encontram aqueles relativos às circunstâncias da perda: mortes repentinas e violentas, consideradas prematuras, exposição à mídia, mortes estigmatizadas, falta de rituais, entre outras. (Franco, 2005). Essas situações foram vistas em alguns discursos, em especial a intensa exposição à mídia, que resultou em um fator de exposição contínua que afetou negativamente a recuperação dos profissionais. Como profissionais locais, os participantes desse estudo parecem ter sido expostos sistematicamente a notícias e comentários sobre o evento, além de terem permanecido na comunidade em que aconteceu o evento traumático. Kang *et al.* (2015) salienta que os profissionais locais são mais suscetíveis de desenvolver estresse pós-traumático que os profissionais externos alocados por demanda, pois apesar do trauma e perdas que sofrem também de forma direta, precisaram manter o foco de ajudar os pacientes.

Em relação aos impactos imediatos sofridos pelos profissionais, eles relataram emoções de perplexidade, tristeza, medo e apatia. Essas reações são relatadas como típicas pela literatura, fazendo parte de um sistema de autopreservação que auxilia em situações de perigo (Silva et al, 2013). Os participantes mencionaram também a dificuldade de entender o que estava acontecendo e a dimensão do evento. Segundo Gaborit (2006) a reação de atordoamento ou dissociação é uma reação típica no contexto imediato ao trauma. Nesse estado, indivíduos costumam entrar em estado de choque, perdendo o sentido de orientação de tempo e até de sua identidade. Segundo o autor, esse estado pode explicar certas dificuldades cognitivas comuns no contexto traumático, como a dificuldade em lembrar aspectos importantes do evento.

Dois dos participantes desse estudo relataram que tiveram uma apatia inicial logo após o evento. Hipotetiza-se que essa reação emocional seja uma estratégia de regulação emocional utilizada pelos profissionais de saúde, em função da necessidade de agir de forma racional e fria para conseguir apoiar às vítimas. Segundo Gaborit (2006) a evitação de emoções protege o indivíduo da ativação psicofisiológica associada ao trauma. Em um estudo com enfermeiras que atendem pacientes com queimaduras, Kornhaber e Wilson (2011) encontraram que as enfermeiras

consideraram-se endurecidas emocionalmente, pragmáticas e separadas do trauma dos pacientes, como estratégias para lidar com o contexto que vivenciam cotidianamente.

Outro comportamento muito mencionado pelos participantes do estudo foi o engajamento imediato, e muitas vezes impulsivo, em ações de suporte às vítimas. Essa reação pode estar relacionada com o processo de excitabilidade fisiológica que impulsiona o organismo para atuar em situações de grande impacto emocional, o que pode ser adaptativo (Gaborit, 2006). Pode estar relacionado também com a expectativa que os profissionais de saúde têm a respeito de si mesmos sobre os seus deveres em prestar assistência irrestrita a pacientes e vítimas. Em estudo anterior, o foco orientado a tarefas entre enfermeiros foi a estratégia encontrada pelos sujeitos para enfrentar emocionalmente e fisicamente o contexto de trabalho desafiador nos quais estavam imersos (Kornhaber & Wilson, 2011).

Alguns participantes do estudo relataram sintomas de revivência do evento traumático através de pensamentos intrusivos, pesadelos e flashbacks. Pensamentos intrusivos são ideias persistentes que invadem a mente de forma inesperada e inadequada e que não tem controle. (APA, 2014). Em relação a pesadelos, estes podem ser indiretos, sobre questões de perigo, ou direitos, sobre a própria experiência traumática (Gaborit, 2006). Há também os flashbacks, nos quais o indivíduo revive o trauma como se este estivesse acontecendo de novo. Segundo um dos participantes, os flashbacks que ele costumava ter eram acompanhados pelo sentimento de horror. Outras reações observadas nos relatos foram evitação e hipervigilância, que representam dois dos oito critérios para diagnóstico de TEPT (APA, 2014). A primeira apareceu em relatos como desvios de rota para não passar pela frente da boate e evitação de conversas sobre a tragédia. A hipervigilância foi vista nos comentários sobre excessivas verificações sobre extintores de incêndio e as saídas de emergência em locais fechados. Percebeu-se que esses sintomas foram relatados com intenso sofrimento emocional e comprometimento no funcionamento social e ocupacional.

Alguns profissionais mencionaram que não contaram com apoio social de familiares, colegas e amigos. Outros reconheceram o apoio social da instituição na qual faziam parte, e outros comentaram que contaram com o apoio de grupos de vítimas. Como forma de enfrentamento, o suporte social se mostrou como um dos recursos utilizados pelos profissionais deste estudo para lidar com os impactos do evento. Segundo Franco (2005), a existência de sistemas de apoio dentro e fora da comunidade envolvida, que promove apoio psicológico especificamente dirigido a estas necessidades, pode contribuir para a recuperação destas pessoas. No entanto, pode-se inferir, pelo discurso dos participantes, que eles não se mostraram totalmente satisfeitos com o suporte social recebido, pois relataram pelo menos uma fonte na qual não receberam o apoio que consideravam

devido em uma situação como esta, seja essa fonte o trabalho, a família, amigos ou colegas de trabalho ou outras. Considerando que os participantes dessa pesquisa apresentaram um grau relevante de sintomatologia pós-traumática, esse resultado é consonante com a relação indireta vista na literatura entre suporte social e sintomatologia de estresse pós-traumático (Berwin *et al.*, 2000). Essa relação é vista, em especial, no discurso de um dos profissionais que apresenta provável diagnóstico de TEPT, no qual ele relata que não recebeu nenhum tipo de apoio social.

Os profissionais relataram que, como forma de lidar com o impacto emocional que sofreram, buscaram se distrair com outras coisas, não pensar, negar ou conter sentimentos relacionados ao evento. Para lidar com essa sensação de desconforto que o trauma provoca, o indivíduo pode suprimir a manifestação de algumas emoções ou ajustar as emoções para se adaptar ao novo contexto (Gross, 2001). De acordo com o modelo de regulação da emoção de Gross (1998), a supressão das emoções faz parte da categoria de estratégias relacionadas à resposta emocional, que são estratégias usadas com o objetivo de modificar a resposta emocional frente uma situação.

Outro recurso de enfrentamento presente nos discursos dos participantes foi a espiritualidade/religiosidade, que exerceu um papel importante amenizando o sofrimento dos profissionais. Resultado semelhante foi observado no estudo de Torlai (2010) com vítimas das inundações na cidade de Blumenau, SC, no qual o uso da crença e do comportamento religioso foram estratégias positivas vinculadas ao bem estar emocional. Segundo a autora, a espiritualidade/religiosidade facilitou a resolução de problemas, diminuindo as consequências emocionais negativas associadas à calamidade.

Em relação aos significados que os participantes atribuíram ao evento, percebeu-se que alguns significados foram de natureza negativa e outros de caráter positivo. Torlai (2010) encontrou que quando as pessoas começaram a dar um significado positivo ao evento traumático que sofreram, os sintomas progressivamente reduziram. No presente estudo, de forma consoante, infere-se que os participantes atribuíram significados positivos, ressaltando os aprendizados obtidos e a mudança de postura perante a vida, para acomodar lembranças tão dolorosas e sofridas dessa tragédia. No entanto, percebeu-se a presença de alguns significados muito negativos, como a percepção desse evento como uma cicatriz nas vidas das pessoas envolvidas e na comunidade e o julgamento de ausência de aprendizados de qualquer ordem, considerando-os insignificantes perto da magnitude da tragédia.

A ressignificação do evento traumático, que é o processo de atribuir um novo significado ao acontecimento com vistas a diminuir o afeto negativo que a experiência traumática gerou, parece ser uma etapa crucial para a redução de sintomas de estresse pós-traumático (Torlai, 2010). Nesse

sentido, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), que abrange estratégias cognitivas e comportamentais, como psicoeducação, reavaliação cognitiva e exposição in vivo ou imaginativa, com eficácia comprovada para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Mello *et al.*, 2014), pode ser uma estratégia válida para alteração de cognições e comportamentos disfuncionais relacionados ao evento traumático.

CONCLUSÃO

A investigação do contexto, impactos e significados que os profissionais deram à sua experiência na tragédia de Santa Maria contribuiu para a compreensão das consequências psicológicas do trabalho com pessoas expostas a traumas. Atualmente, tem havido poucas pesquisas qualitativas que abordem os impactos para a saúde mental de profissionais de saúde que atuam em contextos de tragédias comunitárias. Entretanto, trata-se de uma população que deve ser cuidadosamente observada e estudada, pois além de serem profissionais cruciais na sociedade, muitos destes sujeitos passam por situações e momentos potencialmente traumáticos dia após dia. Essas descobertas podem estimular a implementação de ações que eduquem sobre estresse pós-traumático e fomentem estratégias de enfrentamento e regulação emocional em profissionais de saúde e emergência. Tais intervenções têm o potencial de melhorar os desfechos para os profissionais de saúde, podendo ter implicações para a saúde pública em comunidades afetadas por tragédias e catástrofes.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). American Psychiatric Association Washington, DC
- Benedek, D.M., Fullerton, C. & Ursano, R.J. (2007). First Responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annual Review Public Health*, 28, 55–68.
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037>
- Breslau, N., Peterson, E.L. & Schultz, L.R. (2008). A second look at prior trauma and the Posttraumatic Stress Disorder effects of subsequent trauma: a prospective epidemiological

study. *Archives of General Psychiatry*, 65(4), 431-437.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.65.4.431>

Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, J. (2016). Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: a systematic review. *BioMed Central Psychology*, 4(18).
<http://dx.doi.org/10.1186/s40359-016-0120-9>

Mendes, D.D., Mello, M.F., Ventura, P., Passarela, C.M., Mari, J.J. (2008). A Systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38 (3), 241-259.

Falk, M.L.R., Gonçalves, A.V.F., Santos, D.S., Oliveira, F.J.A.Q., Fagundes, L. B., Ramos, M.Z., Sikilero, R. H.A.S. (2014). Depoimentos de profissionais de saúde sobre sua vivência em situação de tragédia: sob o olhar da Política Nacional de Humanização (PNH). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(1), 1119-1124. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0394>

Franco, M.H. (2005). Atendimento psicológico para emergências em aviação: a teoria revista na prática. *Estudos de Psicologia*, 10(2), 177-180. Id: 435565

Gaborit, M.(2006). Desastres y Trauma Psicológico. *Pensamiento Psicológico*, julio-diciembre, vol. 2, número 007, pp. 15-39

Gomes, E. R. B. & Cavalcante, A. C. S. (2012). Desastres naturais: perdas e reações psicológicas de vítimas de enchente em Teresina PI. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 720-728. Id: 660721

Gray, D. E. (2012). *Pesquisa no Mundo Real* (2ª Ed). Porto Alegre: Penso

Kang, P., Lv, Y., Hao, L., Tang, B., Liu, Z., Liu, X., Liu, Y. & Zhang, L. (2015). Psychological consequences and quality of life among medical rescuers who responded to the 2010 Yushu earthquake: a neglected problem. *Psychiatry Research*, 230, 517-523.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.047>

Kornhaber, R.A. & Wilson, A. (2011). Building Resilience in Burns Nurses: A Descriptive Phenomenological Inquiry. *Journal of Burn Care & Research* 482

- Luszczynska, A. & Cieslak, R. (2005). Protective, promotive, and buffering effects of perceived social support in managerial stress: the moderating role of personality. *Anxiety Stress Coping*, 18(3), 227–244. <http://dx.doi.org/10.1080/10615800500125587>
- Mello, P.G., Silva, G.R., Donat, J.C. & Kristensen, C.H. (2014). An Update on the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy, Cognitive Therapy, and Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, V. 46, 339-357, <https://doi.org/10.2190/PM.46.4.b>
- Minayo, M. C. D. S. (2010). *O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. (12a ed.). São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Oginska-Bulik, N. (2015). Social support and negative and positive outcomes of experienced traumatic events in a group of male emergency service workers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics (JOSE)*, 21(2), 119–127. <http://dx.doi.org/10.1080/10803548.2015.1028232>
- Organização Pan-Americana De Saúde (2017). Organização Mundial da Saúde. Disponível em <http://www.paho.org/disasters/index.php?lang=en>. Acesso em 16 out 2017
- Silva, T. L. G., Mello, P. G., Silveira, K. A. L., Wolffenbüttel, L., Lobo, B. O., Meneguelo, B., Moram, C. H., Grassi-Oliveira, R. e Kristensen, C. H. (2013). Primeiros socorros psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 15(1)
- Silva, E.M.A (2017). Os Riscos Profissionais Associados às Situações de Catástrofe Humanitária. *Universidade Fernando Pessoa Porto*
- Sifaki-Pistolla, D, Chatzea, V.E., Vlachaki, S.A., Melidoniotis, E., Pistolla, G (2017). Who is going to rescue the rescuers? Post-traumatic stress disorder among rescue workers operating in Greece during the European refugee crisis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52:45–54, DOI 10.1007/s00127-016-1302-8
- Torlai, V. (2010). *A vivência do luto em situação de desastres naturais* (Dissertação de Mestrado). Recuperado em: http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/22/TDE-2010-12-01T11:13:34Z-10308/Publico/Viviane%20Cristina%20Torlai.pdf

Wikipédia, A Enciclopédia Livre. (2017). Incêndio na Boate Kiss. Flórida: Wikimedia Foundation.

Disponível

em:

<https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Inc%C3%AAndio_na_boate_Kiss&oldid=5015820

. Acesso em: 16 out. 2017

Wisnivesky, J. P., Teitelbaum, S. L., Todd, A. C., Boffetta, P., Crane, M., Crowley, L., ... Landrigan, P. J. (2011). Persistence of multiple illnesses in World Trade Center rescue and recovery workers: a cohort study. *The Lancet*, 378(9794), 888-897.[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61180-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61180-X)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação de mestrado teve como objetivo investigar, através de dois estudos empíricos, os impactos na saúde mental do incêndio da boate Kiss em profissionais de saúde e emergência que deram suporte às vítimas. O estudo 1, de natureza quantitativa, investigou essas consequências por meio de um delineamento transversal correlacional, visando analisar a associação entre sintomas de estresse pós-traumático e dois recursos de enfrentamento, que são o suporte social e as estratégias cognitivas de regulação emocional. O estudo 2, de natureza qualitativa, buscou compreender a experiência dos profissionais, avaliando os impactos psicológicos, recursos de enfrentamento e significados atribuídos ao evento.

Os resultados de ambos os estudos demonstraram que, em geral, os profissionais de saúde e emergência foram resilientes à tragédia, pois quatro anos e meio após o evento, os participantes desse estudo mostraram-se funcionais e capazes de desempenhar as suas atividades profissionais. A prevalência de TEPT encontrada no estudo 1 mostrou-se muito abaixo do esperado, hipotetizando-se que 1) a maioria dos profissionais de fato conseguiram se recuperar dos impactos psicológicos da tragédia no curso de cinco anos; 2) pode ter havido um viés de amostragem no qual apenas os profissionais mais saudáveis concordaram em participar do estudo, ou ainda 3) os profissionais de saúde podem ter atenuado a intensidade de seus sintomas por acreditarem que não é esperado que demonstrem vulnerabilidades, considerando o seu papel social. No entanto, o estudo 1 mostrou um alto índice de pessoas que declarou não ter recebido apoio social e uma associação significativamente negativa entre sintomas de estresse pós-traumático e suporte social, corroborando com achados da literatura. Além disso, o estudo encontrou também associação significativamente positiva entre sintomas de estresse pós-traumático e as estratégias cognitivas desadaptativas de regulação emocional. Esses resultados apontam para a importância de aprimorar o treinamento e preparação dos profissionais de saúde para o contexto de tragédias de grande proporção como a ocorrida em Santa Maria.

Apesar da baixa prevalência de TEPT encontrada no estudo 1, notou-se que alguns profissionais ainda apresentam sintomas significativos de estresse pós-traumático, fato observado em especial no estudo 2, quando os pesquisadores tiveram contato com os discursos dos profissionais de saúde. Estes foram permeados de sofrimento e emotividade, observados também em aspectos não verbais como choro, evitação em abordar alguns assuntos, interrupções e sinais de nervosismo. Uma das hipóteses para o baixo índice de profissionais com diagnóstico de TEPT pôde ser melhor observada nesse estudo, a hipótese relacionada com a autoexigência que os profissionais de saúde tem de que

eles precisam demonstrar força, imparcialidade e frieza para o exercício das suas profissões. Notou-se que algumas emoções prescritas pela sociedade ou pelas instituições, como demonstração de calma, paciência e neutralidade, podem ter prejudicado a expressão mais autêntica de emoções como medo, tristeza, desamparo e culpa, emoções que apareceram em algumas entrevistas. Hipotetiza-se que a metodologia online do estudo 1 talvez não tenha dado conta de refletir essas manifestações de sofrimento psicológico. Nesse sentido, recomenda-se fortemente que próximos estudos consigam abarcar diferentes metodologias de análise.

Atualmente, tem havido poucas pesquisas no Brasil que abordem os impactos para a saúde mental de profissionais de saúde que atuam em contextos de tragédias comunitárias. Trata-se de uma população que deve ser cuidadosamente investigada, pois além de serem profissionais cruciais na sociedade, muitos destes sujeitos passam por situações e momentos potencialmente traumáticos dia após dia. Essas descobertas podem estimular a implementação de estratégias que promovam comportamentos resilientes e que tenham implicações para a saúde pública em comunidades afetadas por tragédias e catástrofes.

ANEXOS

ANEXO A- FICHA DE DADOS PESSOAIS E SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

PARTE 1: DADOS GERAIS

1 - Nome completo do Participante:		2 - Sexo: () M () F	
3 - Data de Nascimento:		4 - Idade:	
5 - Cidade de Nascimento:		6 -Cidade residência atual:	
7 - Profissão:			
8 – Tempo (em anos) de profissão:			
9 - Uso de Medicação (sim ou não):Qual(is):			
10 - Uso de Medicação no passado (sim ou não):Qual(is):			
11 - Uso de bebidas alcoólicas - CAGE:			
11.1 - Você consome bebidas alcoólicas? a. () Sim b. () Não			
11.2 - Você já precisou reduzir a quantidade de álcool ou parar de beber? a. () Sim b. () Não			
11.3 - Você já ficou incomodado ou irritado com outras pessoas porque criticaram o seu jeito de beber? a. () Sim b. () Não			
11.4 - Você já se sentiu culpado pela maneira em que você consome bebidas alcoólicas? a. () Sim b. () Não			
11.5 - Você já teve que consumir bebidas alcoólicas para reduzir o nervosismo ou efeitos de uma ressaca? a. () Sim b. () Não			
11.6 - O uso de álcool iniciou-se ou intensificou-se após o seu envolvimento com o Incêndio na Boate Kiss? a. () Sim b. () Não			
12–Escolaridade máxima concluída		13 - Estado Civil:	
() 1	Ensino Fundamental	() 1	Solteiro(a)
() 2	Ensino Médio	() 2	Casado(a)
() 3	Ensino Técnico	() 3	Separado(a)
() 4	Ensino Superior	() 4	Divorciado(a)
() 5	Pós-Graduação	() 5	Viúvo(a)
		() 6	União Estável
		() 7	Outro: _____

14 - Situação Ocupacional:		15 - Com quem vive:		16 - Renda Individual (valor bruto mensal, em reais):
<input type="checkbox"/> 1	Emprego carteira assinada	<input type="checkbox"/> 1	Sozinho	17 - Renda Familiar (valor bruto mensal, em reais):
<input type="checkbox"/> 2	Profissional Liberal	<input type="checkbox"/> 2	Com os pais	
<input type="checkbox"/> 4	Autônomo	<input type="checkbox"/> 3	Com o cônjuge	
<input type="checkbox"/> 5	Sem atividade remunerada	<input type="checkbox"/> 4	Com os filhos	18 - Residência:
<input type="checkbox"/> 6	Estudante	<input type="checkbox"/> 5	Com familiares	(1) Própria
<input type="checkbox"/> 7	Outro: _____	<input type="checkbox"/> 6	Numa instituição	(2) Alugada
Tempo de Trabalho (em anos):		<input type="checkbox"/> 7	Outro: _____	(3) Outro: _____

19 - Pratica alguma religião? () SIM () NÃO Qual? _____

PARTE 2: SOBRE O INCÊNDIO NA BOATE KISS

Orientações: por favor, responda as questões abaixo com base **na sua experiência** no atendimento de vítimas, familiares, sobreviventes ou profissionais envolvidos no Incêndio na Boate Kiss.

20 - Em que cidade e local ocorreram os atendimentos?

- Santa Maria
 Porto Alegre
 Outras cidades

21 – Local(is) de atuação:

- Hospital
 Ginásio
 Clínica/consultório
 Unidades de Pronto Atendimento
 Outro: _____

22 – No atendimento prestado, você atuou como:

- Profissional com carteira assinada
 Profissional liberal
 Voluntário
 Estudante
 Outro

23 – Qual a área de atuação no atendimento prestado:

- Medicina
 Psicologia
 Fisioterapia
 Enfermagem
 Assistência Social
 Outra: _____

24 - Tipo de Atendimento prestado:

- Acolhimento/escuta psicossocial

25– Formato de atendimento

- Atuou inserido em grupos/equipes de trabalho (fixas ou temporárias)

26 - Vínculo ocupacional:

- Ministério da Saúde ou órgãos federais

- Primeiros Socorros Atuou isoladamente Secretaria Estadual da Saúde ou órgãos estaduais
 Aplicação de medicação, curativos e/ou drenagens Secretaria Municipal de Saúde ou órgãos municipais
 Avaliação de resultado de exames Rede Privada
 Consulta clínica Voluntário
 Procedimento cirúrgico
 Psicoterapia
 Fisioterapia
 Palestras/treinamento
 Fornecimento de informações práticas
 Outro: _____

27 - Aproximadamente, quantas pessoas você atendeu? _____

28 - O seu atendimento foi?

- Nas primeiras 48h após o incidente
 Após as primeiras 48h

29- Você vivenciou as situações abaixo?

- Esteve em risco de perder a vida durante o evento ()
 Vínculo afetivo com a tragédia (pessoas próximas frequentavam o local, morreram ou foram sobreviventes da tragédia) ()
 Atendimento de pessoas da própria família ou muito próximas ()
 Desaparecimento ou morte de membro da própria família ()
 Contato com cadáveres/pessoas mortas ()
 Contato com órgãos ou membros do corpo humano de pessoas mortas ()
 Liderança do trabalho de resgate/apoio de saúde ()
 Morte ou desaparecimento de colegas de trabalho ()
 Dificuldades de comunicação (contato com filhos, marido, amigos) ()
 Falta de tempo suficiente para repouso ()

APÓS A TRAGÉDIA,

30- Você se afastou do serviço?

- SIM NÃO Por que? _____

31 - Você recebeu algum apoio social(suporte emocional, material, assistência na resolução de problemas, obtenção de informações e conselhos uteis?)

SIM NÃO

32 – Se sim, de quem?

<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Membro da Igreja	<input type="checkbox"/> Empresa	<input type="checkbox"/> Associações/ grupos de apoio para vítimas
<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Namorado (a)	<input type="checkbox"/> Parente	<input type="checkbox"/> Governo e/ou instituições privadas
<input type="checkbox"/> Irmão	<input type="checkbox"/> Marido/Esposa/Parceiro	<input type="checkbox"/> Vizinho	<input type="checkbox"/> Outro: _____

33 - Acha que ajudou?

SIM NÃO

34 – Você fez tratamento psicológico e/ou médico em função do envolvimento na tragédia?

SIM NÃO

Qual (is)?_____

35–Antes desse evento, você já havia atendido vítimas de outras tragédias comunitárias de grande proporção?

SIM NÃO Qual?_____

ANEXO B—SELF-REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ)

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você, responda NÃO.

OBS:Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

1 - Tem dores de cabeça freqüentes?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
2 - Tem falta de apetite?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
3 - Dorme mal?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
4 - Assusta-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
5 - Tem tremores de mão?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
6 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
7 - Tem má digestão?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
8 - Tem dificuldade para pensar com clareza?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
9 - Tem se sentido triste ultimamente?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
10 - Tem chorado mais do que de costume?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
11 - Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
12 - Tem dificuldades para tomar decisões?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
13 - Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
14 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
15 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
16 - Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
17 - Tem tido ideias de acabar com a vida?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
18 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
19 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]
20 - Cansa-se com facilidade?	<input type="checkbox"/> SIM [1] <input type="checkbox"/> NÃO [0]

ANEXO C - INVENTÁRIO DE COGNIÇÕES PÓS-TRAUMÁTICAS (PTCI)

NOME: _____ DATA: ____/____/____

Nós estamos interessados no tipo de pensamento que você pode ter tido após uma experiência traumática. Abaixo listamos diversas afirmações que podem, ou não, ser representativas do seu pensamento. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e nos diga o quanto você CONCORDA ou DISCORDA com cada uma das afirmações. Pessoas reagem a eventos traumáticos de formas diferentes. Não existem respostas corretas ou erradas a estas afirmações.

1. Discordo totalmente	5. Concordo levemente
2. Discordo muito	6. Concordo muito
3. Discordo levemente	7. Concordo totalmente
4. Nem concordo, nem discordo	

1. O evento aconteceu por causa da forma como eu agi. ()
2. Eu não posso confiar que farei a coisa certa. ()
3. Eu sou uma pessoa frágil.
4. Eu não serei capaz de controlar minha raiva e farei algo terrível. ()
5. Eu não consigo lidar nem mesmo com pequenos aborrecimentos. ()
6. Eu costumava ser uma pessoa feliz, mas agora estou sempre infeliz. ()
7. As pessoas não são confiáveis. ()
8. Eu tenho que estar alerta o tempo inteiro. ()
9. Eu me sinto morto por dentro. ()
10. Você nunca sabe quem vai lhe prejudicar. ()
11. Eu tenho que ser especialmente cuidadoso, pois nunca se sabe o que pode vir a acontecer. ()
12. Eu sou inadequado. ()
13. Eu não serei capaz de controlar minhas próprias emoções e algo terrível irá acontecer. ()
14. Se eu pensar sobre o evento, não serei capaz de lidar com ele. ()
15. O evento aconteceu comigo por causa do tipo de pessoa que eu sou. ()
16. Minhas reações, desde o evento, significam que estou ficando louco. ()
17. Eu nunca serei capaz de sentir emoções normais novamente. ()
18. O mundo é um lugar perigoso. ()
19. Outra pessoa teria evitado que o evento acontecesse. ()
20. Eu mudei permanentemente para pior. ()
21. Eu me sinto como um objeto, e não como uma pessoa. ()
22. Outra pessoa não teria se envolvido nessa situação. ()
23. Eu não posso contar com outras pessoas. ()
24. Eu me sinto isolado e distante das outras pessoas. ()
25. Eu não tenho futuro. ()
26. Eu não posso evitar que coisas ruins aconteçam comigo. ()
27. As pessoas não são o que parecem. ()
28. Minha vida foi destruída pelo trauma. ()
29. Tem alguma coisa errada comigo enquanto pessoa. ()
30. Minhas reações desde o evento demonstram que eu sou péssimo em enfrentar algumas situações. ()
31. Há algo em mim que fez com que o evento ocorresse. ()
32. Eu não serei capaz de tolerar meus pensamentos sobre o evento e vou desmoronar. ()
33. Eu sinto como se não me conhecesse mais. ()
34. Você nunca sabe quando algo terrível vai acontecer. ()
35. Eu não posso contar comigo mesmo. ()
36. Nada de bom pode acontecer comigo novamente. ()

ANEXO D-LEC-5

A lista a seguir apresenta uma série de eventos difíceis ou traumatizantes que podem acontecer com as pessoas. Para cada evento marque uma ou mais opções para indicar se: (a) o evento aconteceu diretamente com você; (1) você presenciou o evento acontecer com outra pessoa; (2) você ficou sabendo que o evento aconteceu com um membro próximo da sua família ou um amigo próximo; (3) você foi exposto ao evento como parte do seu trabalho (por exemplo, paramédico, policial, militar ou outro tipo de socorrista); (4) você não tem certeza se o evento se encaixa nas opções anteriores; ou (5) não se aplica a você.

Certifique-se de considerar a sua vida inteira (desde a infância até a idade adulta) ao responder a lista de eventos.

<i>Evento</i>	<i>Aconteceu comigo</i>	<i>Presenciei</i>	<i>Fiquei sabendo</i>	<i>Parte do meu trabalho</i>	<i>Não tenho certeza</i>	<i>Não se aplica</i>
1. Desastre natural (por exemplo, enchente, deslizamento de terra, desabamento).	0	1	2	3	4	5
2. Incêndio ou explosão.	0	1	2	3	4	5
3. Acidente com meio de transporte (por exemplo, acidente de carro, barco, trem, avião).	0	1	2	3	4	5
4. Acidente grave no trabalho, em casa ou durante uma atividade de lazer.	0	1	2	3	4	5
5. Exposição à substância tóxica (por exemplo, produtos químicos perigosos, radiação).	0	1	2	3	4	5
6. Agressão física (por exemplo, ser atacado fisicamente, apanhar, levar tapas, ser chutado, ser espancado).	0	1	2	3	4	5
7. Agressão com arma (por exemplo, levar um tiro, ser esfaqueado, ser ameaçado com faca, arma de fogo ou bomba).	0	1	2	3	4	5
8. Agressão sexual (estupro, tentativa de estupro, ser obrigado a fazer qualquer tipo de ato sexual à força ou sob ameaça de agressão).	0	1	2	3	4	5
9. Outras experiências sexuais indesejadas ou não consentidas.	0	1	2	3	4	5
10. Combate ou exposição a uma área de guerra ou de conflitos urbanos violentos (como militar ou como civil).	0	1	2	3	4	5
11. Ser mantido em cativeiro (por exemplo, ser raptado, sequestrado, ser mantido como refém ou prisioneiro de guerra).	0	1	2	3	4	5
12. Doença, ferimento ou lesão com risco de morte.	0	1	2	3	4	5
13. Experiência de sofrimento físico grave ou intenso.	0	1	2	3	4	5
14. Morte violenta inesperada (por exemplo, homicídio, suicídio).	0	1	2	3	4	5
15. Morte acidental inesperada.	0	1	2	3	4	5
16. Lesão grave, ferimento ou morte que você causou a alguém.	0	1	2	3	4	5
17. Qualquer outro evento ou experiência muito traumatizante.	0	1	2	3	4	5

POR FAVOR, RESPONDA A PARTE 2 NA PROXIMA PÁGINA

PARTE 2:

A. Se você marcou a questão 17 da PARTE 1, cite brevemente o evento em que você estava pensando:

B. Se você vivenciou mais de um dentre os eventos listados na PARTE 1, pense sobre aquele que você considera o pior evento, ou seja, o evento que mais lhe incomoda atualmente. Se você vivenciou apenas um dos eventos descritos na PARTE 1, considere-o como sendo o pior evento. Por favor, responda às perguntas a seguir pensando no pior evento que você já vivenciou (marque todas as opções que se aplicam):

1. Descreva resumidamente o pior evento (por exemplo, o que aconteceu, quem estava envolvido, etc)

_____ 2. Há quanto tempo o evento aconteceu? _____ (Por favor, calcule o tempo aproximado se você não tiver certeza)

3. Como você vivenciou o evento?

a) *Aconteceu diretamente comigo*

b) *Eu presenciei o evento*

c) *Eu fiquei sabendo que este evento aconteceu com um membro próximo da minha família ou um amigo próximo*

d) *Eu fui repetidamente exposto a detalhes do evento como parte do meu trabalho (por exemplo, paramédico, policial, militar ou outro tipo de socorrista)*

e) *Outro, por favor, descreva:* _____

4. A vida de alguém estava em perigo?

a) *Sim, a minha vida*

b) *Sim, a vida de outra pessoa*

c) *Não*

5. Alguém ficou gravemente ferido ou morreu?

a) *Sim, eu fiquei gravemente ferido*

b) *Sim, outra pessoa ficou gravemente ferida ou morreu*

c) *Não*

6. O evento envolveu violência sexual? a) *Sim* b) *Não*

7. Se o evento envolveu a morte de um membro próximo da sua família ou amigo próximo, foi devido a algum tipo de acidente ou violência, ou foi devido a causas naturais?

a) *Acidente ou violência*

b) *Causas naturais*

c) *Não se aplica (o evento não envolveu a morte de um membro próximo da minha família ou amigo próximo)*

8. Quantas vezes você vivenciou um evento semelhante tão traumatizante ou quase tão traumatizante quanto o pior evento descrito?

a) *Apenas uma vez*

b) *Mais de uma vez (por favor, calcule aproximadamente o total de vezes que você teve essa experiência: ____ vezes)*

ANEXO E – PCL-5:

A seguir é apresentada uma lista de dificuldades que as pessoas podem enfrentar após vivenciar uma experiência muito traumatizante. Mantendo o seu pior evento em mente, por favor, leia cuidadosamente cada uma das dificuldades e então

circule um dos números à direita para indicar o quanto você tem se sentido incomodado por essa dificuldade no último mês.

<i>No último mês, quanto você se sentiu incomodado por:</i>	<i>Absolutamente nada</i>	<i>Um pouco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muito</i>	<i>Extremamente</i>
1. Lembranças repetidas, perturbadoras e involuntárias da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
2. Sonhos repetidos e perturbadores referentes à experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
3. De repente, se sentir ou agir como se a experiência traumatizante estivesse realmente acontecendo de novo (como se você estivesse lá de volta revivendo a situação).	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito perturbado quando algo lhe faz lembrar da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
5. Apresentar reações físicas intensas quando algo lhe faz lembrar da experiência traumatizante (por exemplo, coração bater forte, dificuldades para respirar, suor excessivo).	0	1	2	3	4
6. Evitar lembranças, pensamentos ou sentimentos relacionados à experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
7. Evitar algo ou alguém que lembre você da experiência traumatizante (por exemplo, pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações).	0	1	2	3	4
8. Dificuldades de se lembrar de partes importantes da experiência traumatizante.	0	1	2	3	4
9. Ter fortes crenças negativas sobre si mesmo, sobre outras pessoas ou sobre o mundo (por exemplo, ter pensamentos como: eu sou ruim, há algo muito errado comigo, não se pode confiar em ninguém, o mundo é um lugar muito perigoso).	0	1	2	3	4
10. Culpar a si mesmo ou a outra pessoa pela experiência traumatizante ou pelo que aconteceu depois de tal experiência.	0	1	2	3	4
11. Ter fortes sentimentos negativos, tais como medo, horror, raiva, culpa ou vergonha	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse em atividades que você costumava gostar.	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou isolado das outras pessoas.	0	1	2	3	4
14. Dificuldades para experimentar sentimentos positivos (por exemplo, ser incapaz de sentir felicidade ou de ter sentimentos afetuosos pelas pessoas próximas a você).	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritável, explosões de raiva, ou agir de forma agressiva.	0	1	2	3	4
16. Arriscar-se muito ou fazer coisas que podem causar algum mal a você.	0	1	2	3	4
17. Estar "superalerta" ou hipervigilante.	0	1	2	3	4
18. Sentir-se sobressaltado ou assustar-se facilmente.	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldades para se concentrar.	0	1	2	3	4
20. Dificuldades para "pegar no sono" ou para permanecer dormindo.	0	1	2	3	4

ANEXO F – ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (ESSS)

A seguir você vai encontrar várias afirmações, indique a que melhor qualifica a sua forma de pensar, conforme a escala abaixo. Por exemplo, na primeira afirmação, se você acredita fortemente que por vezes se sente só no mundo e sem

apoio, deverá assinalar na coluna “concordo totalmente”, mas se acha que nunca pensa isso deverá marcar na coluna de “discordo totalmente”.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio					
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria					
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria					
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer					
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer					
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas					
7-Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam					
8-Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)					
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família					
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família					
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família					
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho					
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos					
14-Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos					
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho					

ANEXO G - CERQ

© Garnefski, Kraaij&Spinhoven, 2001

Como você lida com os eventos?

Você vivenciou (evento específico). Mais pessoas passaram por situações semelhantes, porém cada pessoa lida com elas da sua própria maneira. Nas questões seguintes, pedimos que você pense na situação que você viveu (evento específico). Por favor, leia as frases abaixo e indique com que frequência você tem os seguintes pensamentos, circulando a opção que mais se encaixa com você.

	(quase) nunca	Às vezes	regular- mente	Com frequên- cia	(quase) sempre
1. Eu sinto que sou o culpado pelo que aconteceu	1	2	3	4	5
2. Eu penso que tenho que aceitar que isso aconteceu	1	2	3	4	5
3. Eu frequentemente penso em como me sinto em relação ao que aconteceu	1	2	3	4	5
4. Eu penso em coisas que são mais agradáveis do que aquilo que aconteceu	1	2	3	4	5
5. Eu penso nas melhores coisas que eu consigo	1	2	3	4	5
6. Eu penso que eu posso aprender algo com o que aconteceu	1	2	3	4	5
7. Eu penso que tudo poderia ter sido muito pior	1	2	3	4	5
8. Eu frequentemente penso que o que eu vivi é muito pior do que o que os outros	1	2	3	4	5
Viveram					
9. Eu sinto que os outros são os culpados pelo que aconteceu	1	2	3	4	5
10. Eu sinto que eu sou o responsável pelo que aconteceu	1	2	3	4	5
11. Eu penso que eu tenho que aceitar o que aconteceu	1	2	3	4	5
12. Eu me preocupo com o que eu penso e sinto sobre o que aconteceu	1	2	3	4	5
13. Eu penso em coisas agradáveis que não tem nada a ver com o que aconteceu	1	2	3	4	5
14. Eu penso em qual a melhor forma para lidar com o que aconteceu	1	2	3	4	5
15. Eu penso que eu posso me tornar uma pessoa mais forte como resultado do que aconteceu	1	2	3	4	5
16. Eu penso que outras pessoas passam por experiências muito piores	1	2	3	4	5
17. Eu fico pensando o quão horrível é o que aconteceu	1	2	3	4	5
18. Eu penso que os outros são responsáveis pelo que aconteceu	1	2	3	4	5
19. Eu penso sobre os erros que cometi no que aconteceu	1	2	3	4	5

20. Eu penso que eu não posso mudar nada do que aconteceu	1	2	3	4	5
21. Eu quero entender porque me sinto da maneira que me sinto sobre o que aconteceu	1	2	3	4	5
22. Eu penso em algo agradável ao invés de pensar no que aconteceu	1	2	3	4	5
23. Eu penso em como mudar a situação atual	1	2	3	4	5
24. Eu penso que o que aconteceu também tem seu lado positivo	1	2	3	4	5
25. Eu penso que o que aconteceu não foi tão ruim quando comparado a outras coisas	1	2	3	4	5
26. Eu, frequentemente, penso que o que eu vivi é o pior que pode acontecer	1	2	3	4	5
27. Eu penso sobre os erros que os outros cometeram no que aconteceu	1	2	3	4	5
28. Eu penso que há algo em mim que causou o que aconteceu	1	2	3	4	5
29. Eu penso que eu devo aprender a viver com isso	1	2	3	4	5
30. Eu fico remoendo os sentimentos que a situação causou em mim	1	2	3	4	5
31. Eu penso em experiências prazerosas	1	2	3	4	5
32. Eu penso em um plano para aquilo que eu posso fazer melhor	1	2	3	4	5
33. Eu procuro o lado positivo da situação	1	2	3	4	5
34. Eu digo a mim mesmo que existem coisas piores na vida	1	2	3	4	5
35. Eu, continuamente, penso o quão horrível foi a situação	1	2	3	4	5
36. Eu penso que há algo nos outros que causou a situação	1	2	3	4	5

ANEXO H - Roteiro Tópico de Entrevista

Temas	Perguntas
Rotina de Trabalho	Comente sobre a sua rotina de trabalho (investigar demandas emocionais geradas pela ocupação e pela organização e fatores geradores de estresse).
Contexto do Evento e Impactos no momento do Evento	<p>Quando o Incêndio na Boate Kiss aconteceu, onde e com quem você estava? Como você soube? Ao receber a notícia, como você reagiu (investigar reações fisiológicas, comportamentais, emocionais, cognitivas e relacionais)?</p> <p>Como estava o seu momento profissional?</p> <p>Qual foi o seu papel e as suas responsabilidades no apoio às vítimas da tragédia?</p> <p>Em relação a sua rotina de trabalho, houve alteração na carga horária em decorrência do apoio a esse evento?</p>
Impactos imediatos (nas primeiras duas semanas)	<p>O que você sentiu nas semanas subsequentes?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) A nível fisiológico (dores, alterações no sono, fadiga etc) b) A nível comportamental (ansiedade, mudanças de comportamentos, desorientação, isolamento, uso de substâncias etc) c) A nível emocional (reações emocionais, sentimentos mais frequentes) d) A nível cognitivo (perturbações na concentração, memória, tomada de decisão, pensamentos) e) A nível relacional (mudança/diminuição do contato com outros)? <p>Como você lidou com essas alterações/mudanças?</p> <p>Quais foram as pessoas de sua rede de apoio que você contou nesse momento e como elas te apoiaram?</p>
Efeitos no longo prazo (duas semanas em diante)	<p>Como você estava se sentindo após o período de duas semanas do evento (investigar aspectos fisiológicos, comportamentais, emocionais e cognitivos)?</p> <p>Quais foram as principais fontes de estresse na sua vida pessoal e profissional? Quais foram as suas estratégias para lidar com o estresse?</p> <p>Quais foram as pessoas de sua rede de apoio que você contou nesse momento e como elas te apoiaram?</p>
Significados dados à experiência	<p>O que esse evento significou na sua vida?</p> <p>Como você avalia as consequências na sua vida? Que balanço faria entre as consequências positivas e negativas na sua vida?</p>

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “TEPT, suporte social e regulação emocional em profissionais que atuaram no incêndio da Boate Kiss”, coordenada pelo pesquisador Professor Dr. Christian HaagKristensen do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e conduzida pela mestranda Luciana Dantas Figueiredo Barbosa. Esta pesquisa tem como objetivo investigar como profissionais de saúde e emergência envolvidos na assistência às vítimas do incêndio na Boate Kiss foram afetados pelo TEPT após essa tragédia, investigando a associação entre TEPT, suporte social e estratégias de regulação emocional nessa população.

Caso você decida participar desta pesquisa, lhe será pedido que responda online algumas perguntas e alguns instrumentos sobre eventos estressores, suporte social e estratégias de regulação emocional. O tempo para responder todos os instrumentos é de aproximadamente uma hora e trinta minutos. Se por algum motivo você tiver despesas decorrentes da sua participação neste estudo com transporte e/ou alimentação, você será reembolsado adequadamente pelos pesquisadores.

A participação nesse estudo é voluntária, e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo, inclusive você tem o direito de pedir uma indenização por qualquer dano que resulte da sua participação no estudo. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. As informações desta pesquisa serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo.

Pode ser desconfortável responder a perguntas referentes a um momento de vida difícil, porém ao participar, você estará contribuindo para compreendermos melhor o que acontece com algumas pessoas que passam por eventos traumáticos e de que forma podemos melhor ajuda-las. Ademais, caso o participante apresente sintomatologia de TEPT, poderemos fornecer informações e orientações, como indicar um tratamento adequado, inclusive o oferecido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse da PUCRS. É importante esclarecer que, caso você decida não participar, ainda assim pode obter informações sobre o TEPT junto ao NEPTE.

Quaisquer dúvidas relativas a esta pesquisa poderão ser esclarecidas pelos pesquisadores responsáveis, Christian Haag Kristensen e Luciana Dantas Figueiredo Barbosa, pelo telefone do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse, (51) 3353-4898, pelo telefone celular da Mestranda, (51) 98270-6000, ou pela entidade responsável, Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP-PUCRS) em (51) 33203345, Av. Ipiranga, 6681/prédio 50 sala 703, CEP: 90619-900, Bairro Partenon, Porto Alegre – RS, e-mail: cep@pucrs.br, de segunda a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30 às 17h. O Comitê de Ética é um órgão independente constituído de profissionais das diferentes áreas do conhecimento e membros da comunidade. Sua responsabilidade é garantir a proteção dos direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes por meio da revisão e da aprovação do estudo, entre outras ações. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa você terá direito à assistência gratuita que será prestada no NEPTE e/ou pelo Comitê de Ética.

Se você concordar em participar deste estudo, deve preencher o seu nome abaixo e clicar em “Consinto em participar do estudo”, como forma de assinatura eletrônica. Ao fazê-lo, você não abre mão de nenhum direito legal que teria de outra forma. Não consinta a menos que tenha tido a oportunidade de fazer perguntas e tenha recebido respostas satisfatórias para todas as suas dúvidas. Você receberá por e-mail uma via desse termo para seus registros e outra via será impressa e arquivada pelo responsável pelo estudo.

Atenciosamente,

Luciana Dantas Figueiredo Barbosa
Matrícula: 16190556
CRP: 07/24899

Local e data

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen
Matrícula: 10082330
CRP: 07/06493

Consinto em participar deste estudo

Eu, (nome completo do participante), após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar.