



Primeiros Socorros Psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria

Thiago Loreto Garcia da Silva *

Patricia Gaspar Mello **

Karine Aline Laini Silveira***

Laura Wolffenbüttel ****

Beatriz de Oliveira Meneguelo Lobo *****

Carla Hervê Moram Bicca*****

Rodrigo Grassi-Oliveira*****

Christian Haag Kristensen*****

* Graduando de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trauma e Estresse.

** Psicóloga, doutoranda em Cognição Humana pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trauma e Estresse.

*** Graduanda de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trauma e Estresse.

**** Graduanda de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trauma e Estresse.

***** Psicóloga, mestranda em Cognição Humana pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trauma e Estresse.

***** Médica psiquiatra, mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trauma e Estresse.

***** Médico psiquiatra, doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, coordenador do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trauma e Estresse.

***** Psicólogo, doutor em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trauma e Estresse.

Departamento e instituição: Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - Porto Alegre - RS.

Resumo

No Brasil, a psicologia das emergências e desastres é concebida como uma área de estudo e intervenção em fenômenos que envolvem situações de catástrofe. Nesse contexto, as intervenções em crise objetivam aumentar o percentual de sujeitos que se recuperam da tragédia e acelerar esse processo de reconstrução. Os Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) são protocolos de intervenção que visam padronizar o atendimento às vítimas com base em evidências sobre reações agudas ao estresse. No presente artigo, é relatada a experiência de aplicação do referido protocolo em vítimas do incêndio da boate Kiss em Santa Maria. Ressalta-se que a intervenção possibilitou o acolhimento emocional dos sujeitos de forma empática e não invasiva, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (*coping*) adaptativas de forma conjunta e a busca de apoio social. Aponta-se para a necessidade de aprimoramento técnico e profissional para futuras intervenções em crise no contexto brasileiro.

Palavras chave: intervenção em crise, prevenção pós-desastre, primeiros socorros psicológicos.

Abstract

In Brazil, the Psychology of Emergencies and Disasters is conceived as a field of study and performance in phenomena involving disaster. In this context, crisis interventions aimed at increasing the percentage of subjects who recover from this tragedy and accelerate the reconstruction process. Psychological First Aid (PFA) intervention protocols are aiming to standardize the care victims based on evidence of acute reactions to stress. This article aims to report the experience of implementing this protocol in victims of the Kiss nightclub fire in Santa Maria. It is noteworthy that the intervention enabled the host of emotional subjects empathetically and noninvasive, developing coping strategies (*coping*) adaptive jointly and search for social support. It points to the need for technical improvement and professional crisis for future interventions in the Brazilian context.

Palavras chave: crisis intervention, post disaster intervention, psychological first aid

Introdução

A atuação do psicólogo nas situações de emergências e desastres vem sendo delineada a partir de intervenções que facilitem a reabilitação e a reconstrução de comunidades e indivíduos atingidos por qualquer condição que os exponha a ameaças à vida ou a perdas traumáticas¹. Assim, visa-se a redução de respostas disfuncionais e a diminuição do sofrimento nos sujeitos afetados durante e/ou após o evento².

No Brasil, a psicologia das emergências e desastres é concebida como uma área de estudo e intervenção em fenômenos que envolvem situações de catástrofe (natural ou provocada pelo homem) que resultem em grande número de mortos ou feridos e cujas consequências tendam a produzir sequelas nos indivíduos afetados que possam se prolongar por toda a vida^{3,4}. Ressalta-se a escassez de estudos científicos que explorem as intervenções no contexto brasileiro⁵.

Epidemiologia dos desastres

Os desastres podem ser definidos como situações ou eventos que superam a capacidade de assistência local, requerendo, por isso, apoio nacional ou internacional. Trata-se de acontecimentos imprevistos e frequentemente repentinos, que causam grandes danos, destruição e sofrimento humano⁶. Os desastres classificados como humanos são aqueles que acontecem devido a ações ou omissões humanas, relacionando-se com o próprio homem, como agente e autor. Há, ainda, uma subcategoria, dentro da classe dos desastres humanos, correspondente aos chamados “desastres tecnológicos”. Eles decorrem do uso de artefatos criados pelo homem, tais como meios de transporte, produtos perigosos, explosões, entre outros⁷.

Neste ano, foi contabilizado o maior prejuízo econômico já registrado no mundo devido a desastres: US\$ 366,1 bilhões. Em total, 101 países foram atingidos. O Brasil ocupou a 7ª posição no ranking de número de desastres naturais registrados e a 9ª, no ranking de vítimas de desastres, atingindo o número de 3,7 milhões de mortos⁶.

Reações ao trauma

Estudos sugerem que cerca de 90% da população vai passar por ao menos um evento estressor potencialmente traumático ao longo da vida. Os principais eventos estressores traumáticos descritos na literatura se referem a violência interpessoal (assaltos, sequestros, agressão física, acidentes de trânsito e abuso sexual) e catástrofes naturais (enchentes, terremotos, erupções vulcânicas, epidemias, ataques de animais, avalanches e tornados).

Durante a exposição a esse tipo de situação, é natural que o indivíduo apresente reações interpretadas como negativas. Tais respostas fazem parte de um sistema de autopreservação que auxilia

o indivíduo quando em situação de perigo. Especialmente nas primeiras 48 horas, o sujeito tende a apresentar diversos sintomas, que podem ser de ordem física, emocional, cognitiva e/ou interpessoal. Os principais sintomas físicos observados se referem a problemas de insônia, fadiga, tensão muscular, alterações no desejo sexual, reações de sobressalto, taquicardia, náuseas e perda de apetite. O surgimento de tais sintomas representa uma tentativa do organismo de manter-se preparado para um novo evento traumático. As reações emocionais comuns após a exposição a um evento traumático consistem em medo, raiva, ressentimento, choque, luto, culpa, vergonha, desesperança, desamparo e entorpecimento. Essas emoções adaptam o sujeito à nova realidade e demonstram uma avaliação do ocorrido e suas consequências. As reações cognitivas apresentadas são: confusão, desorientação, dificuldade na concentração e tomada de decisão, deficits de memória, etc. Por fim, as reações interpessoais desenvolvidas na tentativa de acomodar os pensamentos sobre o trauma e lidar com as emoções costumam levar as vítimas ao isolamento e à reclusão ou, mesmo, à necessidade extrema de controle⁹.

Mesmo apresentando as reações esperadas, cerca de 30% das vítimas não se recuperam após a manifestação dessa sintomatologia, nem sequer muitos meses após o ocorrido. Essas vítimas correm o risco de desenvolvimento de transtornos mentais, tais como transtornos relacionados a substâncias, transtornos de humor e transtornos de ansiedade. Dentre os transtornos de ansiedade, o transtorno de estresse agudo (TEA) e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) parecem ser os mais associados à exposição a eventos estressores, afetando cerca de 6,8% das vítimas^{10,11,12}.

Das vítimas envolvidas em desastres e tragédias que já desenvolveram TEPT, sabe-se que entre 30 e 40% eram vítimas diretas do evento, enquanto de 10 a 20% faziam parte de equipes de resgate e de 5 a 10% faziam parte da população geral¹³. Há, ainda, um grupo de pessoas que não exibem sintomas iniciais intensos, mas, tardiamente, desenvolvem TEPT^{14,15}.

Embora um percentual importante das vítimas de desastres e tragédias não se recuperem após um evento estressor e necessitem de acompanhamento especializado, o percentual que se recupera e retorna à rotina com o passar do tempo é ainda maior. A estimativa é a de que as reações agudas ao estresse (emocionais, físicas, interpessoais ou cognitivas) sejam transitórias e decresçam em 42% das vítimas já no primeiro mês e em mais 23% até o final do primeiro ano posterior ao evento¹⁶. O objetivo de intervenções em crise é o de aumentar o percentual de sujeitos que se recuperam da tragédia e acelerar o referido processo de recuperação.

Primeiros Socorros Psicológicos

A literatura apresenta uma lacuna quanto à eficácia de intervenções precoces, ou seja, aquelas realizadas durante o primeiro mês após a exposição traumática, que atuem na prevenção de reações pós-traumáticas desadaptativas¹⁷. As intervenções conduzidas no período inicial devem ser breves, focadas no presente e devem ter o objetivo de reduzir ou prevenir dificuldades psicológicas a longo prazo¹⁸.

Dentre as intervenções primárias, a literatura apresenta intervenções realizadas imediatamente após o trauma, a curto e a longo prazo.

O *debriefing* psicológico é uma intervenção conduzida nos primeiros dias após a exposição traumática, focada na expressão de sentimentos e relato da situação traumática e na psicoeducação sobre as reações esperadas^{1y}. Apesar de serem amplamente utilizadas, as intervenções baseadas em *debriefing* psicológico não apresentam sustentação empírica para a redução de sofrimento ou prevenção de reações pós-traumáticas desadaptativas, podendo, segundo alguns estudos, prejudicar o processo de recuperação esperado após a exposição a traumas e apresentar efeitos prejudiciais a longo prazo^{2p}. Outras intervenções de cunho exclusivamente psicoeducativo e informativo, ou mesmo o recurso de escrever sobre a situação traumática, foram investigados, mas não apresentam evidências quanto à eficácia²¹.

Os Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) são protocolos de intervenção propostos pelo *National Center for PTSD* com o objetivo de padronizar o atendimento às vítimas com base em evidências sobre reações agudas ao estresse. Tais intervenções podem ser iniciadas imediatamente após a ocorrência de desastres, direcionadas a crianças, adultos ou famílias afetadas direta ou indiretamente²². Os PSP objetivam reduzir o estresse inicial causado pelos eventos potencialmente traumáticos e engajar os sujeitos em estratégias de enfrentamento funcionais de curto e longo prazo. Além disso, é importante ressaltar que os PSP podem ser aplicados por qualquer profissional na área da saúde mental, mas especialmente por psicólogos e psiquiatras.

Não se espera que todas as vítimas desenvolvam transtornos mentais, porém se sabe que os sujeitos afetados irão vivenciar diferentes reações agudas que podem causar estresse o suficiente que justifique a necessidade de apoio. Assim, tais intervenções devem ser consideradas como de suporte e aconselhamento e não como um tratamento psicoterápico. Não se deve visar um processamento emocional como em uma terapia de exposição, mas responder às necessidades agudas daqueles que querem compartilhar de suas experiências e respeitar a opção dos que preferem não discutir o fato ocorrido¹⁹.

Os PSP são divididos conceitualmente em nove etapas: (1) preparação: desenvolvimento de estratégias adequadas de acordo com a população afetada, manejando os focos de intervenção de acordo com os sujeitos de maior risco; (2) primeiros contatos: procedimentos nos quais o profissional se apresenta às vítimas de maneira não intrusiva, além de atender a suas necessidades básicas e imediatas (necessidades fisiológicas, abrigo e proteção, etc.); (3) segurança e conforto: promoção de rede de apoio social, auxílio nas questões de luto, promoção de informações necessárias acerca do ocorrido (evitando a exposição a informações traumáticas), acompanhamento no reconhecimento de corpos. Visa prover o máximo de estabilidade e segurança física e emocional; (4) estabilização: esta etapa torna-se necessária apenas para vítimas que estejam emocionalmente sobrecarregadas ou no limite. Nesses casos, deve-se orientar os sujeitos para o acompanhamento e supervisão profissional contínuo, podendo se fazer necessário o uso de medicações; (5) busca de informações: após garantidas as etapas anteriores, deve-se, com cuidado,

buscar informações que possam ser úteis para o manejo futuro dos sujeitos acompanhados, como histórico de traumas anteriores, ideação suicida, saúde física, sentimentos como culpa, raiva, ou vergonha, preocupações sobre circunstâncias pós-desastre; (6) assistência prática: esta etapa reforça o papel do profissional na execução dos planos de ação para o atendimento de necessidades imediatas dos sobreviventes (busca por serviços de saúde, assistência com documentações necessárias); (7) contato com apoio social: compreende a busca por ajudas que possam dar continuidade ao acompanhamento das vítimas (familiares, serviços sociais, instituições de saúde ou espirituais, centros comunitários); (8) estratégias de manejo: promoção de informações básicas sobre reações ao estresse, reações psicológicas comuns ao trauma e perdas, informações sobre formas de enfrentamento (emoções negativas, problemas com sono, questões relacionadas ao álcool). Nesta etapa, podem se ensinar técnicas simples de relaxamento; (9) contato com serviços de colaboração: após o primeiro acolhimento, os profissionais a serviço das vítimas devem manter contato contínuo com serviços de referência para um seguimento nas relações de auxílio²².

Incêndio na boate Kiss em Santa Maria

Santa Maria é uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul com cerca de 261.031 habitantes. A cidade é conhecida regionalmente pelo número de universitários que lá residem por estudarem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Na madrugada do dia 27 de janeiro, em uma festa direcionada à população universitária na boate Kiss, ocorreu um incêndio onde 241 pessoas morreram e mais de 100 ficaram feridas. Em alguns dos casos, as vítimas sobreviveram ao momento da tragédia, mas foram a óbito dias depois, nos hospitais nos que estavam internadas devido à inalação de gás tóxico. Algumas vítimas ficaram internadas nos hospitais de Santa Maria, e alguns casos graves foram levados para hospitais de Porto Alegre.

Em decorrência das grandes proporções, considerando o elevado número de mortos e feridos, a tragédia teve imediata e grande repercussão midiática no âmbito nacional e internacional. Em virtude, também, da limitação de recursos do município para lidar com uma situação de tal dimensão, os órgãos responsáveis passaram a solicitar profissionais da saúde voluntários – como médicos, enfermeiros e psicólogos – para ajudarem a atender as vítimas e os familiares.

Relato de experiência

Na manhã seguinte à madrugada em que o evento ocorreu, as notícias percorriam a mídia nacional e internacional. A partir de tal repercussão, os membros do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) se mobilizaram para ir a Santa Maria. O NEPTE é um centro de pesquisa e atendimento a vítimas de eventos estressores

potencialmente traumáticos que visa investigar fatores sociais, psicológicos e neurobiológicos predisponentes e preponderantes a reações pós-traumáticas desadaptativas, bem como o desenvolvimento de estratégias terapêuticas eficazes para o tratamento dos sujeitos.

A equipe chegou à cidade ainda no final da tarde do dia 27 de janeiro. Nesse dia, as operações se concentraram em pavilhões de um centro desportivo em que estavam ocorrendo o reconhecimento dos corpos, o acompanhamento dos familiares e o encaminhamento para funerais que ocorreriam em diferentes locais da cidade, alguns no próprio pavilhão. Estimamos que, ao todo, naquele dia, mais de duas mil pessoas estiveram nos pavilhões. Já havia profissionais da saúde voluntários, funcionários da segurança pública (bombeiros, policiais, etc.) e agentes da mídia trabalhando no local. Quando chegamos, havia muita correria, filas, concentrações de pessoas e muitos familiares buscando informação.

Estabelecer um procedimento no meio de um acontecimento com essas características pode ser extremamente difícil, pois diferentes instâncias atuam em várias frentes durante a operação. As forças civis e o Corpo de Bombeiros instalaram postos de cadastramento de voluntários e esclarecimento de dúvidas; profissionais da saúde voluntários instalaram um ambulatório de emergência; e muitos voluntários se prontificaram a prestar auxílio às famílias. Idealmente, o contato dos agentes voluntários deve ser monitorado e estruturado por profissionais, já que esse primeiro acolhimento pode ser decisivo para o bem-estar dos sujeitos nas horas seguintes. Tais voluntários devem estar capacitados para reconhecerem fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT, reações psicóticas causadas pelo estresse, reações dissociativas, bem como para o manejo de sujeitos com reações emocionais intensas. Nossa equipe buscou, nesse primeiro momento, inserir-se na operação junto à Secretaria Municipal de Saúde de modo a estruturar nossa ação junto a outros profissionais e voluntários.

Por mais bem equipado que um município esteja, dificilmente estará preparado para uma situação desse porte. A busca por instâncias de auxílio prático (como agências funerárias externas ao município para fornecimento de material) foi necessária nesse primeiro dia. Além disso, devido ao grande número de instâncias agindo na operação (Polícia Civil, secretarias municipais, Conselho de Psicologia, Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, etc.), uma reunião emergencial foi realizada de forma a direcionar as ações para os próximos dias.

A partir dessa primeira reunião geral, foi realizada uma divisão de equipes e designados seus respectivos representantes. Cada equipe ficou responsável por cobrir diferentes locais estratégicos da cidade (hospitais, centros de referência, unidades de saúde, funerais). Ficou estabelecido que seriam realizadas reuniões diárias entre todos os coordenadores de equipe junto à Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de monitorar as ações de cada grupo e planejar passos seguintes.

Além disso, ainda na primeira noite, nossa equipe buscou suporte da imprensa para difundir informações necessárias. Em casos de desastres desse porte, o esclarecimento da população de forma abrangente sobre as reações comuns ao estresse e como manejá-las é um meio importante para que as

vítimas possam empreender ações a tempo de prevenir algumas consequências, como reações pós-traumáticas desadaptativas. Uma vez que a imprensa é um meio efetivo para atingir o maior número de sujeitos possível, programas de TV, rádios locais, jornais e sites foram acionados. Nesses meios de comunicação, foram explicados para a população geral sintomas normais de reação ao estresse e formas de manejo para os primeiros dias, sempre informando onde buscar ajuda em casos intensos ou de persistência das reações.

Nesse primeiro dia, cerca de 300 voluntários cadastrados já estavam atuando e continuariam a intervir nos dias seguintes. Mesmo considerando que esses voluntários tivessem formação em diferentes áreas da saúde, grande parte poderia não estar habituada à intervenção em crise. As intervenções para as situações de desastre desse porte são bastante específicas, e, por vezes, as graduações generalistas não as contemplam. O NEPTE, por ser um núcleo especializado em abordagens a situações traumáticas, prontificou-se a oferecer capacitações aos demais voluntários.

A partir do segundo dia, a própria equipe do NEPTE se dividiu em uma subequipe de capacitação e uma subequipe de atendimento. A capacitação ocorreu em um espaço cedido por uma clínica de psicoterapia particular de Santa Maria nos dias 28 e 29 de janeiro nos turnos da manhã e da tarde. Um total de 172 voluntários foram capacitados para realizarem os primeiros socorros psicológicos. A capacitação foi ministrada por um dos coordenadores do NEPTE (CHK) e teve como base dados epidemiológicos acerca de desastres e informações sobre reações comuns ao estresse, fatores de risco, protocolos de intervenção pós-desastre, intervenções para Transtorno do Estresse Agudo, avaliação e tratamento de TEPT. A subequipe de atendimento cobriu três Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), um hospital do centro da cidade e um posto de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), conforme designado pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde (Força Nacional do SUS). A equipe realizou as atividades do dia 28/01 ao dia 05/02. Nos últimos dias, ações foram empreendidas para que se estruturasse uma rede na cidade de forma a dar continuidade ao trabalho.

Durante os plantões, foram realizados atendimentos individuais, com duração variável (entre 15 e 30 minutos), de acordo com a necessidade de cada sujeito. Nesses atendimentos eram realizados acolhimento e avaliação dos fatores que poderiam tornar necessário um encaminhamento imediato (por exemplo: risco de suicídio, abuso de substâncias, sintomas psicóticos). Além disso, eram oferecidas brevemente orientações para um enfrentamento saudável da situação, como manutenção da rotina, busca por apoio emocional de confiança, busca por suporte comunitário e profissional se necessário. Tais orientações eram também fornecidas em material impresso, organizado previamente pela equipe, baseado no Guia de PSP (PFA, 2006). Por fim, para todos os atendidos, eram passados contatos de locais de referência da rede municipal de saúde, caso os sujeitos atendidos sentissem necessidade de um acompanhamento contínuo no futuro.

Os plantões realizados pela equipe visavam ao acompanhamento e intervenções preliminares no maior número de sujeitos possíveis: vítimas, familiares e profissionais envolvidos, como enfermeiros,

médicos, socorristas, condutores de ambulância e demais funcionários das unidades de saúde. No caso dos profissionais, o fato de estarem constantemente expostos a situações traumáticas, muitas vezes sem o devido suporte psicológico, o que os torna um grupo de risco para o desenvolvimento de TEPT e Burnout²³, justifica o atendimento. Por isso, durante os plantões, a equipe atendeu o maior número de profissionais possível (inclusive os que não tinham tido relação direta com o evento), pois, mesmo que muitos não estivessem expressando nenhuma sintomatologia naquele momento, poder-se-iam prevenir possíveis prejuízos futuros¹⁴.

Apesar de as intervenções seguirem um protocolo padrão, cada local apresentou peculiaridades e demandas próprias. Os profissionais das UPAs se mostraram mais mobilizados pelo fato de, durante a madrugada do evento, terem tido de assumir atividades que não são usuais em suas rotinas, com um alto nível de pressão e estresse (por exemplo, a contenção emocional de um elevado número de familiares ao mesmo tempo). Além disso, mesmo que enfermeiros e médicos estejam habituados a intervir em situações de ferimento humano extremo, a proporção de sujeitos que procuraram simultaneamente o pronto atendimento causou, em alguns profissionais, a sensação de impotência e de estarem em um contexto de “guerra”.

Nas UPAs, nos dias de plantão, a equipe também recebeu vítimas e familiares que buscavam algum auxílio médico. Esses sujeitos apresentavam diferentes reações de acordo com suas experiências individuais em relação ao evento. Mesmo familiares de sobreviventes, ou moradores da cidade que não tinham presenciado o evento, mas que tinham perdido conhecidos, mostravam reações de luto. Esse clima permeava toda a cidade, sendo compreendido como uma reação esperada para esse tipo de contexto. Algumas pessoas apresentaram reações mais intensas, como flashbacks (ouvir barulhos de sirene e ter a sensação de que algo de ruim estava acontecendo novamente), sentimentos fortes de culpa (por ter saído de casa naquela noite, por não ter podido ajudar outras vítimas tanto quanto teria gostado) e humor deprimido (vontade de não sair mais de casa ou de noite). Nesses casos, foi recomendado que se buscasse acompanhamento contínuo, frisando o caráter preventivo de se procurar tratamento precoce.

O atendimento à equipe de socorristas do SAMU teve um enfoque similar ao do atendimento aos profissionais das UPAs. Notou-se em nosso contato com tais profissionais que, frente às demandas, muitos se submetem voluntariamente a uma carga horária intensa (alguns estavam de plantão havia mais de 40 horas). Tal alteração do ciclo circadiano é um fator que contribui para o desenvolvimento de reações pós-traumáticas nesses profissionais²⁴. Portanto, frisou-se a necessidade de esses profissionais cuidadores atentarem para o cuidado de si mesmos e buscarem suprir suas necessidades básicas. Além disso, os profissionais relataram como um fator que contribuía para o estresse a pressão social que envolve o trabalho do socorrista. Muitos nos relataram que se sentiam pressionados ao verem pessoas próximas e a mídia colocando-os numa posição de heróis e exigindo que demonstrassem resistência. Isso torna difícil a expressão do sofrimento que implica, para a maioria das pessoas, presenciar situações nas que se entra em contato com cenas impactantes.

Por fim, o atendimento a familiares no hospital exigiu um manejo diferente dos realizados nos outros locais. Tal atendimento ocorreu nos corredores e salas de espera do hospital, enquanto os familiares aguardavam por informações sobre o paciente internado ou pelo horário de visita. Considerando que poucos foram expostos diretamente a cenas traumáticas e que muitos deles estavam em um momento de apreensão por aguardarem respostas sobre o estado do paciente internado, a aproximação da equipe teve um caráter mais voltado para o acolhimento de seu estado emocional naquele momento. Assim, nesse caso, houve uma maior preocupação da equipe em não ser invasiva, já que, dentro dos grupos de familiares, seus membros prestavam apoio uns aos outros. Consideramos esse suporte intrafamiliar, se bem realizado, muito mais efetivo do que o suporte prestado por um profissional que pouca intimidade tem com os sujeitos da família. Portanto, ao abordarmos os grupos de familiares, reforçávamos a importância do apoio mútuo, colocando-nos à disposição para informações sobre trauma e luto e fornecendo-as quando solicitados. Intervenções mais focadas eram realizadas apenas quando se notava um familiar expressando reações intensas de ansiedade ou desamparo.

Nos dias finais de atuação, buscou-se estruturar redes que pudessem dar continuidade ao atendimento realizado. Serviços públicos de saúde e profissionais residentes na cidade foram acionados. Mesmo a equipe do NEPTE tendo encerrado sua atuação direta na cidade, capacitações continuaram a ser oferecidas junto à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Além disso, o serviço continuou a receber as vítimas e familiares no ambulatório do NEPTE situado na PUCRS. Acreditamos que, mesmo com a realização de atendimentos emergenciais e preventivos como os PSP, ações contínuas são de extrema importância, pois é ao longo do tempo que os efeitos desse tipo de evento podem ser restaurados, devendo os profissionais estarem preparados para lançar mão de estratégias que potencializem tal processo.

Considerações finais

A atuação dos profissionais da saúde mental em situações de catástrofes é uma prática que vem sendo estruturada em nosso país faz muito pouco tempo. As intervenções devem ser minuciosamente planejadas considerando o impacto que esse tipo de evento pode ter nos sujeitos que o vivenciam. A literatura internacional aponta que existem intervenções que não são efetivas, ou que podem ser até mesmo prejudiciais, como o *debriefing* psicológico; entretanto, os Primeiros Socorros Psicológicos parecem ser uma alternativa segura de intervenção preventiva nessas situações.

Até onde sabemos, nosso relato é o primeiro a expor a aplicação dos PSP no contexto brasileiro. Em nossa experiência, tal intervenção possibilita o acolhimento emocional do sujeito de forma empática e não invasiva, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (*coping*) adaptativas de forma conjunta e a busca por apoio social. O esclarecimento de informações e o material informativo se destacam como uma ferramenta necessária para a conscientização de que reações intensas nesse contexto são normais e para a orientação quanto a como buscar ajuda nos casos em que a recuperação se mostrar difícil.

Ressalta-se, ainda, a necessidade de que estudos controlados e longitudinais possam testar o impacto dessas intervenções no contexto brasileiro. Com o desenvolvimento desses estudos, tornar-se-á possível o estabelecimento de rotinas e protocolos nacionais a serem aplicados em tais casos. Mesmo em eventos desse porte, profissionais técnicos e de saúde precisam estar prontamente capacitados para que, frente ao imprevisível, seja possível reduzir o impacto negativo acarretado por eles.

Referências

1. Valero SA. Emergência e psicologia desastre em uma nova especialidade. Estudo da psicanálise e psicologia. 2007. Disponível em: <http://psicopsi.com/pt/emergencia-e-psicologia-desastre-em-uma-nova-especialidade>. Acessado jun 2012.
2. Vieira NO, Vieira CMS. Transtorno de estresse pós-traumático: uma neurose de guerra em tempo de paz. São Paulo: Vetor, 2005.
3. Melo CA, Santos FA. As contribuições da psicologia nas emergências e desastres. *Psicólogo informação*. 2011;15:169-181.
4. CFP - Conselho Federal de Psicologia. Emergências e Desastres: as contribuições da psicologia. *Jornal do Federal*. 2009; 95:9.
5. Alvez RB, Lacerda MAC, Legal EJ. A atuação do psicólogo diante dos desastres naturais: uma revisão. *Psicologia em Estudo*. 2012; 17(2): 307-315.
6. Guha-Sapir D, Vos F, Below R, Ponserre S. Annual Disaster Statistical Review 2011: The Numbers and Trends. Brussels: CRED; 2012.
7. Castro, ALC. Glossário de defesa civil - estudos de riscos e medicina de desastres. 2nd ed. Brasília: Ministério do Planejamento e Orçamento/Secretaria especial de Políticas Regionais / Departamento de Defesa Civil; 1998.
8. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LRP, Davis GC, Andreski P. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:626-632.
9. Friedman MJ. Posttraumatic Stress Disorder Among Military Returnees From Afghanistan and Iraq. *Am J Psychiatry*. 2006;163:586-593.
10. Kessler RC, Sonuga A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:1048-1060.
11. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617-627.
12. Breslau N, Peterson EL, Schultz L. A Second Look at Prior Trauma and the Posttraumatic Stress Disorder Effects of Subsequent Trauma: A Prospective Epidemiological Study . *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(4):431-437.

13. Galea S, Vlahov D, Tracy M, Hoover DR, Resnick H, Kilpatrick D. Hispanic ethnicity and post-traumatic stress disorder after a disaster: evidence from a general population survey after September 11, 2001. *Annals of Epidemiology*. 2004; 14, 520-531.
14. Litz BT, Maguen S. Early Intervention for Trauma. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, editors. *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: Guilford Press; 2007. p. 306-329.
15. Yehuda R, LeDoux J. Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*. 2007;56:19–32
16. Norris FH, Foster JD, Weisshaar DL. The epidemiology of sex differences in PTSD across developmental, societal, and research contexts. In: R. Kimerling, P. Ouimette, & J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD*. New York: Guilford Press; 2001. p. 3-42.
17. Kearns MC, Ressler KJ, Zatzick D, Rothbaum BO. Early interventions for PTSD: A review. *Depress. Anxiety*. 2012;29: 833–842.
18. La Greca AM, Silverman WK. Treatment and prevention of posttraumatic stress reactions in children and adolescents exposed to disasters and terrorism: What is the evidence? *Child Development Perspectives*. 2009;3: 4-10.
19. Litz BT, Gray MJ, Bryant RA, Adler AB. Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002;9: 112-134.
20. van Emmerik AAP, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PMG. Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet*. 2002; 360:766-771.
21. Bugg A, Turpin G, Mason S, Scholes C. A randomised controlled trial of the effectiveness of writing as a self-help intervention for traumatic injury patients at risk of developing post-traumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2009;47:6-12.
22. National Child Traumatic Stress Network, National Center for PTSD. *Psychological First Aid. Field Operations Guide 2nd Edition*. Disponível em: <http://www.nctsn.org/content/psychological-first-aid>. Acessado em março 2013.
23. Mitani S, Fujita M, Nakata K, Shirakawa T. Impact of post-traumatic stress disorder and job-related stress on burnout: A study of fire service workers. *Journal of Emergency Medicine*. 2006;31(1):7-11.
24. Yehuda, R., Golier, J. A. & Kaufman, S. Circadian rhythm of salivary cortisol in Holocaust survivors with and without PTSD. *Am. J. Psychiatry*. 2005; 162:998-1000.

Autor responsável para correspondência:

Thiago Loreto Garcia da Silva

E-mail: thiagoloreto@hotmail.com

Telefone: (51) 82404457/(51)33347137

Endereço: Av. Ipiranga, 6681 - Partenon - Porto Alegre/RS - CEP: 90619-900 - Prédio 11, 9º Andar, Sala 915.