



SEM PASSADO, NÃO HÁ FUTURO!

O incidente crítico: antes – durante – depois

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade*”. Deste modo, será importante refletirmos e partilharmos as lições aprendidas com os incidentes críticos que decorreram há um ano atrás, a 15 de outubro de 2017, considerando o impacto dos mesmos na saúde mental, no bem-estar físico, na qualidade de vida e no desempenho das funções dos trabalhadores humanitários que estiveram na primeira linha dos apoios prestados.

Introduzindo este documento com a definição da OMS, pretende-se evidenciar que a saúde tem muito mais que ver com equilíbrio, harmonia, integridade e integração, seja fisiologicamente, seja ao nível da relação com os outros ou, ainda, no ajustamento com o mundo do trabalho (Gouveia. 2017).

Por definição, *o trauma começa precisamente pelo viver de uma experiência de ameaça de vida ou ferimento grave* (vivida pelo próprio, testemunhada ou por conhecimento de que algum familiar ou amigo próximo esteve em risco de vida) (Lopes. 2018). Há ainda a considerar a exposição direta, repetida ou extrema aos detalhes aversivos dos eventos traumáticos – e, aqui, falamos sobretudo dos operacionais envolvidos em situações de socorro, resgate, salvamento ou apoio psicossocial. No entanto, é preciso não esquecer que, muitas vezes, a reação psicológica das pessoas imediatamente após um evento disruptivo de vida pode ser considerada como “*normal*”, num contexto de circunstâncias “*anormais*”.

A psicologia explica que o trauma é associativo, “*pegajoso*” (Brito. 2018). Para compreender mais facilmente um evento potencialmente traumático, o nosso cérebro vai buscar os acontecimentos e/ou estímulos que se constituem como pontos de ligação à nova situação, reativando sensações, emoções, atitudes, sentimentos ou sofrimentos antigos. Este processo não decorre *porque queremos*; é involuntário, mas doloroso!

O nosso cérebro inicia este comportamento automaticamente, porque continua em círculos, à procura de um sentido para o que aconteceu – é esta narrativa que pode traumatizar (Brito. 2018).

Dáí que, quando existe um evento disruptivo de vida, deparamo-nos com muitas vítimas, algumas delas invisíveis (Lopes. 2018): por um lado, temos as populações afetadas

(que perderam património ou pessoas); por outro, temos aqueles que, para além da perda ou da experiência de luto, estiveram diretamente envolvidas no evento potencialmente traumático (como quem esteve no combate ao fogo ou no auxílio às vítimas).

Os técnicos expostos ao stress emocional das situações potencialmente traumáticas a que dão resposta podem entrar em estado de crise, devido às funções que desempenham. Reitera-se a intervenção psicossocial, enquanto fator preventivo, quando ajuda as pessoas a lidarem melhor com as suas vivências, dado que potencia a capacidade de reação e orienta os recursos internos que possuem, permitindo, assim, que comecem a reorganizar as suas vidas num espaço de tempo, (que se espera) mais curto do que se não tivessem recebido apoio. Negligenciar reações emocionais pode resultar em *sobreviventes passivos em vez de ativos* e, como resultado, obtém-se um processo de recuperação mais lento, tanto em relação ao indivíduo, como à comunidade (Gouveia. 2017).

O cansaço, as horas prolongadas de exposição traumática e os estímulos que permanecem – cheiros, sons, imagens, emoções – têm impacto, também, nos operacionais que estão no combate às chamadas. *O trauma constrói-se de memórias que ficam marcadas no corpo e na mente* (Lopes. 2018).

Quando acontece um evento potencialmente traumático, como os incêndios de há um ano atrás, falamos em vários níveis de pessoas afetadas: os que estavam lá; os que estavam longe e não conseguiram contactar os familiares no local; os que, por acaso, não estavam lá (porque foram de férias ou, simplesmente, saíram naquelas horas), mas experienciaram a sensação de que deveriam estar no local para ajudar a comunidade ou proteger as suas coisas; e aqueles que, mesmo longe, sentiram “*podia ter sido eu*” (Lopes. 2018).

Além destes diferentes tipos de sobreviventes, existem os que, simplesmente, acompanharam o desenvolvimento do incêndio pela televisão, que pertencem à comunidade em geral e que se encontram potencialmente em risco, por via da massiva e sistemática exposição a imagens e narrativas veiculadas e pouco filtradas pelos órgãos de comunicação social. Por último, podemos falar ainda dos técnicos e de todos os que se movimentaram no teatro de operações (de entre eles: operacionais de todas as organizações no terreno e jornalistas).

A questão da prevenção de stress traumático e patologias relacionadas é assunto recorrente nos estudos sobre operacionais. A partir de avaliações acerca da depressão,

abuso de álcool, stress e acidentes de trabalho, muitos investigadores apontam a capacidade de gestão das adversidades como necessária para proteger os técnicos dos efeitos psicopatológicos das catástrofes. *Tal constatação serve para demonstrar que, mais que o evento traumático, é a imprevisibilidade dos acontecimentos, a percepção de descontrolo e ameaça, bem como a interpretação subjetiva, que aumentam as possibilidades do desenvolvimento de patologia* (Becker. 2018).

Posto isto, revela-se importante afirmar e distinguir os diferentes níveis de intervenção. Os psicólogos que estão no terreno nas primeiras horas não são, ou não devem ser, os mesmos que estão no terreno passado uma semana sobre o evento crítico – até porque o trabalho a desenvolver é de natureza distinta (Lopes. 2018).

Nas primeiras horas é feita intervenção psicossocial em crise, para estabilizar as pessoas, ajudando-as a retomarem rotinas; pode ser uma abordagem feita à beira de uma estrada, à porta de casa ou onde for possível/necessário – desde que acautelado o princípio básico da segurança do sobrevivente e de quem intervém.

Quando dizemos que aquela população *está muito afetada*, esperamos certo tipo de reações, que acontecem nas primeiras horas: de desespero, tristeza, confusão, desorientação. Caso essas reações se prolonguem para lá de uma semana, poderemos estar perante uma situação de *perturbação aguda de stress* – situação que pode (ou não), a partir de um mês, evoluir para *perturbação de stress traumático*: acordar com sobressaltos, evitamentos, hipervigilância. Porém, nem todas as pessoas têm de passar por todas estas “etapas”, visto que nem todas desenvolvem psicopatologias. O facto de, nas primeiras horas, a pessoa ter apresentado determinadas reações, não significa que, no futuro, desenvolva perturbação mental.

Esta evolução é denotada se colocada em estilo de *fita de tempo*; assim, ao longo dos *timings* predefinidos protocolarmente, fazem-se “*follow-ups*”. Se passado um mês do evento crítico a pessoa for avaliada e mantiver determinadas reações, procede-se ao encaminhamento para apoio de continuidade. De sublinhar que a natureza do trabalho, nesta fase da fita de tempo, decorre em *setting* apropriado, pode incluir várias sessões e prolongar-se no tempo consoante as necessidades identificadas, podendo ser psicoterapêutico e/ou exigir apoio mais diferenciado, com complemento ao nível da psiquiatria – pois o trauma psicológico causado pelos incêndios é algo grave.

Da mesma forma que qualquer outra doença tem a sua especificidade, também o trauma psicológico possui particularidades – pelo que deve ser abordado e apoiado de forma especializada. Esta intervenção não deve ser exclusiva dos psicólogos, mas sim

integrada – aglutinando assistentes sociais, juristas, técnicos de apoio à vítima ou os que forem considerados como mais-valias, mediante as necessidades identificadas, caso a caso (Brito. 2017).

Um incêndio pode ser um evento crítico capaz de suscitar um medo mobilizador, que ativa os instintos de sobrevivência e de luta. A teoria ligada às catástrofes diz-nos que existem diferentes momentos – os quais diferenciam a tipologia de intervenção junto da população que está a viver a crise e, necessariamente, o perfil do técnico que desempenha esse papel.

Depois do momento da ameaça e do impacto, vem a reação – muitas vezes marcada por “*atos heroicos e de salvamento*” (Lopes. 2018). Sabemos que nos primeiros momentos a solidariedade ativa-se de forma bastante mobilizadora – essa capacidade de a população reagir é importante porque contribui para a devolução da sensação de perceção controlo, tanto individual como comunitária (Gouveia. 2017). Estes são alguns motivos que reforçam a importância da diferenciação dos psicólogos que intervêm nas primeiras horas, daqueles que vão trabalhar com a comunidade passadas 48 horas ou uma semana – visto que se trata de uma abordagem completamente diferente.

Muitas vezes, nos primeiros momentos, há algumas pessoas que precisam de ventilar emoções – sendo que esta reação pode ser diferente e não se deve adotar uma postura de “obrigatoriedade de falar”, quando não é essa a vontade demonstrada.

A intervenção psicossocial em crise pressupõe que os técnicos não potenciem a vulnerabilidade em que o sobrevivente já se encontra; isto significa que não podem ser invasivos do tempo e espaço individuais. As pessoas são todas diferentes: têm recursos internos e estratégias de *coping* diversas (Gouveia. 2017).

Neste momento da fita de tempo, assume enorme importância a disponibilização dos primeiros socorros psicológicos a todos quantos foram afetados e que estejam recetivos à abordagem do psicólogo. O profissional que disponibiliza apoio, nas primeiras horas, realiza intervenção psicossocial em crise, com o objetivo de devolver à população o controlo sobre a situação, oferecendo proteção, segurança e estabilização emocional, contribuindo para a mobilização dos recursos pessoais e sociais e facilitando o processo de recuperação.

Os primeiros socorros psicológicos permitem reduzir a indução de stress e ansiedade, através de comunicação ativa, dirigida ao sobrevivente, com interesse genuíno pelas suas necessidades e preocupações, além de uma disponibilidade real para a relação de ajuda e o alívio da sintomatologia ansiógena (Gouveia. 2017).

Se, na fase aguda em que se encontram em missão de socorro, evacuação ou resgate, os operacionais tiverem capacitação para contribuírem para uma triagem preliminar e primária à saúde mental dos envolvidos no evento crítico, este aspeto acaba por se revelar bastante importante na recuperação das pessoas afetadas.

Quem está na primeira linha tem um papel muito importante a desempenhar na triagem psicológica; visto que pode identificar quem está afetado do ponto de vista do equilíbrio mental e/ou manifestações graves de sintomas clínicos, os quais requerem diagnóstico e/ou tratamento.

Há ainda a considerar a possível existência de retraumatização – isto é, alguém que tenha passado por uma experiência semelhante e a situação esteja mal resolvida, ao estar exposto a estímulos idênticos, ativa o trauma, reabrindo a “ferida”.

Contudo, é necessário sublinhar que *nem todas as pessoas adoecem* e que a comunidade tem mecanismos próprios de resposta e capacidade de resiliência, principalmente quando falamos em cenários equivalentes, como o facto de já terem passado por outros incêndios.

As sugestões do Centro de Trauma | CES-UC

1. Dirigir **especial atenção ao processo de seleção e recrutamento** dos operacionais que sejam envolvidos nas primeiras linhas de intervenção, pois estudos demonstram que, mesmo aqueles que possuem formação específica, podem não contribuir para o sucesso da missão. Há que ter em conta os stressores extraorganizacionais que podem assumir maior preponderância em determinados momentos da vida.

2. Reforçar a rotina de que as organizações instalem ou mantenham a **boa prática de realizarem processos de *follow-up*** junto dos seus operacionais após a missão, visto que contribuem para a ativação dos seus recursos internos e são mobilizadores do envolvimento efetivo nas rotinas prévias, auxiliando na recuperação da perceção de controlo sobre as suas vidas, bem como no retorno à normalidade.

3. Incrementar **estruturas de apoio aos operacionais** que precisam de ser **referenciados** – dentro e/ou fora das suas organizações, que funcionem de forma ágil, confidencial e profissional.

4. Potenciar **o apoio de pares** nas organizações de primeira linha, bem como a importância de uma **cultura organizacional onde se possa falar com franqueza** e comunicar os problemas sem temer consequências negativas. Partilhar experiências de

trabalho tem efeito de ajuda e prevenção em futuros problemas psicológicos – além de robustecer o sentimento de pertença à equipa.

5. Incrementar **reuniões de supervisão e orientação** dentro das organizações de primeira linha, por parte das chefias e dos psicólogos – com acompanhamento externo, se for necessário.

6. As organizações que fazem intervenção de continuidade baseada nos recursos comunitários devem **promover a realização de processos de follow-up e referenciação** das pessoas que manifestam reações que, na sequência da fita de tempo, já não são expectáveis para um registo de “normalidade”.

7. Promover o **envolvimento comunitário no encontrar de soluções durante e após** o incidente crítico. As participações coletivas na tomada de decisões acerca das suas preocupações, assim como no desenvolvimento e implementação de estratégias positivas, são baseadas na força conjunta para satisfazer as necessidades identificadas pela própria comunidade – logo, mais eficazes e eficientes.

8. Potenciar intervenção psicossocial **precoce** e efetivamente **preparada, coordenada e estruturada**, considerando as suas diferentes fases, para que as respostas sejam eficazes e eficientes quando delas houver necessidade por parte da sociedade civil.

9. Disseminar momentos de **capacitação específica**, tanto para operacionais, como para públicos estratégicos inseridos na sociedade civil, para que estejam mais preparados para lidar com as suas próprias reações emocionais e, posteriormente, com as dos outros que terão de apoiar/socorrer.

Em conclusão...

A intervenção psicossocial proporciona um alívio que se pretende que seja imediato, por forma a reduzir o risco de que a situação, por reação, evolua para problemas mais graves, podendo, assim, ajudar os envolvidos. As redes comunitárias, as famílias e os outros mecanismos tradicionais de apoio são muito importantes, mas podem revelar-se insuficientes depois de um incidente crítico (Multidisciplinary Guideline, 2007).

15 de outubro de 2018

*Os investigadores associados do Centro de Trauma /
Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra*