

# **Instituto Superior de Psicologia Aplicada**



Stress Pós traumático em situação de catástrofe: Profissionais de saúde

**Elisabete Mariana P. Raimundo N. Gaudêncio**

**N.º Aluno 7931**

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em  
Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Stress Pós traumático em situação de catástrofe: Profissionais de saúde.

**Elisabete Mariana Pires Raimundo Noga Gaudêncio**

Dissertação orientada pelar Professora Doutora Maria Emília Marques

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia**

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizado sobre orientação de Professora Doutora Maria Emília Marques, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES nº 19673/2006 no Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

## **Resumo:**

Os eventos traumáticos e o próprio trauma existem, e sempre existiram na espécie humana, apesar de só recentemente as pessoas lhe darem a devida atenção.

Uma revisão de literatura demonstra-nos que os eventos traumáticos, ou os actos que podem levar a respostas traumáticas tem natureza e grau variáveis.

Este Trabalho procura dar ao leitor uma definição de trauma e das circunstâncias mais comumente associadas ao desenvolvimento do DSPT (distúrbio de stress pós-traumático), o impacto sobre as vítimas e também sobre os profissionais de saúde envolvidos, chamando atenção para a importância da vulnerabilidade individual no momento do trauma, factor que pode ser determinante no eclodir desta patologia.

Através deste trabalho, a autora pretende apresentar no âmbito da sua actividade profissional um projecto que levou acabo ao longo do ano anterior (2008), sobre o tema stress pós traumático em situação de catástrofe para profissionais de saúde, trabalho este que passou por formação específica com o grupo de emergência e trauma, e com o centro Hospitalar do Nordeste CHNE, onde a técnica trabalha desde 2000.

Todo este trabalho, tem como resultado actual, dar formação e informar os profissionais de saúde que se envolvem em situações de trauma e as suas vítimas para a importância que deve ter para gerir melhor esse impacto.

**Palavras – chave:** Stress pós traumático, Catástrofe e profissionais de saúde

## **Agradecimentos**

Agradeço desde já a colaboração e disponibilidade permanente da Professora Doutora Maria Emília Marques pelo apoio, orientação, mas essencialmente pela compreensão e sensibilidade face às minhas limitações de tempo e distância.



Nome: Elisabete Mariana Pires Raimundo Noga Gaudêncio N.º Aluno: 7931  
Curso: Ciclo de Estudos Integrado Conducente ao Grau de Mestre em Psicologia  
Área de Especialização: Psicologia Clínica  
Ano Lectivo: 2008/2009  
Orientador: Professora Doutora Maria Emília Marques  
Data: 08-01-2009  
Título da Dissertação: **Stress Pós traumático em situação de Catástrofe – Profissionais de Saúde.**

**Resumo:** Os eventos traumáticos e o próprio trauma existem, e sempre existiram na espécie humana, apesar de só recentemente as pessoas lhe darem a devida atenção. Uma revisão de literatura demonstra-nos que os eventos traumáticos, ou os actos que podem levar a respostas traumáticas tem natureza e grau variáveis. Este Trabalho procura dar ao leitor uma definição de trauma e das circunstâncias mais comumente associadas ao desenvolvimento do DSPT (distúrbio de stress pós-traumático), o impacto sobre as vítimas e também sobre os profissionais de saúde envolvidos, chamando atenção para a importância da vulnerabilidade individual no momento do trauma, factor que pode ser determinante no eclodir desta patologia. Através deste trabalho, a autora pretende apresentar no âmbito da sua actividade profissional um projecto que levou acabo ao longo do ano anterior (2008), sobre o tema stress pós traumático em situação de catástrofe para profissionais de saúde, trabalho este que passou por formação específica com o grupo de emergência e trauma, e com o centro Hospitalar do Nordeste CHNE, onde a técnica trabalha desde 2000. Todo este trabalho, tem como resultado actual, dar formação e informar os profissionais de saúde que se envolvem em situações de trauma e as suas vítimas para a importância que deve ter para gerir melhor esse impacto.

**Palavras – chave:** Stress pós traumático, Catástrofe e profissionais de saúde

**Title:** Post Traumatic stress in situation of disaster- health professionals

**Abstract:** Traumatic events and trauma itself exist, and they always did in human race, whatever recenty people give it such attention. A literature's revision shows us that traumatic events or even acts that can lead to traumatic answers have variable nature and degree. The intention of this work is to give readers a definition of trauma and circumstances associated to the development of DSPT (Post traumatic disturbance of stress), the impact in the victims and also in involved health professionals, calling special attention to the importance of individual vulnerability at the moment of trauma, component that can be determiner in the break out of this pathology. Through this work, the author intends to present the ambit of her professional activity a project that carried out throughout the previous year (2008) about the theme traumatic stress in situation of disaster for health professionals, work that passed by a specific formation With the group of emergency and trauma, and with the north-east hospital centre where the technician works since 2000. All this work, has as a present result, give formation and inform all health professionals who are involved in emergency and disaster situations, and also for that their victims can manage in a better way that shock.

**Keywords:** Post traumatic stress, disaster and health professionals.

# Índice

I – Enquadramento Contextual e Objectivo .....	1
II – Enquadramento Conceptual Teórico.....	3
Definição de Trauma .....	4
As Respostas Humanas aos Acidentes Naturais.....	7
As Respostas aos Acidentes de Causa Humana .....	8
Os Profissionais de Saúde.....	9
III – Metodologias Empregadas .....	10
IV – Descrição do Desenvolvimento da Actividade .....	12
V – Discussão crítica da Metodologia e dos resultados encontrados.....	14
O que podem os Profissionais de Saúde fazer para libertar o stress e prevenir o trauma ....	14
O que fazer para dissipar o stress nos Profissionais .....	15
Como Agir com as Vítimas .....	15
Estratégias para evitar o stress nos Profissionais de Saúde.....	17
Relaxamento .....	17
VI – Discussão Crítica da Metodologia e dos Resultados encontrados .....	18
VII – Considerações Finais e Conclusão.....	19
Revisão Bibliográfica .....	20

## **I -Enquadramento contextual e objectivo**

O Trauma e os eventos traumáticos existem, provavelmente, desde os primórdios da espécie humana, mas só recentemente parecem ser mais relevantes ao ser humano.

O distúrbio de stress pós-traumático (DSPT) lembra factores de ruptura que afectam os seres humanos, que tanto pode ser de conteúdo natural como de força humana. Uma revisão de literatura revela que eventos traumáticos, ou eventos que podem precipitar as respostas traumáticas têm natureza e grau variáveis.

Este capítulo procura dar uma definição de trabalho de stress pós-traumático, em situações de catástrofe, e é dirigido a todos os profissionais de saúde, bem como familiares e vítimas envolvidas em situações de trauma, sendo a intenção das autoras arranjar estratégias para que as pessoas envolvidas possam lidar melhor com estas situações.

Não há muito tempo, que constatamos o caso norte-americano de 11 de Setembro de 2001 quando quatro aviões provocaram a morte de milhares de pessoas, ou não precisando ir tão longe, no nosso próprio país, no mesmo ano, em 21 de Março quando a ponte de Castelo de Paiva caiu.

Claro está que os eventos traumáticos, não podem associar-se apenas a ocorrência de situações tão catastróficas, como já disse anteriormente elas podem variar de grau de natureza e podem ser sentidas em cada indivíduo de formas muito diferentes.

Os humanos são especialmente permeáveis à imitação, ao contágio de comportamentos emocionais e à imposição de pessoas por terceiros (Milgram, 1965). O homem torna-se assim uma espécie altamente vulnerável perante as situações de violência e de catástrofes em que vive.

Dados recolhidos por vários autores têm verificado que a probabilidade de uma pessoa lidar ao longo da vida com um acontecimento traumático é de cerca de 70% (Norris, 1992; Resnick etAl., 1993; Kubany, Haynes, lesen, owens, Kaplan, Watson e Burns, 2000).

Para além das vítimas directas, os bombeiros e pessoal das brigadas de trânsito e emergência médica são continuamente confrontados com situações muitas vezes chocantes, que constituem um desafio à capacidade de aceitação do sofrimento e morte. O carácter recorrente e imprevisível destas situações torna estes sujeitos particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de perturbação.

Todas estas experiências fazem parte do leque de acontecimentos que podem dar origem ao desenvolvimento de perturbação stress pós-traumático.

Assim de forma resumida os objectivos deste trabalho consistem em:

Compreender o desenvolvimento do DSPT, detectar os sinais chave inerentes ao DSPT, Implementar as estratégias preventivas junto das vitimas, acompanhamento das vitimas durante a fase aguda do evento, orientação terapêutica das pessoas em risco, estratégias para prevenir o DSPT nos técnicos.

## II – Enquadramento conceptual teórico

No âmbito da actividade profissional, a autora escolheu fazer uma breve exposição sobre uma actividade que levou a cabo ao longo do último ano 2008, após se ter confrontado com algumas angústias sentidas na sua profissão de psicóloga no Centro Hospitalar do Nordeste onde a técnica trabalha desde 2000.

Como se sabe pelo velho ditado popular sempre que nós referimos ao tempo do nosso distrito é costume dizer-se que: “*em trás – os – montes são sete meses de Inverno e três de inferno*”, o Inverno é realmente penoso, mas o verão trás estragos muito mais difíceis de gerir, pois os incêndios que tem estragado hectares de terras por este nosso distrito, e vítimas que têm perdido as suas vidas nestes fogos incontroláveis, tem sido casos de grande calamidade.

Como profissional tenho recorrido a vários pedidos de ajuda, a nível de apoio psicológico, filhos que ficaram órfãos, assim como pais que perderam os seus filhos, amigos, maridos e esposas, que esperam de mim uma ajuda para conseguir suportar tal grande fardo.

Foi nesta atitude desesperada, que me vi confrontada a dar respostas mais completas e ajudar também todos os profissionais que comigo tentam salvar vidas e proteger o nosso Distrito.

Vi-me então obrigada a pedir ajuda aos profissionais que já a alguns anos dedicam as suas vidas a esta causa, foi no Grupo de formação de trauma e Catástrofe que tem sede nas caldas da Rainha, onde recebi uma formação teórica e prática imprescindível e que mais tarde tive o privilégios de ser convidada para fazer parte do grupo de formadores.

Entretanto, realizou-se em Bragança, durante uma semana, formação específica em emergência e trauma, do qual eu já fiz parte como formadora, onde colaboraram não só a equipa médica e de enfermagem do nosso Hospital como também bombeiros, pessoal auxiliar de emergência da nossa instituição.

É neste contexto que escolhi o tema para poder divulgar uma das minhas actividade profissionais que têm dado resultados fabulosos.

Todo este trabalho, tem como resultado actual, dar formação e informar os profissionais de saúde que se envolvem em situações de emergência e catástrofe; e para que as suas vítimas, possam gerir melhor esse impacto.

## Definição de Trauma

Segundo o dicionário (Merriam-Webster, 1988, p. 1256), *trauma* é definido como «uma lesão provocada a um tecido vivo por um agente externo», refere-se portanto a um trauma físico; contudo o mesmo dicionário (p.1256) define «um estado psíquico ou comportamental alterado que resulta de um *stress* mental ou emocional, ou ainda de uma lesão física», ou seja explica que traumas emocionais são também causados por agentes externos.

Segundo o DSMIV-TR refere que o que desencadeia a resposta traumática é «morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça integridade física; observar um acontecimento que envolva morte, ferimento ou ameaça grave vivido por um familiar ou amigo íntimo» (p. 463).

Refere também os vários casos de eventos traumáticos: «Combates em guerra, assaltos pessoais violentos (ataque sexual, ataque físico, roubo, estrangulamento, ser raptada, ser feita refém, ataques terroristas, tortura, ser prisioneiro de guerra ou de um campo de concentração, desastres naturais ou provocados pelo homem, acidentes de automóvel ou diagnóstico de doença ameaçadora de vida.» (PP. 463, 464)

A explicação para que eventos tão diferentes provoquem respostas semelhantes pode compreender-se se examinarmos a raiz da palavra trauma. Segundo os autores (Everstine e Everstine, 1993, p.3), trauma provém do étimo grego que significa «ferida, choque contra o sistema», ou seja quando uma pessoa experimenta de forma coerciva um evento inesperado, ocorre um trauma psicológico ou emocional.

Este acontecimento fortemente perturbador é vivido com intenso medo, terror e incapacidade de encontrar soluções para lidar com a situação.

A duração necessária para o diagnóstico deste distúrbio é de um mês segundo o DSMIII – R, no entanto para a maioria dos autores este prazo é completamente arbitrário.

Segundo o DSMIV – TR, os critérios de diagnóstico para a perturbação pós-traumática são os seguintes:

- A. *A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático em que ambas as condições seguintes estiveram presentes:*

- (1) *A pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça a integridade física do próprio ou de outros;*
  - (2) *A resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de desprotecção ou horror.*
- B. O acontecimento traumático é revivido de modo persistente de um ou mais dos seguintes modos:*
- (1) *Lembranças perturbadoras, com imagens, pensamentos ou percepções,*
  - (2) *Sonhos perturbadores a cerca do acontecimento,*
  - (3) *Actuar ou sentir como se o acontecimento estivesse a acontecer,*
  - (4) *Mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos externos ou internos que simbolizem o acontecimento traumático,*
  - (5) *Reactividade fisiológica durante a exposição do estímulo*
- C. Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma (ausente antes do trauma), pelo menos três dos seguintes:*
- (1) *Esforço para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas sobre o trauma,*
  - (2) *Esforço para evitar actividade, lugares ou pessoas que possam desencadear lembranças do trauma,*
  - (3) *Incapacidade para lembrar aspectos importantes do trauma,*
  - (4) *Diminuído o interesse ou participação em actividades*
  - (5) *Sentir-se desligado em relação os outros*
  - (6) *Dificuldade em gostar dos outros*
  - (7) *Sem grandes esperanças para o futuro*
- D. Sintomas persistentes de aumento da activação (ausente antes do trauma), pelo menos três dos seguintes:*
- (1) *Dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir,*
  - (2) *Irritabilidade ou acessos de cólera*
  - (3) *Dificuldade de concentração*
  - (4) *Hiper vigilância*
  - (5) *Respostas de alarme exagerada.*

(6) *E. Duração da perturbação (B, C e D) superior a um mês.*

*F. A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo, a nível social ou de outra área importante*

Nota: in Distúrbio de stress pós-traumático – critérios de diagnóstico DSM-IV-TR

## **As Respostas Humanas aos Acidentes Naturais**

Segundo Lazarus o stress surge quando as respostas adaptativas excedem os recursos do sistema, ou quando não existem recursos adaptativos automáticos ou prontamente disponíveis para fazer face às exigências (Lazarus e Cohen, 1977).

As respostas comportamentais e psicológicas agudas perante situações de stress severo podem envolver aspectos diferentes sejam acidentes naturais ou de causa humana. As respostas humanas aos acidentes naturais podem ser sumariadas do seguinte modo (segundo Lemos Fátima, 1995):

- 1- Fase de Impacto – consiste na primeira reacção da pessoa ao aperceber-se da situação e vivenciando-a com intenso medo, podendo lidar com a situação de diferentes modos: fuga, ajudando outras pessoas ou desistindo;*
- 2- Fase de heroísmo – na qual são feitos esforços para sobreviver, salvar outras pessoas e bens pessoais. É a fase de grande altruísmo e de esforço máximo;*
- 3- Fase de optimismo – antecipam-se bons resultados, trocam-se experiências e prevalece a esperança e a elação;*
- 4- Fase de reorganização - as pessoas mostram-se mais interessadas pelo ambiente externo e iniciam actividades como objectivo de se reorganizarem.*

## **As respostas aos Acidentes de causa humana**

Em situação de acidente de causa humana as respostas das vítimas podem ser semelhantes, mas outras podem ser diferentes (por Lemos Fátima, 1995):

- 1- Fase do impacto** – vivenciada igualmente com imenso medo;
- 2- Fase de interação** – em que a pessoa sente conflitos acerca de ser ela a vítima, “porque isto está a acontecer a mim”;
- 3- Fase de aceitação** – o objectivo é evitar as injúrias e a dor, diminuir o sofrimento físico e psicológico;
- 4- Fase de aquiescência** – em que predominam sentimentos de humilhação, impotência e culpa.

## Os Profissionais de Saúde

Segundo vários autores, (Allison, Whitley, Revicki, & Landis, 1987; Amaral & Pereira, 2004; Frade & Frasquilho, 1998), o trabalho é uma das grandes causas de stress, e que entre os profissionais apontados com maiores índices de stress, a emergência pré-hospitalar está praticamente no topo da lista.

Contudo, a ideia geral é que os técnicos de saúde se destinam a cuidar das doenças dos outros, e não imaginamos que estes possam ser afectados por problemas de saúde.

A exposição a incidentes traumáticos provoca um grande desgaste físico e emocional (Serra, 2003), podendo muitas vezes evoluir para uma situação traumática, que leva facilmente ao desenvolvimento da perturbação pós-traumática (PTSD, Alexandre & Klein, 2001).

Um estudo recente em Portugal, mostrou que a taxa de ocorrência da DSPT para a totalidade de vida dos bombeiros voluntários é de 3,4% (Fernandes & Pinheiro, 2004), existindo um grande número de indivíduos que admite ter passado por acontecimentos traumáticos que tiveram influência nas suas vidas diárias, mas contudo não recorreram a nenhum apoio profissional nem tratamento.

Mesmo que, a gravidade de um trauma possa contribuir para a perturbação que é sentida no sujeito, torna-se cada vez mais certo que o trauma e a perturbação que o determina não têm uma relação de causa – efeito (Regehr, Hemsworth, & Hill, 2001). Ou seja, existem pessoas que por estarem expostas a acontecimentos traumáticos não desenvolvem uma perturbação de stress pós traumático, outras há que apresentam a perturbação por simples identificação com a vítima (Serra, 2003).

A forma de lidar com os diferentes acontecimentos constitui um importante mediador positivo, quer do ajustamento físico e psicológico posterior, quer do desenvolvimento da perturbação do stress pós-traumático (Clohessey & Ehlers, 1999; Moreira & Maia, 2005).

Posto isto a atribuição de significado à experiência vivida e as modificações que induzem no comportamento são influenciados pela maneira de ser de cada um. (Serra, 2003)

### III – Metodologias empregadas

Face à problemática que tem existido e perante a qual estamos constantemente a ser bombardeados pelos media, perante uma situação de acidente grave ou uma situação de catástrofe, recorrentemente ouve-se falar que as *vitimas estão já a ter apoio psicológico...* A dúvida foi suscitada entre os vários técnicos do Departamento, tendo sido colocada a questão face à real competência que os técnicos teriam para o acompanhamento das vitimas no momento do acidente e face à forma como os nossos profissionais geriam emocionalmente a situação.

Parece-nos assim relevante abordar este tema e expressar a forma como no nosso Hospital os profissionais receberam formação não só para melhor lidarem com os sentimentos próprios suscitados, bem como com as vítimas.

Perante isto, os elementos da unidade de Psicologia foram submetidos a Formação específica neste âmbito (integrados no Grupo de Formação de Emergência e Trauma) da qual faziam parte conteúdos programáticos de suporte básico/ avançado de vida, participação em cenários simulados de multi-vítimas e bancas práticas, nas quais se experienciavam diversas situações que suscitavam stress e ansiedade perante a obrigatoriedade de resolução de situações pontuais e imprevistas.

Após essa formação fui convidada a integrar o 5º Curso de Formadores e Colaboradores da Associação Portuguesa de Formação e Actuação em Trauma, Emergência e Catástrofe. A partir daqui e face ao objectivo central tenho feito formação dirigida a profissionais de saúde, integrada no Grupo GTE.

Inserido no delineamento deste trabalho, o projecto executado no contexto da minha actividade profissional tem contribuído determinantemente para compreender os fenómenos individuais dos profissionais de saúde, bem como das suas vítimas, sendo este o objecto desta análise.

O facto de termos recorrido a este método traduz a necessidade sentida como profissional de saúde e a angústia que anteriormente vivia quando me deparava com um pedido de colaboração.

No decorrer deste meu projecto percebi que muitas mais variáveis de interesse e de situações estariam em causa e com necessidade de resolução, que anteriormente não eram identificadas ou admitidas, pelo que agora fazem sentido para a compreensão desta realidade.

No encadeamento deste projecto, dando resposta a um pedido face às necessidades do hospital, realizei um trabalho escrito e publicado na revista do CHNE com o objectivo de divulgar e informar não só os profissionais de saúde, bem como as vítimas para a inevitabilidade de vivenciar futuras situações de trauma.

Certos porém que o processo desencadeador do trauma poderá levar cerca de um mês ou mais a desenvolver-se, o objectivo do trabalho é sem dúvida realçar a importância do acompanhamento no momento da tragédia, a melhor abordagem a ter com as vítimas e a gestão dos sentimentos do profissional.

#### **IV – Descrição do desenvolvimento da actividade**

O Hospital de Bragança foi criado em 1973, do qual faz parte o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, que já existe como Clínica Psiquiátrica desde 1958, tendo sido posteriormente integrada no Hospital Distrital. Actualmente este Hospital constitui uma Unidade do Centro Hospitalar do Nordeste, EPE, ao qual pertencem três Unidades: Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela.

A especialidade de Psicologia que dá resposta a todo o Centro Hospitalar está integrada no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, dirigido pelo Dr. Machado Rodrigues (Psiquiatra). A especialidade existe apenas há nove anos, sendo eu a única técnica disponível até há quatro anos, altura em que foram admitidas duas colegas.

O Departamento possui dois edifícios, um de dois pisos onde funciona o internamento de doentes agudos, outro de um piso, onde se realizam as consultas externas. Pertencente ao departamento existe ainda uma quinta onde residem doentes crónicos – UDEP (Unidade de doentes de evolução prolongada), dispondo de 60 camas.

Este Departamento tem uma área de intervenção que corresponde a todo o Distrito de Bragança, com uma população, de cerca de 150 mil habitantes, distribuída por 12 concelhos e três hospitais.

Actualmente trabalham no departamento 4 psiquiatras, 1 Psiquiatra da Infância e da Adolescência, 1 técnica de serviço social, 3 psicólogas e 28 enfermeiros.

A actividade clínica exercida abrange essencialmente as consultas, procurando dar resposta o mais atempadamente possível às situações para que somos solicitados.

Nas consultas realizamos entrevista clínica, aplicação de testes, avaliações de médico-legais, Apoio Psicológico e Acompanhamento individual a adultos, crianças e adolescentes.

Também se presta serviço, quando solicitado, nas diferentes especialidades do CHNE e apoio aos internamentos.

Somos também solicitados para prestar colaboração quando necessário, fora da instituição, como é o caso de Apoio Psicológico em situações de desastres, catástrofes naturais ou humanas, razão pela qual escolhi este tema.

É neste contexto, insistindo novamente, que encontrei uma grande lacuna profissional que se traduziu por vezes nalguma incapacidade em ajudar não só os profissionais como as vítimas que me eram referidas.

Deste modo, a partir do ano de 2008 tenho tentado o melhor possível pôr em prática a formação anterior e transferir informação útil e pertinente a todos os profissionais e vítimas que enfrentam este tipo de experiência.

## V – Discussão crítica da metodologia e dos resultados encontrados

Como refere João Ferreira e Maria da Graça Pereira (2003) periodicamente a comunicação social destaca a importância de preservar a saúde mental das pessoas envolvidas em desastres, sublinhando que as deveríamos ajudar a expressar os seus sentimentos e a desenvolver sentimentos de segurança e contenção nas suas casas e lugares de trabalho. Como profissionais clínicos, devemos propor formas de evitar que esta situação de ruptura se torne uma fonte de ódio e destruição humana, tornando-nos hoje espectadores de uma guerra que revive atitudes que pareciam ter sido apagadas do mapa humano.

No nosso entender, deveríamos reconsiderar quando avançamos realmente nesta área do ponto de vista profissional. Se formos honestos com nós mesmos, não podemos concordar com aqueles que continuam a considerar que a questão de saúde mental em desastres e catástrofes é apenas um tema interessante para ser discutido em debates e conferências.

**O que podem os profissionais de saúde fazer para libertar o stress e prevenir o trauma, segundo Adriano Vaz Serra, (1999): \***

Podemos concluir que existem vários factores podem induzir o stress:

1. *Sobrecarga de trabalho: (ao mesmo tempo)*
2. *Pressão do tempo: (a rapidez é considerada necessária)*
3. *Percepção de não se ter controlo sobre as exigências da profissão*
4. *Fraca capacidade de se sentir autónomo nas tomadas de decisão.*
5. *Atitude passiva perante os problemas*
6. *Atenção continuada a prestar aos doentes graves*
7. *Falta de apoio social (superiores hierárquicos ou família)*
8. *Má comunicação com colegas, doentes, familiares de doentes ou supervisores (equipa)*
9. *Insatisfação com a forma como o técnico de saúde se sente tratado por superiores hierárquicos ou instituição*
10. *Dificuldades em conciliar as obrigações de trabalho e a vida pessoal*

### **Que fazer para dissipar os efeitos do stress nos profissionais? \***

- *A primeira e mais adequada intervenção deveria começar a nível pré graduado, a fim de o indivíduo não criar expectativas erradas e pouco realistas em relação ao que pode esperar de si (Serra, 1999)*

- *Mencionar que comunicar de forma aberta e honesta e saber ouvir de maneira atenta são mecanismos que aliviam o stress (Cornell, 1993)*

- *Aprender e praticar aptidões inter pessoais que aumentem a possibilidade de obter apoio social quando necessário, habituar-se a criar prioridades para o seu trabalho, estudo e vida pessoal, habituar-se a reconhecer as respostas mal adaptativas (McCue e Sachs, 1991)*

- *Saber rir e ter sentido de humor reduz o stress e melhora o sistema imunitário (Leidy, 1992)*

- *Lidar com o stress é ter o seu próprio meio de recolher informação, resolver problemas, planear actividades agradáveis, tirar partido das pessoas do seu meio, bem como gerar ideias, pensamentos e emoções. Cuidar dos doentes deve também incluir saber cuidar de si próprio. (Fortin, 1992)*

### **Como Agir com as Vítimas\***

- *Logo após o incidente traumático há certas medidas que devem ser tomadas. A vítima não deve ficar isolada, sendo conveniente que permaneça junto de pessoas com quem seja possível falar e de quem possa receber auxílio.*

- *Devem-lhe ser criadas condições para poder “desabafar”, relatar os pormenores do acontecimento e “deitar cá para fora” todas as emoções desagradáveis que experimentou.*

- *Deve evitar estimulantes que possam aumentar a agitação em que se encontra (café, chá forte...).*

- *Posteriormente deve aconselhar-se o exercício físico, pois este ajuda a esbater o estado de tensão muscular.*

- *Mesmo que não lhe apeteça não deve deixar de se alimentar e tentar conciliar o sono.*

- *O tratamento pode ser de natureza psicofarmacológica (correção dos transtornos do sono, de ansiedade ou depressão) e/ou psicoterapeuta (apoio ao doente, ajudando a esquecer*

*o que aconteceu e dando-lhe estratégias para lidar com os seus problemas, permitindo assim que o doente exprima emoções negativas acumuladas.*

*- Apoio familiar é um factor muito importante, lidar com tensões familiares. Os familiares devem compreender a importância do seu apoio e o modo como devem prestar ajuda. O profissional de saúde deve levá-lo a compreender que uma boa ajuda passa por saber “escutar”, desdramatizar e encaminhar para um regresso à vida normal.*

*- Não se deve permitir atitudes sobre – protectoras que levem a criar dependência e porventura mais evitamentos.*

*- Quando o doente começa a melhorar deve-se estimulá-lo a estabelecer projectos para o futuro.*

*\* In “O stress na vida de todos os dias” Adriano Vaz Serra (1999)*

## **Estratégias para evitar o stress nos profissionais de saúde:**

*“Ajudar uma pessoa a morrer bem, é apoiar o sentido de amor-próprio, dignidade e escolha dessa pessoa até ao último momento da vida. Para o conseguir, devemos prestar cuidados calmos, sensíveis e individualizados a cada pessoa para que a sua experiência humana final, seja tão livre de dor, sentindo-se reconfortada, por ser vista como uma pessoa digna de cuidados mais atentos” (Rodeia, 1998: p.122).*

### Segundo Twycross (2003) o profissional deve:

- . Trabalhar em equipa (respeito e partilha)
- . Boa comunicação dentro da equipa multidisciplinar
- . Recursos e serviços de apoio adequados
- . Metas realistas
- . Manter-se aberto para receber apoio dos doentes
- . Folgas para alimentação e repouso
- . Tempo disponível depois do trabalho para o próprio (Hobbies)

## **Relaxamento**

Com o relaxamento consegue-se uma diminuição da actividade fisiológica do indivíduo que é acompanhada de uma sensação de calma, paz e bem-estar.

Convém que seja num local tranquilo, e isento de ruídos e de possíveis interrupções, sendo aconselhável que o ambiente esteja semi-obscurado.

O relaxamento deve ser ao mesmo tempo físico e psicológico.

Quando a pessoa já conseguiu um bom relaxamento muscular é igualmente útil que fique calma e descontraída, sob o ponto de vista psicológico, aprendendo na devida altura a induzir uma “imagem de paz” (visualização de uma cena agradável na vida do indivíduo).

Logo que a pessoa esteja decidida a aprender técnicas de relaxamento deve praticá-lo diariamente. Inicialmente com a ajuda do terapeuta e depois poderá gravar as sessões e escutá-las em casa ou noutro ambiente que lhe seja favorável (Serra, 1999)

## **VI – Discussão crítica da metodologia e dos resultados encontrados**

Actualmente as Especialidades Psiquiatria/ Psicologia são cada vez mais requisitadas, nas instituições onde existem, para actuarem em situações de catástrofe. Tema que tem sido divulgado de forma pública e tem recebido uma ênfase especial por parte dos media.

Os défices sentidos no nosso Departamento para actuar com este tipo de situações, levou-nos, nomeadamente eu a procurar formação mais específica para uma melhor abordagem.

O “Boom” de pedidos de apoio psicológico veio alterar a posição dos profissionais de saúde para a necessidade de ajudar não só as vítimas como a eles próprios envolvidos em situações de risco.

A breve história do nosso Departamento de Saúde Mental, hoje integrado no Centro Hospitalar do Nordeste desde há cerca de 20 anos, onde apenas existia um Psiquiatra, uma assistente social e uma enfermeira que tentavam dar resposta a todo um Distrito traduz a necessidade progressiva de adaptação face às exigências cada vez maiores ao nível da nossa actuação. Hoje existem quatro psiquiatras, uma pedopsiquiatria, três psicólogas, uma assistente social e várias enfermeiras. Estes profissionais representam uma maior diversidade de tipos de ajuda e abordagens, assistência a um maior n.º de doentes e possibilidade de intervenção face a um maior número de patologias.

Nós profissionais estamos constantemente e inesperadamente sujeitos a situações novas, constantes e contínuas, apesar do conhecimento de uma série de procedimentos a realizar, qualquer que seja a preparação teórica – prática dos acontecimentos (i.e. a realidade pode superar a sua formação profissional).

Podemos assim concluir, que além das fontes de stress associadas à organização, as quais são transversais a todos os elementos profissionais, o contexto onde o profissional de saúde se desenrola é também importante, devendo ter em conta a conjugação de vários factores: trabalho, família, sociedade.

O Estudo do stress profissional melhorou consideravelmente nos últimos 10 anos mas ainda muito permanece por ser feito e segundo Mikkelsen e Benke (2004) existe pouca investigação sobre os assuntos profissionais e familiares e sobre a correlação entre estes factores, acrescento eu.

## VII – Considerações finais e Conclusão

Ao perceber as especificidades do stress pós traumático nos profissionais de saúde, no seu ambiente de trabalho, estaremos mais aptos enquanto psicólogos para incidir na prevenção e intervenção sobre o stress pós traumático, não só com as vítimas como também ajudar os colegas que vi venciam situações mais próximas.

A importância da avaliação e tratamento do trauma passa pela educação das vítimas e pela ajuda aos profissionais de saúde. (Pereira M. & Ferreira M., 2003)

*Para lidar com o stress, temos de contar em primeiro lugar com nós próprios, connosco. Antes de sermos profissionais de saúde, já éramos pessoas com características individuais, sonhos, ideias, crenças e com uma imagem a defender para nós próprios e para os outros (Cardoso C., 2002).*

As vítimas como a própria palavra diz são vítimas da situação e não escolheram este ou aquele profissional para cuidar dele.

Nós profissionais sim! Escolhemos cuidar deles!

Espero que cada um de nós pare! Pense! E... verifique! Se esta preparado. E se sabe! Sim se sabe lidar com a profissão e com o doente.

Se chegar a conclusão que era mesmo isso que realmente queria e quer para si...então sorte daqueles que caírem nas suas mãos pois... serão apenas vítimas de parte da situação e não dela no geral! Pois já não é tudo catastrófico! Mas aliviante!

## Revisão Bibliográfica

Berthold P.r: Gersons and Ingrid V.E. Carlier «Post- traumatic stress disorder: The history of a recent concept» British journal of Psychiatry (1992), 161, 742-748.

Cardoso Conceição (2002) «1ª Jornadas do Serviço de Urgências» Bragança

Cardoso Conceição, Rosa Luísa (1995) Hospital Sobral Cid «Consequências emocionais e Psiquiatria dos traumatismos cranianos e outras situações de stress»

Galvão Faria J.M, Pocinho H.F., Firmino; H. (1990) «um caso de adinamia pós-traumática» Revista Psiquiátrica na prática médica, vol.3 nº5;

Lemos Fátima, (1995), «Distúrbios de stress pós – traumático» Psiquiatria clínica pp. 47,55;

Mikkelsen, A., & Brurke, R. j. (2004). Work – family concerns of Norwegian police officers: antecedents and consequences. International journal of stress Management, 11 (4), 429-44.

Pereira graça, m. e Monteiro-Ferreira, j. (2003), «Stress traumático, aspectos teórico as e intervenção» Climepsi editores,

Tavares L.M, Soares-Fortunato M.J., Leite – Moreira F.A (200), Revista Portuguesa de Psicossomática vol.2, nº2 Julho/dez;

Vaz Serra, A. (1999), «O stress na vida de todos os dias» Gráfica de Coimbra;

American academy of Experts in traumatic stress [http // WWW.acets.org](http://WWW.acets.org)