



PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS

Índice

Enquadramento	3
1. Princípios de Hobfoll.....	4
2. Modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos (Brymer et al 2006)	10
3. Autoajuda e Limites do Interventor	30
Referências bibliográficas.....	40



Enquadramento

Os Primeiros Socorros Psicológicos são uma alternativa ao debriefing psicológico. Em 2010 a OMS, através do seu grupo de desenvolvimento de linhas orientadoras (mhGAP), avaliou as evidências da efectividade dos Primeiros Socorros Psicológicos e do debriefing e concluiu que, em caso de exposição a um evento potencialmente traumático, deverá ser oferecido às pessoas os Primeiros Socorros Psicológicos (PSP), em detrimento do debriefing psicológico. Em 2009, Bisson foi encarregue pela OMS de realizar uma revisão sistemática sobre a aplicação de Primeiros Socorros Psicológicos e concluiu que apesar “da inexistência de evidência direta para a eficácia dos PSP, existem evidências indiretas que suportam a aplicação do modelo de PSP nas primeiras semanas após um evento traumático”.

De seguida serão explorados os cinco princípios de Hobfoll (2007) e o modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos Brymer et al (2006) para a intervenção imediata em situação de crise.



1. Princípios de Hobfoll

“A adequada intervenção psicossocial na sequência de um incidente pode reduzir a doença e promover a resiliência na população.”

(EFPA, SC Disaster, Crisis and Trauma Psychology)

Existem múltiplos projectos e instituições europeias e internacionais com linhas orientadoras para a intervenção em situações de crise, como a:

- NATO (Organização do Tratado do Atlântico Norte);
- IASC (*Inter-Agency Standing Committee*);
- TENTS (*The European Network for Traumatic Stress*);
- OMS (Organização Mundial de Saúde);
- NCTSN/NCPTSD (*National Child Traumatic Stress Network/ National Center for PTSD*).

Estas linhas orientadoras, pela dificuldade de constituição de grupos de controlo num cenário de crise que permitam a sua validação empírica, são baseadas fundamentalmente **no consenso de peritos, na experiência e na investigação em torno do trauma.**

Hobfoll (2007) reuniu um painel mundial de especialistas no estudo e tratamento das pessoas expostas a crises e violência em massa, para extrapolar dos campos de pesquisa relacionados e para obter consenso sobre os princípios de intervenção em crise. Foram identificados cinco princípios de intervenção suportados empiricamente que devem ser utilizados para orientar e informar a intervenção e a prevenção nos cenários de crise. Estes são a **promoção do acalmar, sensação de autoeficácia e de eficácia da comunidade, sensação de segurança, conexão à rede social de suporte e de esperança.**



Promoção da Sensação de Segurança

A promoção da sensação de segurança tem os seguintes benefícios:

- Reduz os aspectos biológicos das reacções de stress traumático.
- Afecta positivamente os pensamentos que inibem a recuperação.

Acções para a saúde pública:

- Conduzir para um local seguro;
- Tornar claro que estão em segurança;
- Educar para como tornar o ambiente seguro;
- Informar os meios de comunicação social para passarem a mensagem de segurança e resiliência, em vez das mensagens de perigo iminente;
- Encorajar as pessoas a limitarem a sua exposição aos meios de comunicação social.

Acções de intervenção individual:

- Instruções relativas à discriminação do contexto de trauma e estímulos associados ao evento, que possam evocar reacções de stress;
- Técnicas de *grounding* para a focagem na realidade;
- Exposição imagética e exposição sistemática (ao vivo).



Promoção do Acalmar

A promoção do acalmar tem os seguintes benefícios:

- Reduz a ansiedade, a activação elevada, entorpecimento, ou emoções fortes, com melhoria de:
 - Sono;
 - Alimentação;
 - Tomada de decisão;
 - Desempenho dos diferentes papéis.
 - Reduz a probabilidade de psicopatologia a longo prazo.

Acções para a saúde pública:

- Ajude as pessoas a resolver preocupações;
- Dê informação sobre se os entes queridos estão seguros;
- Informe se ainda existe algum risco presente;
- Educação comunitária em massa sobre:
 - Reacções comuns após um evento potencialmente traumático;
 - Técnicas de gestão da ansiedade;
 - Sinais de evolução negativa das reacções de stress e onde e como procurar ajuda;
 - Limitar a exposição aos meios de comunicação social.

Acções de intervenção individual:

- Treino de respiração abdominal;
- Relaxamento muscular;
- Naturalização das reacções de stress;
- Técnica do *grounding*.



Promoção da Sensação de Autoeficácia e de Eficácia da Comunidade

A promoção da sensação de autoeficácia e de eficácia da comunidade tem as seguintes vantagens:

- Promove as crenças das pessoas acerca das suas capacidades;
- Promove a autorregulação de pensamentos, emoções e comportamentos.

Acções para a saúde pública:

- Dê recursos às pessoas;
- Tanto quanto possível, envolva as vítimas nas tomadas de decisão e nos trabalhos de recuperação;
- Promova actividades que eram desenvolvidas na comunidade, como:
 - Actividades religiosas;
 - Encontros convívio;
 - Utilização de rituais colectivos de cura e de luto;
 - Colaboração com líderes e curandeiros locais.
- Desenvolva “comunidades competentes”, que:
 - Encorajam o bem-estar dos seus cidadãos;
 - Encontram recursos materiais para a reconstrução e para o restabelecimento da ordem;
 - Têm esperança no futuro;
 - Suportam as famílias que são frequentemente quem mais providenciam cuidados de saúde mental após as catástrofes;
 - Desenvolvem a percepção de que existem pessoas disponíveis para dar suporte.

Acções de intervenção individual:

- Relembre as pessoas da sua eficácia;
- Ajude a recalibrar expectativas e objectivos;
- Ensine as pessoas a resolverem problemas e a colocarem objectivos alcançáveis;
- Encoraje o *coping* activo;
- Promova a sensação de controlo sobre os stressores.



Promoção da Conexão à Rede Social de Suporte

A promoção da conexão à rede social de suporte tem os seguintes benefícios:

- Melhor bem-estar emocional e recuperação;
- Dá oportunidade de:
 - Informação sobre recursos existentes;
 - Resolução de problemas práticos;
 - Compreensão emocional;
 - Partilha de experiências;
 - Normalização das reacções de stress e das experiências;
 - Instruções mútuas sobre a forma de lidar com os problemas.

Acções para a saúde pública:

- Identifique aqueles que:
 - Não têm suporte;
 - Provavelmente ficarão socialmente isolados;
 - Têm suporte social que transmite mensagens erróneas e desadaptativas.
 - Ajude os indivíduos a ligarem-se aos seus entes queridos;
 - Aumente a quantidade, qualidade e frequência dos contactos de suporte;
 - Fale sobre potenciais influências negativas.

Acções de intervenção individual:

- Treine as pessoas sobre como procurarem ajuda;
- Providencie suporte formal;
- Ajude a lidar com as discordâncias entre membros da mesma família.



Promoção da Esperança

A promoção da esperança tem resultados favoráveis que estão associados com:

- Optimismo;
- Expectativas positivas;
- Sentimento de confiança na vida e/ou no próprio;
- Crenças espirituais fortes.

Acções para a saúde pública:

- Suporte a reconstrução das economias locais;
- Ajude as pessoas a:
 - Ligarem-se aos recursos;
 - Partilharem a sua experiência e a esperança;
 - Construir significado do que aconteceu;
 - Aceitar que as suas vidas e o seu ambiente mudaram.

Acções de intervenção individual:

- Identificar, amplificar e concentrar-se em desenvolver pontos fortes;
- Normalizar as respostas;
- Lidar com os comportamentos de evitamento extremos;
- Controlar pensamentos auto depreciativos;
- Encorajar comportamentos de *coping* positivo.

Estes cinco princípios descritos por Hobfoll (2007) são hoje considerados como transversais a todas as intervenções e modelos na área da intervenção em situações de crise. Finalmente, na aplicação destes princípios a nível internacional, é crítico que se considere a cultura local e se adapte o desenho e implementação da intervenção às características singulares da população local. Avancemos agora para a apresentação do modelo de Primeiros Socorros Psicológicos, essencial para a primeira abordagem às vítimas de uma situação de crise.



2. Modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos (Brymer et al 2006)

O modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) é um modelo modular, baseado na evidência para ajudar crianças, adolescentes, adultos e as famílias após uma crise ou atentado terrorista. O modelo PSP foi construído para reduzir o distress inicial causado por eventos potencialmente traumáticos, e para promover o funcionamento adaptativo e os mecanismos de *coping* positivos a curto e médio prazo.

O modelo PSP não assume que todas as vítimas irão desenvolver problemas mentais ou dificuldades a longo prazo na recuperação. Assume sim, que as vítimas e outros afectados pelo incidente irão experienciar inicialmente reacções ao stress (físicas, psicológicas, comportamentais, espirituais) e que algumas destas reacções poderão causar distress que interferirá com o *coping* adaptativo e com a recuperação, pelo que é importante o suporte no imediato.

O modelo PSP tem como principais objectivos:

- Estabelecer uma ligação humana empática, de forma não intrusiva;
- Promover a segurança desde o primeiro momento e providenciar conforto físico e emocional;
- Orientar e acalmar vítimas com reacções intensas;
- Ajudar os sobreviventes a comunicar as necessidades e preocupações imediatas e recolher a informação necessária;
- Oferecer ajuda prática e informação às vítimas;
- Conectar as vítimas, assim que possível, à sua rede social de apoio, incluindo família, amigos, vizinhos, e recursos comunitários;
- Promover o *coping* adaptativo e o *empowerment* de forma a que as vítimas tenham um papel activo na sua recuperação;
- Dar informação que possa ajudar as vítimas a lidar de forma mais eficaz com o impacto psicológico do incidente.



Desta forma, os autores propõem as seguintes linhas orientadoras para os interventores:

- Observe primeiro, não seja intrusivo. Depois questione o que necessitam para determinar como pode ajudar.
- Muitas vezes, a melhor forma de iniciar contacto é dar ajuda prática (água, comida, cobertores).
- Inicie contacto só após ter observado a situação, pessoa ou família, e de se ter assegurado que não irá ser intrusivo.
- Esteja preparado para que a vítima o possa evitar ou, pelo contrário, não queira deixá-lo ir.
- Fale calmamente, seja paciente, responsivo e sensível. Não utilize calão.
- Se a vítima quiser falar, esteja preparado para ouvir. Enquanto a estiver a ouvir, foque-se em ouvir as suas necessidades e como poderá ajudar.
- Reforce positivamente tudo o que a vítima tenha feito para se manter seguro.
- Dê informação adequada à idade da pessoa e que dê resposta a necessidades imediatas. Repita as respostas as vezes necessárias.
- Relembre que o objectivo dos Primeiros Socorros Psicológicos são a redução do distress e a promoção do funcionamento adaptativo, por isso não deverá pedir detalhes do evento potencialmente traumático.

Preparação para a Aplicação dos Primeiros Socorros Psicológicos

De forma a assistir os sobreviventes de uma catástrofe ou de um incidente potencialmente traumático, o interventor tem de tomar conhecimento da natureza do evento, das circunstâncias atuais e do tipo e disponibilidade dos serviços de suporte existentes.

Entrar no Cenário:

Entrar no cenário de uma forma bem-sucedida implica actuar dentro da estrutura de um agente de Protecção Civil, em que os papéis estão claramente definidos. É essencial estabelecer comunicação e coordenar actividades com as organizações presentes no local.

Uma boa entrada no cenário implica também obter conhecimento sobre quem lidera, organiza, que procedimentos já foram adoptados, que serviços de suporte existem. É importante ter informação exacta sobre o que vai acontecer, que serviços estão disponíveis e onde podem ser encontrados.



Esta informação deverá ser obtida o mais precocemente possível, dado que providenciar esta informação é muitas vezes importante para a redução dos níveis de ansiedade e para a promoção do *coping*.

Dar Suporte:

Em alguns cenários, os Primeiros Socorros Psicológicos são oferecidos em zonas já constituídas. Noutros, o interventor pode ter de circular nas imediações para identificar quem poderá necessitar de ajuda. Foque a atenção em como as pessoas estão a reagir e a interagir no cenário. As pessoas que podem necessitar de assistência imediata manifestam sinais de distress, incluindo:

- Desorientação;
- Confusão;
- Agitação;
- Pânico;
- Isolamento, apatia;
- Irritabilidade ou raiva;
- Preocupação excessiva.

Setting Grupal:

Os Primeiros Socorros Psicológicos foram primariamente desenhados para a intervenção individual ou familiar, contudo muitos componentes podem ser utilizados no formato grupal. Os componentes de informação, suporte, conforto e segurança podem ser aplicados aos grupos que se formam espontaneamente. Para grupos de crianças ou adolescentes, oferecer jogos para a distração pode reduzir a ansiedade e a preocupação após horas ou dias num abrigo. Quando intervier com grupos lembre-se de:

- Ajustar a discussão às necessidades e preocupações partilhadas pelo grupo;
- Focar a discussão na resolução de problemas e de estratégias de *coping* aplicados a necessidades imediatas;
- Não deixar a discussão em torno de preocupações tornar-se apenas num somatório de queixas;
- Se uma pessoa necessitar de mais suporte, oferecer um espaço dedicado para ela após a discussão grupal.



Mantenha uma Presença Calma:

As pessoas reagem a um evento com base também nas reações que observam nos outros. Ao demonstrar serenidade, pode ajudar os sobreviventes a sentirem que podem confiar em si. Outros podem seguir o seu pensamento mais focado, mesmo que não se sintam calmos ou seguros. Os interventores muitas vezes modelam o sentimento de esperança que os sobreviventes não conseguem inicialmente sentir enquanto estão a lidar com as preocupações imediatas.

Seja Sensível à Cultura e à Diversidade:

Os interventores devem ser sensíveis à cultura, etnia, religião e às diferenças linguísticas. Enquanto interventor deve estar consciente dos seus próprios valores e preconceitos e de como estes diferem dos da comunidade com que irá intervir. Ajudar a manter ou reestabelecer costumes, tradições, rituais, estrutura familiar, papéis de género e laços sociais é de extrema importância na recuperação da comunidade. Informação acerca da comunidade, incluindo como são expressas as reações emocionais, atitudes relativamente a agências governamentais e receptividade ao aconselhamento, deve ser recolhida precocemente.

Esteja Atento às Populações de Risco:

Indivíduos que estão em maior risco após um incidente potencialmente traumático:

- Crianças, especialmente aquelas:
 - Separadas dos pais/adultos cuidadores;
 - Cujos pais/adultos cuidadores, membros da família ou amigos morreram;
 - Cujos pais/adultos cuidadores ficaram significativamente feridos ou estão desaparecidos;
 - Que estavam em lares de acolhimento.
- Aqueles que apresentam ferimentos;
- Aqueles que tiveram múltiplos realojamentos e deslocações;
- Aqueles que têm doenças físicas e mentais prévias;
- Aqueles que têm incapacidades;
- Adolescentes e adultos com comportamentos aditivos;
- Mulheres grávidas;
- Mães com bebés ou crianças pequenas;
- Equipas de emergência;



- Outras perdas significativas (casa, animais de estimação, fotografias de família...);
- Aqueles que experienciaram em primeira mão cenas grotescas ou de risco extremo de vida;
- Aqueles que pertencem a grupos sociais desfavorecidos.

Existem oito ações que são essenciais nos Primeiros Socorros Psicológicos:

Estas acções constituem os objectivos da ajuda psicológica nos primeiros dias ou semanas após incidente potencialmente traumático. Devem ser utilizadas com flexibilidade, sendo que a quantidade de tempo despendida em cada acção depende das necessidades específicas de cada vítima. Vejamos em detalhe cada uma.

1) Contacto e Estabelecimento da Relação

Objectivo: Iniciar o contacto de forma empática e não intrusiva, de forma a oferecer ajuda.

O primeiro contacto com uma vítima é muito importante. Se bem efectuado, pode estabelecer uma relação de ajuda eficaz e aumentar a receptividade da pessoa no futuro em procurar ajuda.

Estabeleça o contacto com os sobreviventes de forma empática e não intrusiva:

- Apresente-se e descreva o seu papel;
- Peça permissão para falar;
- Explique os objectivos;
- Questione sobre as necessidades imediatas;
- Antes de falar com crianças assegure-se, sempre que possível, que pede permissão aos pais/adultos responsáveis;
- Tenha em atenção as diferenças culturais no que concerne ao toque, “espaço pessoal” e ao olhar;
- Assegure ao máximo a confidencialidade.



Por exemplo, ao estabelecer contacto, poderá dizer:

Adulto - “Olá. O meu nome é Manuel, sou psicólogo. Estou a ver como as pessoas estão e se poderei ajudar em alguma coisa. Posso falar consigo alguns minutos? Como se chama? Sra. Antónia, antes de falarmos, existe alguma coisa de que necessite já, como água?”

Criança / Adolescente - “E esta é a sua filha?” (coloque-se ao nível ocular da criança, sorria e cumprimente a criança utilizando o seu nome). “Olá Elsa, o meu nome é Manuel e estou aqui a tentar ajudar a tua família. Precisas de alguma coisa agora? Temos ali água e sumos de fruta, cobertores e caixas de brinquedos.”

Algumas vítimas podem não procurar a sua ajuda, mas podem beneficiar do seu apoio. Quando identificar estas pessoas, não interrompa conversas em curso e assuma que a pessoa poderá não querer falar imediatamente consigo. Se a pessoa declinar a sua oferta de suporte, respeite a sua decisão e indique onde e como poderá obter ajuda depois.

2) Segurança e Conforto

Objectivo: Promover a segurança de forma imediata e providenciar conforto físico e emocional.

Reestabelecer o sentimento de segurança é um objectivo importante após um incidente. Promover a segurança e o conforto pode reduzir a ansiedade e as preocupações associadas.

O conforto e a segurança podem ser promovidos junto das vítimas das seguintes formas:

- Garantir a segurança física imediata: retirar de locais em que corram perigo, remover objectos com que se possam magoar, entre outros.
- Fornecer informações sobre as actividades e/ou serviços de resposta ao incidente: o que está a ser feito para assisti-los, serviços disponíveis, o que se sabe sobre o evento,...

Adulto - “Pelo que percebi, vamos começar a transportar as pessoas para um abrigo que será o ginásio da escola secundária, dentro de uma hora. Haverá comida, roupa limpa e um sítio onde poderão descansar. Por favor, permaneça nesta área, um elemento da equipa virá aqui para levá-lo”.



Criança / Adolescente - “Olha o que vai acontecer a seguir: tu e a tua mãe vão juntas para um sítio que se chama abrigo, que é uma casa segura que tem comida, roupa limpa e um sítio para descansarem. Fica aqui com a tua mãe até chegar o autocarro.”

- Oferecer conforto físico: um local onde possam ficar considerando, se possível, se possui a temperatura, luminosidade e mobiliário adequados, entre outros.
- Promover o contacto social com outras vítimas.
- Proteger de experiências potencialmente traumáticas e de estímulos associados ao trauma, como imagens, sons ou cheiros.
- Discutir a exposição aos meios de comunicação social.

Adulto - “Passou por muito e é uma boa ideia proteger-se a si e aos seus filhos de imagens, cheiros ou sons perturbadores. Até as notícias do desastre que passam na televisão podem ser muito perturbadoras para as crianças. Tente que as crianças não vejam notícias relacionadas com o desastre. E já agora, também lhe fará bem a si não ver essas notícias.”

3) Estabilização

Objectivo: Acalmar e orientar as vítimas em descontrolo emocional.

A maioria das pessoas afectadas por um incidente potencialmente traumático não necessita de estabilização. A expressão de emoções intensas é esperada e normal, contudo a activação fisiológica extrema, o embotamento e a ansiedade extrema podem interferir com o sono, o apetite, a tomada de decisão, a parentalidade ou com outros papéis. Para estas pessoas deve ser oferecido suporte para a estabilização. Observe os seguintes sinais que indicam que a pessoa possa necessitar de estabilização:

- Olhar vago e vazio;
- Não responsivo a orientações verbais;
- Desorientado (a deambular);
- Exibe reacções emocionais muito intensas (choro incontrolável, hiperventilação);
- Reacções físicas incontroláveis (tremores);
- Comportamento frenético de busca;
- Incapacitado pela preocupação;
- Actividades de risco.



No geral, siga os seguintes passos para a estabilização:

- Respeite a privacidade das pessoas e aguarde alguns minutos antes de intervir. Diga que está disponível se precisarem ou que irá voltar dentro de minutos para perceber como estão;
- Mantenha-se calmo, sem falar, mas presente, em vez de tentar imediatamente falar com a pessoa, já que poderá estar a contribuir para a sobrecarga cognitiva/emocional. Mantenha-se disponível, enquanto dá alguns minutos à pessoa para se acalmar;
- Mantenha-se por perto enquanto fala com outras vítimas, e “à vista” para que a pessoa se possa dirigir a si se assim o desejar;
- Ofereça suporte e ajude a pessoa a focar-se em pensamentos e sentimentos específicos e em objectivos;
- Dê informação que ajude a pessoa a readquirir a sensação de controlo: como está organizada a ajuda, onde pode ter ajuda e que passos considerar.

No caso de se manter a activação emocional extrema, embotamento, dissociação ou pânico utilizar:

- Respiração Abdominal

Adulto

1. Inspire devagar pelo nariz e encha confortavelmente os pulmões até à barriga;
2. Silenciosa e calmamente repita para si: “o meu corpo está cheio de calma”. Expire devagar pela boca e confortavelmente esvazie totalmente os pulmões;
3. Silenciosa e calmamente repita para si: “o meu corpo está a libertar a tensão”;
4. Repita 5 vezes;
5. Faça-o as vezes que forem necessárias ao longo do dia.

Veja um vídeo com um exemplo de respiração abdominal para adultos:

<https://www.youtube.com/watch?v=kOTTy4HdEwk>



Criança / Adolescente

Ajude a criança num exercício respiratório:

1. “Vamos praticar uma forma diferente de respirar que pode ajudar os nossos corpos a relaxar;
2. Põe uma mão em cima da barriga (demonstrar);
3. Agora vamos respirar pelo nariz. Quando inspiramos vamos encher de ar a barriga e aguentar um bocadinho (demonstrar);
4. Depois vamos expirar pelas nossas bocas. Quando o fizermos o nosso estômago vai encolher (demonstrar);
5. Vamos inspirar muito lentamente enquanto eu conto até 3. Vamos agora expirar muito lentamente enquanto eu conto até 3;
6. Vamos tentar juntos?”

Veja um vídeo com um exemplo de respiração abdominal para crianças:

<https://www.youtube.com/watch?v=UAyIAS6-X7s>

- Relaxamento Muscular

Para relaxamento e eliminação da sensação de dormência:

1. “Deite-se ou sente-se de forma confortável. Execute os movimentos com suavidade. À medida que vai executando os movimentos é importante concentrar a sua atenção na zona do corpo que está tensa ou sensação de formigueiro, observando as sensações físicas nessa zona; Imaginando que sente os braços dormentes:
2. Feche os punhos com força. Faça força e mantenha durante 5 segundos, dirija a atenção para os punhos;
3. Agora abra a mão e relaxe durante 10 a 15 segundos, dirigindo a atenção para essa zona;



4. Repita novamente;
5. Agora troque de mão e repita o procedimento. Repita as vezes necessárias;
6. Faça músculo com força no braço. Faça força e mantenha durante 5 segundos, dirigindo a atenção para o braço;
7. Agora relaxe o músculo do braço durante 10 a 15 segundos e observe as sensações físicas no braço. Repita novamente;
8. Troque de braço e repita o procedimento;
9. Repita as vezes necessárias até obter o relaxamento da zona do corpo.”

- Grounding

Se a pessoa não está responsiva, deve utilizar o *Grounding*:

- Sente a pessoa numa posição confortável;
- Diga: “Inspire e expire lentamente”;
- Diga-me 5 coisas que esteja a sentir. Por exemplo: “Sinto as costas na cadeira, sinto um cobertor nas minhas mãos...”;
- “Inspire e expire lentamente”;
- Agora diga-me 5 sons que esteja a ouvir. Por exemplo: “Oíço o meu coração a bater, um telemóvel a tocar...”;
- Inspire e expire lentamente;
- Olhe à sua volta e diga-me 5 objectos que esteja a ver. Por exemplo: “Vejo o chão, uma mesa, os meus sapatos...”; Se se tratar de uma criança pode utilizar a nomeação de cores. Por exemplo: “Diz-me 5 cores que estejas a ver. Consegues ver alguma coisa azul?”

Se nenhuma destas intervenções ajudar na estabilização emocional, deverá encaminhar a pessoa para uma consulta médica, já que poderá ser necessário a administração de medicação.



4) Recolha de Informação

Objectivo: Identificar as necessidades e preocupações imediatas, obter informação adicional de forma a ajustar a intervenção.

Lembre-se que na maioria dos contextos de intervenção, a pesquisa de informação será limitada pelo tempo, pelas necessidades e prioridades da vítima, entre outros factores.

A pesquisa de informação é utilizada para:

- Determinar a necessidade de encaminhamento imediato;
- Determinar a necessidade de usufruir de serviços adicionais disponíveis;
- Oferecer uma intervenção de *follow-up*;
- Determinar quais os componentes dos primeiros socorros que serão mais úteis.

Áreas a pesquisar:

- Natureza e severidade das experiências durante o incidente;
- Morte de um ente querido;
- Preocupações acerca da vida após o incidente;
- Separação ou preocupação acerca da segurança dos entes queridos;
- Doenças físicas, doenças mentais e necessidade de medicação;
- Perdas (casa, escola, trabalho, animais de estimação, outros bens);
- Sentimentos exacerbados de culpa ou vergonha;
- Pensamentos de fazer mal ao próprio ou a outros;
- Disponibilidade do suporte social;
- Consumos anteriores de álcool ou drogas;
- Exposição anterior ao trauma e à morte de entes queridos;
- Mecanismo de *coping* passados.



Ao clarificar o nível de exposição ao trauma:

- Evite pedir a descrição detalhada de experiências traumáticas;
- Siga o discurso natural da vítima;
- Os indivíduos não devem ser pressionados a revelar detalhes de qualquer trauma ou perda;
- Se as vítimas estão ansiosas para falar sobre suas experiências, diga-lhes: “Por enquanto, as informações básicas para o ajudar com as suas necessidades actuais é o mais útil.” “Pode discutir detalhadamente as suas experiências num ambiente mais protegido no futuro”. Se a vítima identificar múltiplas preocupações, deve fazer o resumo e ajudá-lo a identificar quais os assuntos mais prioritários para lidar.

5) Assistência Prática

Objectivo: Oferecer ajuda prática às vítimas na resolução das necessidades e preocupações imediatas.

Ao ajudar as pessoas a obterem recursos, estará a aumentar a sua sensação de *empowerment*, a esperança e a restabelecer a sua dignidade. Desta forma, ajudar a vítima, com os seus problemas actuais ou antecipados, é um componente central do modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos. Os sobreviventes podem apreciar uma ajuda mais pragmática com o foco na resolução dos seus problemas. Após a identificação das necessidades, deverá ensinar as pessoas a definirem objectivos realistas que irão ajudar a:

- diminuir o sentimento de incapacidade em lidar com a situação
- terem experiências de sucesso
- reestabelecer a percepção de controlo necessária para uma recuperação eficaz. Deve então oferecer ajuda prática para os sobreviventes na resposta às necessidades e preocupações imediatas.



A ajuda prática para as vítimas na resposta às necessidades e preocupações imediatas poderá ser conduzida em quatro passos:

1) Identificar as necessidades mais imediatas

O sobrevivente tem, frequentemente, múltiplas preocupações, pelo que é necessário focar-se em uma de cada vez.

Adulto - “Eu compreendo o que me está a dizer, Sra. Antónia. A sua maior preocupação é encontrar o seu marido e certificar-se que ele está bem. Vamos focar-nos nisso e estabelecer um plano para obter essa informação”.

Criança / Adolescente - “Parece que estás muito preocupado com muitas coisas, como o que aconteceu à tua casa, quando volta o teu pai e o que vai acontecer a seguir. São todas preocupações importantes, mas vamos pensar qual é a mais importante agora e vamos fazer um plano.”.

2) Clarificar a necessidade

Fale coma vítima para especificar o problema. Quanto mais clarificado estiver o problema, mais fácil será em colocá-lo em passos práticos para o resolver.

3) Discutir um plano de acção

Ajude a vítima a pensar no que pode ser feito. Tente que a resposta venha primeiro da pessoa e só depois tente oferecer sugestões. Diga à vítima o que poderá esperar realisticamente dos recursos disponíveis.

4) Agir para atender à necessidade

Ajude a vítima a iniciar a acção. Por exemplo, ajude-o a marcar uma hora com o serviço que necessita e se necessário ajude-o no preenchimento de formulários.



6) *Conexão ao Suporte Social*

Objectivo: Ajudar a estabelecer ligação à rede social de suporte, incluindo membros da família, amigos e recursos da comunidade.

O suporte social está relacionado com o bem-estar emocional e com a recuperação após as situações de crise. As pessoas que têm um bom suporte social mais facilmente entrarão em actividades de suporte (darem ou receberem suporte) necessárias após o incidente. O suporte social pode ter vários formatos:

Suporte Emocional

Abraçar, escutar, compreender, aceitar.

Conexão Social

Sentir que pertence a um grupo e partilha coisas em comum com outras pessoas.

Sentir que Faz Falta

Sentir que é importante para os outros, que é valorizado.

Suporte Confiável

Sentir que tem pessoas em quem pode confiar, que estarão lá se necessário.

Aconselhamento e Informação

Ter pessoas que lhe dão bons conselhos ou informação, que o ajudam a compreender as suas reacções ou que lhe dão bons exemplos sobre como lidar com alguns problemas.

Assistência Física

Ter pessoas que o ajudam a carregar coisas, a arranjar a casa ou a preencher formulários.

Assistência Material

Ter pessoas que lhe dão bens, como água, roupa, abrigo ou dinheiro.



Como psicólogo, deve:

- Melhorar o acesso das pessoas à sua rede de suporte primária (família e outros significativos);
- Incentivar o recurso às pessoas que estão a prestar apoio imediato;
- Discutir formas de procurar e dar apoio;
- Identificar possíveis pessoas de apoio;
- Discutir o que fazer/falar (como abordar outras pessoas);
- Explorar a resistência em procurar apoio;
- Abordar os sobreviventes com isolamento social extremo:
 - Pense sobre o tipo de apoio que lhe será mais útil;
 - Pense nas pessoas de quem a vítima se poderá aproximar;
 - Decida quem pode ser um bom modelo ou mentor;
 - Decida de antemão o que a vítima gostaria de discutir ou fazer;
 - Escolha o momento certo e lugar para abordar alguém para apoio.

Para saber que o que fazer para Estabelecer Ligação ao Suporte Social, consulte o documento “Estabelecer ligação ao suporte social” disponível na Plataforma Moodle.

7) Informação sobre o coping

Objectivo: Providenciar informação sobre as reacções de stress e como lidar com elas de forma a promover o funcionamento adaptativo.

As crises podem colocar em risco as capacidades dos indivíduos em lidarem com as adversidades. Sentirem que conseguem lidar com a ansiedade e com os problemas poderá ser benéfico para a recuperação. Deverá informar os indivíduos sobre as seguintes situações:

- Reacções de stress:
 - Forneça informações simples sobre reacções de stress e *coping*;
 - Construa a discussão em torno das reacções da vítima;
 - Inclua possíveis reacções negativas e positivas;
 - Evite patologizar as reacções de stress;
 - Discuta formas positivas e negativas de lidar com as reacções de stress.



- Duração das reacções de stress dependerá (entre outras coisas) da:
 - gravidade da exposição ao trauma e perda;
 - gravidade das adversidades após o incidente;
 - frequência com que estão expostos a estímulos que evocam pensamentos ou sentimentos associados ao incidente. Diga que é natural a resposta de ansiedade face ao que viveu e que é normal que comece a diminuir a intensidade, frequência e duração das reacções. Contudo se as reacções continuarem a interferir com a sua capacidade de funcionar após um mês, deverá procurar serviços especializados de saúde mental.

- Coping negativo (pode ter efeitos negativos não intencionais):
 - Isolamento social;
 - Evitamento extremo de pensar ou falar sobre o incidente;
 - Trabalhar demasiado;
 - Raiva ou violência;
 - Uso de álcool ou drogas.

- Coping positivo (leva a resultados positivos):
 - Apoio social;
 - Actividades positivas distractoras;
 - Estabelecer e alcançar objectivos;
 - Alterar expectativas/prioridades;
 - Respiração/relaxamento/descanso;
 - Exercício físico;
 - Escrita de um diário;
 - Aconselhamento;
 - Humor.

- Coping na família:
 - Retomar as rotinas familiares;
 - Desenvolva a percepção de que poderão existir diferenças nas reacções e recuperação dos elementos da família;



- Encoraje o entendimento mútuo, a paciência e a tolerância aos diferentes percursos de recuperação dos elementos da família;
- Ajude os adolescentes a compreender os comportamentos mais protectores dos pais (por exemplo, pedir para ligar quando chegar à casa dos amigos) como normais e passageiros.
- Reacções de raiva:

As vítimas podem modificar a sua raiva:

 - Retirando-se do local por um tempo;
 - Conversando com um amigo sobre o que está a irritá-lo;
 - Fazendo exercício físico (por exemplo, caminhar, correr, fazer flexões);
 - Fazendo um diário em que descreve como se sente; Relembre a vítima que estar com raiva não irá ajudá-lo a conseguir o que quer e que pode prejudicar os seus relacionamentos importantes. Incentive a vítima a distrair-se com actividades positivas. Incentive ainda a vítima a permitir que outro adulto possa supervisionar temporariamente os seus filhos.
- Emoções “negativas” de culpa e vergonha:

Algumas vítimas podem pensar acerca do que causou o evento, como reagiram, e como poderá ser o futuro. Atribuírem culpa excessiva a si mesmos ou a outros pode aumentar a intensidade das suas reacções.

 - Deve escutar essas crenças e ajudar as vítimas a olhar para a situação de outra forma. Poderá perguntar: “Se um amigo seu tivesse passado por esta situação, o que lhe diria? Consegue dizer o mesmo a si próprio?”;
 - Ajude a esclarecer mal-entendidos, rumores e distorções;
 - Ajude os sobreviventes a entender como os pensamentos influenciam as emoções.
- Como lidar com os problemas do sono:

Incentivar as vítimas para:

 - Manterem rotinas de sono regulares;
 - Reduzirem o consumo de álcool;



- Eliminarem as bebidas com cafeína à tarde/noite;
 - Aumentarem o exercício físico regular;
 - Relaxarem antes de dormir;
 - Limitarem as sestas a 15 minutos, e sempre antes das 16:00;
 - Obterem suporte para preocupações imediatas.
- Problemas de sono nas crianças:
 - Lembrar aos pais que é frequente que as crianças queiram permanecer perto dos seus pais à noite;
 - Alterações temporárias nas rotinas de dormir (quererem dormir na cama dos pais ou que os pais fiquem no seu quarto) são normais, desde que os pais façam um plano com seus filhos para negociar um retorno à rotina normal de sono.
- Abuso de substâncias:
 - Explique que muitas pessoas optam por beber, usar medicamentos ou drogas para reduzirem o seu sofrimento;
 - Peça ao indivíduo para identificar os prós e contras do uso de álcool ou de outras drogas como forma de lidar com os problemas;
 - Chegue a um acordo de abstinência ou de um padrão de consumo seguro.
- Questões desenvolvimentistas:
 - As pressões e adversidades após um acidente podem resultar em importantes interrupções, atrasos ou regressões no progresso do desenvolvimento;
 - A perda de oportunidades de desenvolvimento ou conquistas pode ser experienciado como uma das principais consequências resultantes do desastre. Tente alertar os membros da família para estas dificuldades, ressaltando que as dificuldades no desenvolvimento diminuirão com a progressiva adaptação ao incidente.



8) Referenciação a Serviços

Objectivo: Promover a ligação das vítimas a serviços necessários no presente ou no futuro.

Enquanto dá informação, fale também sobre se existe alguma preocupação que necessite de informação adicional ou de referenciação a outro serviço. Confira alguns **exemplos de situações que requerem referenciação:**

- Um problema médico agudo que necessite de apoio imediato;
- Um problema de saúde mental que necessite de atenção imediata;
- Agravamento de um problema médico, emocional, comportamental pré-existente;
- Ameaça em magoar-se a si ou a outros;
- Preocupação relacionada com o uso de álcool ou drogas;
- Casos que envolvam negligência a crianças ou idosos (reporte às autoridades);
- Quando existe necessidade de medicação para a estabilização;
- Quando é pedido apoio religioso;
- Dificuldades crescentes em lidar com as reacções de stress (4 ou mais semanas após o incidente);
- Quando o sobrevivente pede referenciação.

É também importante voltar a ligar as vítimas a instituições que lhes providenciavam serviços antes do incidente, incluindo:

- Serviços de saúde mental;
- Serviços médicos;
- Serviços de suporte social;
- Serviços de apoio a crianças;
- Escolas;
- Grupos de suporte para as dependências.

Se a pessoa recusar referenciação para um serviço de saúde mental:

- Propor uma avaliação, em vez de tratamento;
- Normalizar a noção de tratamento;



- Fornecer materiais educativos;
- Dar informação sobre diferentes formas de procurar assistência;
- Considerar envolver entes queridos (pais ou cônjuge) com consentimento do próprio na discussão do assunto;
- Fazer *follow-up* e voltar a abordar o assunto.

Promova a continuidade das relações de ajuda:

Uma preocupação secundária, mas importante, para a vítima é a de poder manter o contacto com o interventor que o ajudou. Poderá efetuar *follow-up* mas, em muitos casos, poderá não ser possível manter o contacto. Contudo, a perda de contacto pode levar a uma sensação de abandono ou rejeição. Pode criar uma sensação de continuidade dos cuidados prestados se:

- Der nomes e contactos dos serviços de suporte existentes na comunidade que poderá recorrer se necessitar de ajuda;
- Apresentar os sobreviventes a profissionais de saúde, serviço social ou outros trabalhadores, de forma a que eles saibam o nome de outros ajudantes. Veja o seguinte vídeo que exemplifica a aplicação dos primeiros socorros psicológicos: <https://www.youtube.com/watch?v=VilfIPeE8ZY>

Considerações Finais:

- São cinco os princípios de intervenção suportados empiricamente que devem ser utilizados para orientar e informar a intervenção e a prevenção nos cenários de crise: promoção da sensação de segurança, promoção do acalmar, promoção da sensação de autoeficácia e de eficácia da comunidade, promoção da conexão à rede social de suporte, promoção da esperança;
- O modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos foi construído para reduzir o distress inicial causado por eventos potencialmente traumáticos, e para promover o funcionamento adaptativo e os mecanismos de *coping* positivos a curto e médio prazo;
- De forma a estar preparado para aplicar os Primeiros Socorros Psicológicos, o psicólogo deverá: entrar no cenário, dar suporte, ter em conta o *setting* grupal, manter uma presença calma, ser sensível à cultura e à diversidade e estar atento às populações de risco;
- São oito as ações essenciais nos Primeiros Socorros Psicológicos: contacto e estabelecimento da relação, segurança e conforto, estabilização, recolha de informação, assistência prática, conexão ao suporte social, informação sobre o *coping* e referência a serviços.



3. Autoajuda e Limites do Interventor

Providenciar ajuda e suporte em situações de crise pode ser enriquecedor a nível pessoal e profissional devido à satisfação em ajudar o outro. Contudo, pode também ser muito exigente do ponto de vista físico e emocional.

O interventor ou a sua família podem ser directamente afectados pela situação de crise. Mesmo não estando directamente envolvido, pode ser afectado pelo que vai ver ou ouvir enquanto ajuda. Como interventor, é importante prestar uma atenção extra ao seu próprio bem-estar, assim como estar atento aos sinais de stress que podem surgir após um indivíduo lidar com eventos exigentes.

Explora-se, de seguida, alguns cuidados a ter durante as várias fases da intervenção: antes, durante e após a mesma e o modelo dos Primeiros Socorros de Stress.

Cuide de si mesmo, para que possa cuidar melhor dos outros!

Fases da Intervenção

Antes da Intervenção

Ao decidir se está apto a participar como interventor na situação de crise deve considerar o seu nível de conforto com a ocorrência em causa, bem como as suas circunstâncias actuais. Estas incluem:

- *Considerações de saúde*

Avalie a sua condição física e emocional, e qualquer condição que interfira com a sua capacidade de trabalhar por longos períodos:

- Cirurgias recentes ou tratamentos médicos;
- Problemas emocionais ou psicológicos recentes;
- Perdas ou alterações significativas na sua vida no último ano;
- Restrições de dietas que o impeçam de trabalhar;
- Capacidade para permanecer activo por longos períodos em actividades físicas que poderão ser extenuantes;
- Se necessário, prepare medicação para os dias em que prevê estar a intervir, se possível levando sempre a mais.



- *Considerações familiares*

Avalie a capacidade da sua família em lidar com a possibilidade de intervir em cenários de crise:

- A sua família está preparada para a sua ausência?
- A sua família está preparada para lidar com o facto de poder intervir em ambientes em que existe algum nível de risco?
- A sua família pode assumir algumas das suas responsabilidades enquanto está a intervir?
- Tem uma boa rede de suporte para quando regressar da intervenção?

- *Considerações relacionadas com o trabalho*

Avalie qual o impacto que tirar tempo para intervir no cenário de catástrofe, pode ter no seu trabalho:

- O seu empregador permitirá a sua ausência?
- O seu trabalho é suficientemente flexível para permitir que responda ao cenário 24-48h após ter sido contactado?

Tome uma decisão honesta sobre se está pronto para ajudar nesta situação específica e neste momento em particular.

Durante a Intervenção

Enquanto interventor, pode sentir-se responsável pela segurança e cuidados das outras pessoas. Pode presenciar ou mesmo experienciar situações terríveis, como destruição, ferimentos, morte ou violência. Pode ainda ouvir histórias de dor e sofrimento. Estas experiências podem afectá-lo a si e aos seus colegas.

Promoção da Sensação de Autoeficácia e de Eficácia da Comunidade

Desta forma, na aplicação de primeiros socorros psicológicos, é importante reconhecer e diferenciar as reacções de stress, de forma a cuidar de si durante a intervenção.

- *Acções para a Saúde Pública*

Os interventores podem experienciar reacções de stress, que são consideradas normais:

- Aumento ou diminuição do nível de actividade;
- Dificuldades no sono;
- Irritabilidade, zanga ou frustração;
- Dificuldades na atenção e em tomar decisões;



- Reacções físicas, como cefaleias, dor de estômago, taquicardia, entre outros;
- Ansiedade.

- *Acções de Intervenção Individual*

Os interventores podem experienciar respostas ao stress mais graves que podem necessitar de apoio profissional ou de supervisão:

- Fadiga de compaixão: alienação, resignação, impotência aprendida;
- Reexperienciação do trauma;
- Isolamento;
- Utilização de substâncias;
- Dificuldades interpessoais, incluindo a violência doméstica;
- Depressão;
- Comportamentos suicidários ou para-suicidários.

Cuidados da Organização

A organização pode reduzir o risco de reacções mais extremas de stress fazendo algumas acções:

- *Limitar o tempo de exposição ao cenário:* não mais do que turnos de 12 horas e encorajar intervalos;
- Proceder à rotação de elementos das zonas de maior exposição para zonas com menor nível de exposição;
- Impor pausas;
- Encorajar o apoio de pares;
- Monitorizar os interventores;
- Providenciar supervisão;
- Realizar treino de gestão de stress.

Cuidados de Autoajuda

Existem algumas actividades que promovem a autoajuda. São estas:

- Gerir os recursos pessoais;
- Planear a segurança da família;
- Obter a nutrição, os exercícios e o relaxamento necessário;



- Utilize as seguintes estratégias de gestão de stress:
 - Supervisão;
 - Pratique técnicas de relaxamento no seu dia-a-dia;
 - Aumente a frequência de actividades de prazer;
 - Passe tempo com a sua família e amigos;
 - Escreva, mantenha um diário;
 - Limite o uso de cafeína, nicotina, álcool e outras substâncias.

Sempre que possível esforce-se por:

- Recompensar os seus esforços;
- Pensar nos mecanismos de *coping* que o ajudaram no passado e que poderá utilizar agora;
- Conhecer os seus limites: evite trabalhar com muitos sobreviventes no mesmo turno;
- Trabalhar em equipa, pergunte como se sentem e peça para eles o monitorizarem;
- Faça pausas, mesmo que breves, para alimentação e descanso;
- Utilize o apoio de pares e supervisão;
- Ser flexível, paciente e tolerante;
- Aceitar que não consegue mudar tudo.

Deve evitar fazer:

- Longos períodos de trabalho só, ou seja, sem colegas;
- Trabalhar sem fazer pausas;
- Diálogo interno negativo que reforce sentimentos de incompetência;
- Comer de forma excessiva ou utilizar substâncias como forma de suporte;
- Obstáculos comuns à autoajuda:
 - “Eu seria egoísta se fizesse uma pausa”;
 - “Se os outros estão a trabalhar há 24h, eu também tenho de trabalhar 24h seguidas”;
 - “As necessidades das crises são mais importantes que as minhas”;
 - “Vou descansar só quando fizer X, Y, Z”.



Após a Intervenção

Esperar um período de reajustamento ao regressar ao seu dia-a-dia. Ter tempo para descansar e reflectir é uma parte importante no seu papel de interventor. As sugestões seguintes podem ajudá-lo na sua recuperação.

Sempre que possível esforce-se por:

- Ter e dar suporte;
- Planear tempo para férias;
- Preparar-se para uma mudança na visão do mundo que poderá não encontrar eco nos seus familiares;
- Procurar ajuda se as reacções e respostas extremas ao stress se mantiverem por 2 ou 3 semanas;
- Aumentar as actividades de prazer, o exercício físico e a gestão do stress;
- Esteja atento à alimentação e à sua saúde;
- Passar tempo com as pessoas importantes;
- Praticar boas rotinas de sono;
- Dar tempo para a reflexão pessoal;
- Falar sobre as suas preocupações ou escrever;
- Reflectir e aceitar o que fez bem, os aspectos a melhorar e os limites do que podia fazer dadas as circunstâncias.

Por outro lado, deve evitar:

- O uso de álcool, drogas ilícitas ou grandes quantidades de medicação prescrita.
- Fazer mudanças de fundo na sua vida, pelo menos por um mês.
- Desvalorizar o trabalho que realizou com as vítimas.
- Estar demasiado ocupado.



Modelo dos Primeiros Socorros para o Stress

O Modelo dos Primeiros Socorros para o Stress (PSS) foi inicialmente desenvolvido por Patricia Watson como um modelo de apoio de pares para as forças armadas norte-americanas.

Rapidamente foi adaptado por organizações de resposta à emergência como modelo de suporte de pares para lidar com o stress resultante de eventos exigentes.

No ambiente de trabalho, os indivíduos melhor posicionados a serem os fornecedores de PSS são os colegas de trabalho ou outros que tenham relação existente com o indivíduo afectado. Amigos e familiares também podem desempenhar um papel importante na identificação dos indivíduos que podem estar em risco.

O modelo dos PSS foi desenhado para reduzir o risco de reacções extremas de stress:

- Os PSS são utilizados para monitorizar continuamente o stress dos interventores.
- Os PSS são utilizados para reconhecer rapidamente aqueles indivíduos que estão a reagir de forma extrema a uma vasta gama de stressores pessoais e profissionais e que necessitam de ajuda.
- Os PSS oferecem um espectro de intervenções de “um-para-um” de forma a garantir a segurança, para reduzir o risco de reacções de stress severas e para promover a recuperação.
- Os PSS monitorizam a recuperação de forma a garantir um retorno ao pleno funcionamento e bem-estar.
- Os PSS referenciam os indivíduos, se necessário, a níveis mais elevados de cuidados.

O contínuo de stress tem quatro estágios:

- Apto (verde)
- A Reagir (amarelo)
- Ferido (laranja)
- Doente (vermelho).



É importante ressaltar que todas as pessoas reagem quando confrontadas com estímulos potencialmente traumáticos. No entanto, a forma como respondem vai depender de quão preparados estão para lidar com o evento stressor e de como interpretam o evento.

Durante o decurso das reações de stress, uma pessoa pode variar de forma relativamente rápida de verde para amarelo, de amarelo para laranja e, finalmente, para vermelho e vice-versa.

A Zona Verde é o objectivo a atingir com as actividades de prevenção. A Zona de Stress na qual começa a existir um risco significativo de perturbações no desempenho de papéis e de futuras perturbações mentais é a Zona Laranja. Quando um indivíduo passa das reacções de stress diárias normais para as respostas mais extremas da Zona Laranja devem ser iniciados os PSS pelos pares.

Os PSS são compostos por sete acções principais:

- Verificar

- Avalie o nível de sofrimento e de funcionamento.
- Avalie os riscos imediatos.
- Avalie necessidade de referenciação para cuidados de saúde.
- Reavalie o progresso.

- Coordenar

- Decida quem deverá ser também informado da situação.
- Referencie para cuidados de saúde, se necessário.
- Facilite o acesso a outros cuidados necessários.

- Proteger

- Assegure imediatamente a segurança física da pessoa ou de outros.
- Promova um sentimento de segurança psicológica e de conforto.
- Proteja de stress adicional (assegure o descanso).

- Acalmar

- Reduza a activação fisiológica (diminuição da taquicardia e da frequência respiratória, relaxamento).
- Reduza a intensidade de emoções “negativas” como o medo ou a raiva.
- Oïça empaticamente a pessoa a falar sobre as suas experiências.
- Dê informação que tranquilize.



- Conectar

- Encoraje a conexão às pessoas mais próximas.

Ajude na resolução de problemas de forma a remover obstáculos ao suporte social.

- Promova actividades sociais positivas no local de trabalho.

- Competência

- Ajude a pessoa a voltar ao seu funcionamento habitual.

- Facilite trabalhos que sejam reforçadores positivos e formação/treino, se necessário.

- Encoraje a exposição gradual a situações potencialmente stressantes.

- Confiança

- Conduza a pessoa de volta à sua autoconfiança, liderança, missão e valores centrais.

- Promova a confiança dos colegas e familiares na pessoa.

Quando estiver a aplicar PSS, comece sempre com a acção *Verificar* – seja através das suas próprias observações ou das informações sobre o evento, sinais de angústia ou de mudança no funcionamento. Após esta primeira fase, aproxime-se da pessoa em primeiro lugar para estabelecer contato e reunir informações que o ajudem a tomar uma decisão sobre o que fazer.

Recorde-se também que os PSS devem ser aplicados com flexibilidade. O trabalho realizado numa acção pode dar resposta a diferentes reacções de stress, por isso, a decisão de como agir dependerá primeiro do tipo de reacção ao stress que a pessoa está a experienciar e, também, de uma série de outros factores, incluindo:

- Limitar o tempo de exposição ao cenário: não mais do que turnos de 12 horas e encorajar intervalos;
- Proceder à rotação de elementos das zonas de maior exposição para zonas com menor nível de exposição;
- Impor pausas;
- Encorajar o apoio de pares;
- Monitorizar os interventores.



Dependendo dos sintomas e das circunstâncias, poderá utilizar mais do que uma acção PSS simultaneamente. É importante manter uma postura aberta e flexível em relação aos PSS e utilizá-los como um quadro referencial para relembrar os factores que devem ser considerados quando alguém está com reacções de stress moderadas ou graves.

Considerações Finais:

- São cinco os princípios de intervenção suportados empiricamente que devem ser utilizados para orientar e informar a intervenção e a prevenção nos cenários de catástrofe: promoção da sensação de segurança, do acalmar, da sensação de autoeficácia e de eficácia da comunidade, da conexão à rede social de suporte e da esperança;
- O modelo dos Primeiros Socorros Psicológicos foi construído para reduzir o distress inicial causado por eventos potencialmente traumáticos, e para promover o funcionamento adaptativo e os mecanismos de *coping* positivos a curto e médio prazo;
- De forma a estar preparado para aplicar os Primeiros Socorros Psicológicos, o psicólogo deverá: entrar no cenário, dar suporte, ter em conta o *setting* grupal, manter uma presença calma, ser sensível à cultura e à diversidade e estar atento às populações de risco;
- São oito as acções essenciais nos Primeiros Socorros Psicológicos: contacto e estabelecimento da relação, segurança e conforto, estabilização, recolha de informação, assistência prática, conexão ao suporte social, informação sobre o *coping* e referenciação a serviços.
- Ao decidir se está apto a intervir numa situação de crise, deverá ter em consideração a sua saúde, família e outras considerações relacionadas com o trabalho;
- Na aplicação de primeiros socorros psicológicos importa reconhecer e diferenciar as suas reacções de stress;
- A organização e actividades de autoajuda podem reduzir o risco de reacções extremas de stress;
- Após a intervenção, deverá passar por um período de reajustamento ao regressar ao seu dia-a-dia;



- O Modelo dos Primeiros Socorros para o Stress (PSS) foi rapidamente adaptado por organizações de resposta à emergência como modelo de suporte de pares para lidar com o stress resultante de eventos exigentes;
- Os Primeiros Socorros para o Stress (PSS) são baseados num Modelo Contínuo de Stress;
- Os PSS são compostos por sete acções principais: Verificar, Coordenar, Proteger, Acalmar, Conectar, Competência e Confiança.



Referências bibliográficas

- Ajduković, D (1997): Levels of psychosocial assistance to returnees. Paper presented at the international conference "Psychosocial support in post war communities", Graz, Austria, April 17-20.
- Ajduković, D., Ajduković, M. (2003) Systemic approaches to early interventions in a community affected by organized violence. In: R. Ørner and U. Schnyder (Eds.) *Reconstructing early interventions after trauma*. Oxford: Oxford University Press, 82-92.
- Alexander & Sagramola (2014). *Guidelines for Assisting People with Disabilities during Emergencies, Crises and Disasters*. European and Mediterranean Major Hazards Agreement.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5*
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gloger G, Beale EA, Kudelka AP(2000). SPIKES-A sixstep protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 5(4):302-11.
- Bonanno, G. A. 2005. Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science* 14 (3): 135–13.
- Bonanno, G. A. 2004. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist* 59 (1): 20-28.
- Brady, K. T. (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry*. 58(9), 12-5.
- Breslau N, Peterson EL, Shultz LR. A Second Look at Prior Trauma and the Posttraumatic Stress Disorder Effects of Subsequent Trauma. *Archives of General Psychiatry*. 2008;65:431–437.
- Brymer, M. et al. (2005). *Psychological First Aid: Field Operations Guide*. New York: The National Center Child Traumatic Stress – Terrorism and Disaster Branch - and National Center for PTSD.



- Brymer, M, Jacobs, A, Layne, C, Pynoos, R, Ruzek, J, Steinberg, A, et al. (2006). Psychological First Aid: Field operations guide (2nd ed.). Los Angeles: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. <http://www.nctsn.org/content/psychological-first-aid>.
- CAPIC (2013). Manual de apoio do curso avançado de psicologia de emergência. Instituto Nacional de Emergência Médica.
- Caplan, G. (1961) Prevention of Mental Disorders in Children. New York: Basic Books.
- CRED (2009). Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. Disaster Category Classification and peril Terminology for Operational Purposes.
- Chemtob, C.M., Posttraumatic Stress Disorder, Trauma and Culture (1996) International Review of Psychiatry, Volume 2, Capítulo 11.
- De Wolf e Doosje (2013). SAFIRE Project: A Scientific Approach to Finding Indicators and Responses to Radicalisation.
- Everly, G. & Mitchell, J. (1999). Critical incident stress management: A new era and standard of care in crisis intervention (2nd Ed). Ellicott City, MD: Chevron Publishing.
- Fonseca, 2011. Crescimento Pós-traumático: O impacto de falar sobre os aspectos positivos de uma experiência traumática. Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Bucuvalas, M., Kilpatrick, D. (2003). Trends of Probable Post-Traumatic Stress Disorder in New York City after the September 11 Terrorist Attacks. American Journal of Epidemiology. 158, 6.
- Halligan, S. L. & Yehuda, R. (2000). Risk Factors for PTSD. The National Center for PostTraumatic Stress Disorder, 11 (3), pp. 1-3.



- Hill, 2009. Victimization, Resilience and Meaning-Making: Moving Forward in Strength. Victims of Crime Research Digest, Issue No. 2.
- Impact (2012). Guidelines psychosocial support for uniformed workers: Extensive summary and recommendations.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.
http://www.who.int/mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
- Juen, B. (2014). State of the Art on Psychosocial Interventions after Disasters. OPSIC.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1969). On death and dying. London. Tavistock Publications.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1991). Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 4ª Edição, Editora Martins. São Paulo, Brasil.
- Kuntz, I. & Bleich, A. (2004). Mental health interventions in a general hospital following terrorista attacks: The Israeli experience. In: The trauma of terrorism: Sharing knowledge and shared care. Yael Danieli, Danny Brom and Joe Sills. Haworth. Journal of Agression, Maltreatment and Trauma.
- Lillibridge, E. M., & Klukken, P. G. (1978) Crisis Intervention Training. Tulsa, OK: Affective House.
- Machado, A. (2006). Como lidam as crianças com a morte/luto. Revista nº 67 sinais vitais, julho, pp. 45-50.
- Moghaddam, F., (2005). The Staircase to Terrorism: A Psychological Exploration. American Psychological Association. Vol. 60, No. 2, 161–169.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press.



- NATO (2009). Guidance for Responding to the Psychosocial and Mental Health Needs of People Affected by Disasters or Major Incidents.
- NHS (2011). Bereavement Support Working Group. London. NHS Publications.
- Ommeren, M., V. Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*, 83 (1), pp. 71-77.
- OMS (2011). Psychological first aid: Guide for field workers.
- OMS (2013). Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress.
- Polk, D. & Mitchell, J. (2008). Prehospital Behavioral Emergencies And Crisis Response (Continuing Education) by American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), pp 110.
- Poseck, B. V., Baquero, B. C., & Jiménez, M. L. V. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Raphael, B., et al. (2000). Disaster mental health response handbook: An educational resource for mental health professionals involved in disaster management. North Sydney: Centre for Mental Health and Parramatta: NSW Institute of Psychiatry.
- Roberts (2005). *Crisis Intervention Handbook: assessment, treatment, and research* (3rd ed.), Oxford University Press.
- Rodriguez, P. D. A. (2008). Resistencia, resiliencia y crecimiento postraumático: Elementos para una mirada comprensiva y constructiva de la respuesta al trauma.
- Ruzek, J., Young, B., Cordova, M., & Flynn, B. (2004). Integration of Disaster Mental Health Services with Emergency Medicine. *Prehospital and Disaster Medicine*, 19 (1), pp. 46-53.
- Seymour, A., Murray, M., Sigmon, J., Hook, M., Edmunds, C., Gaboury, M., Coleman, G. "Chapter 14: Victimization of the elderly". In 2000 National Victim Assistance Academy Manual.



- Schnurr, P. P., Spiro, A., III, Aldwin, C. M., and Stukel, T. A. (1998). Physical symptom trajectories following trauma exposure: Longitudinal findings from the Normative Aging Study. *J. Nerv. Ment. Dis.* 186: 522–528.
- TENTS-TP (2008). The European Network for Traumatic Stress.
- UNISDR (2009). United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Global assessment report on disaster risk reduction.
- U.S. Department of Health and Human Services (2003). *Developing Cultural Competence in Disaster Mental Health Programs: Guiding Principles and Recommendations*.
- Vázquez, C., Castilla, C., & Hervás, G. (2008). Reacciones frente el trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Las Emociones Positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). A Family Systems Perspective on Loss, Recovery and Resilience. In P. Sutcliffe, G. Tufnell & U. Cornish (Eds.), *Working with the Dying and the Bereaved*. London: MacMillan Press Ltd.
- Williams, R. 2007. The psychosocial consequences for children of mass violence, terrorism and disasters. *International Review of Psychiatry* 19(3): 263 – 277.
- Worden, J. (1991). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner* (2nd ed.). London: Routledge.
- World Health Organization (2010). *mhGAP Intervention Guide for Mental Health, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings*. Geneva: WHO Mental Health Gap Action Programme. http://www.who.int/mental_health/mhgap
- Worowitz et al. (1980). Pathological grief and the activation of latent self images. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1157-1162.
- Worowitz et al. (2003). Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder. *Focus*, Vol. 1, No. 3.



- Young, B., Ford, J., Ruzek, J., Friedman, M., & Gusman, F. (2001). Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators. California: The National Center for Posttraumatic Stress Disorder - Department of Veterans Affairs.