



MANUAL COMPETÊNCIAS PSICOLÓGICAS

DFEM

DEPARTAMENTO
DE FORMAÇÃO EM
EMERGÊNCIA MÉDICA





FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Competências Psicológicas

DESIGN e PAGINAÇÃO

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

AUTORES

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

DFEM – Departamento de Formação em Emergência Médica, Responsável: Teresa Pinto

Rute Silva, Sónia Cunha, Carlos Pereira, Rute Ribeiro, Mafalda Alves, José Rego, Andrea Rodrigues, Carla Gonçalves, Sara Rosado, Eduarda Cardanha, Sara França, Ana Almeida, Célia Carvalho, Joana Anjos, Sílvia Campino, Margarida Mota, Ana Oliveira, Rita Fatela, Ana David, Inês Cruz, Sónia Sousa, Helena Nunes, Marta Santos, Diana Teixeira, Carla Martins, Clifton Gala, Gabriel Campos, Joana Feu

Versão 1.0 – Março de 2024

© copyright



ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	4
II.	CAPIC: ASPECTOS GERAIS	5
III.	EMERGÊNCIAS PSICOLÓGICAS ⁵	18
IV.	COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS.....	36
V.	INCIDENTE CRÍTICO	41
VI.	GESTÃO DE STRESS	45
VII.	SIGLAS	48
VIII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 - Teoria da comunicação	7
Fig. 2 - Comunicação	8
Fig. 3 - Obstáculos à comunicação.....	9
Fig. 4 - Pirâmide das Necessidades de Maslow	12
Fig. 5 - Resolução de divergências	14





I. INTRODUÇÃO

Portugal é o país da Europa com maior prevalência de pessoas com perturbações mentais. Estudos recentes mostram que um em cada cinco portugueses sofreu de uma perturbação psiquiátrica e quase metade já sofreu uma perturbação durante a sua vida.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ a grande maioria dos indivíduos da população mundial será exposta a *stressores* extremos no decurso da sua vida, sendo esta exposição um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental e de problemas sociais, o que tem conduzido à recomendação para que a intervenção psicológica em crise seja realizada em momentos cada vez mais próximos do evento¹⁻³.

Neste sentido, é de extrema importância que os operacionais que trabalham com este tipo de problemática possam beneficiar de formação adequada e especializada, de forma a conseguirem adquirir conhecimentos que lhes permitam fazer face a estas situações.

Assim sendo, com a realização deste curso, o CAPIC - Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise pretende proporcionar a cada um dos formandos a aquisição de conhecimentos teóricos e competências práticas que lhes permitam operar adequadamente quando são ativados para uma situação de alteração de comportamento, resultante de uma patologia psiquiátrica.

II. CAPIC: ASPECTOS GERAIS

Objetivos

No final do capítulo o formando deverá:

- Conhecer o CAPIC e as suas funções;
- Identificar os critérios de ativação da Unidade Móvel de Intervenção Psicológica em Emergência (UMIPE);
- Caracterizar o processo da comunicação;
- Reconhecer os pontos mais importantes na abordagem à vítima;
- Conhecer e compreender o conceito de trabalho em equipa, bem como a resolução de conflitos;
- Compreender as particularidades da abordagem à vítima em diferentes culturas.

CAPIC e Critérios de ativação da UMIPE

O CAPIC é constituído por psicólogos afetos às Delegações Regionais do INEM, e asseguram a resposta a situações de emergência, nas quais se avalie a necessidade de intervenção psicológica. O CAPIC tem, além da intervenção em crise, outras competências no Instituto, são elas:

- Crises de Ansiedade e Ataque de Pânico;
- Violações/abuso sexual;
- Emergências Psiquiátricas;
- Violência Doméstica;
- Situações sociais;
- Aconselhamento na Notificação de Morte;
- Apoio e Aconselhamento às Equipas no Terreno;
- Outras Emergências Psiquiátricas.

Intervenção no Centro de Orientação de Doentes Urgentes - CODU

Existem psicólogos de serviço nos CODU, em permanência 24/24h. Numa chamada 112, após realizar triagem médica, o Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH) pode transferir a chamada para os psicólogos de serviço (mediante indicação do fluxo de triagem).

Ainda no CODU, os Psicólogos do CAPIC intervêm junto dos profissionais, apoiando na gestão de chamadas difíceis e/ou problemáticas.

Acompanhamento dos Profissionais de Emergência

A intervenção com as equipas de Emergência Médica tem como objetivos:

Os psicólogos do CAPIC intervêm diretamente com o contactante em diversas situações, nomeadamente:

- Tentativas e risco de suicídio;

- Apoio na gestão de *stress* e no desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas;



- Minimização do impacto psicológico de incidentes críticos, a que os profissionais poderão estar expostos, na sequência da sua atividade diária;
- Prevenção do *burnout* ou outras patologias.

Formação aos Operacionais do SIEM

Formação inicial e contínua aos Operacionais do SIEM em competências psicológicas:

- Técnicas de Comunicação;
- Trabalho em Equipa;
- Liderança;
- Gestão de Stress;
- Especificidades da Intervenção com crianças;
- Intervenção em situações específicas (p.ex. vítimas psiquiátricas, situações de suicídio, violência doméstica, agressividade, início do processo de luto, etc.);
- Especificidades da intervenção psicossocial em situações de Exceção.

Formação na Comunidade

Neste contexto os psicólogos colaboram em atividades de sensibilização e educação em diversos contextos da comunidade, tais como escolas; centros comunitários, hospitais, meios de comunicação social, ou outras instituições.

Investigação Científica

Com o intuito de colmatar o escasso material nesta área de estudo, os psicólogos do CAPIC têm desenvolvido atividade científica em vários temas, como:

- Intervenção Psicológica em crise;
- Fatores de Stress nos Operacionais de Emergência Médica;
- Estratégias de *Coping* adaptativas em contexto de Emergência Médica;
- Papel do Psicólogo no SIEM.

Intervenção em Emergência no terreno - UMIPE

As UMIPE são ativadas para eventos potencialmente traumáticos, nomeadamente:

- Acidentes de Viação ou Outros (p.ex. desabamentos, incêndios, explosões) com presença de envolvidos, familiares ou testemunhas, emocionalmente afetados;
- Morte inesperada e/ou traumática, em que seja necessário apoio emocional no início do processo de luto;
- Situações graves que envolvam crianças:
 - A criança é envolvida em situações potencialmente traumáticas (acidentes, morte de familiares, violência, etc.), para a própria ou para os pais/adultos responsáveis;
 - Negligência grave para com a criança.
- Violações / Abuso Sexual;
- Violência Doméstica;
- Emergências psicológicas (tais como tentativa de suicídio; crise psicótica; situações que impliquem risco de vida para o próprio ou outros);
- Urgências psicológicas (tais como choque emocional, pânico, ansiedade, depressão e alteração do comportamento);
- Situações de Exceção – situações em que as necessidades excedem a capacidade de resposta através dos

recursos habitualmente disponíveis na comunidade (p.ex. Incêndios, explosões, cheias, tremores de terra).

A Comunicação

Comunicar é partilhar conhecimentos, conteúdos, afetos, emoções, sentimentos, experiências, ideias. Comunicar é:

- Dialogar;
- Compartilhar emoções e afetos;
- Intercâmbio entre as pessoas;
- Receber informação do meio;
- Trabalhar lado a lado e resolver problemas;
- Colocarmo-nos no lugar do outro e vê-lo tal como ele é.

O valor de qualquer comunicação não está naquilo que se transmite, mas sim naquilo que o nosso recetor percebe do que nós transmitimos. Por isso, todos os envolvidos têm que se esforçar para minimizar as perdas e distorções passíveis de influenciarem a mensagem que será transmitida.

Como se processa a comunicação?

Elementos da Comunicação

Emissor: ponto de partida da mensagem. Deve ser capaz de transmitir a informação de forma inteligível para o recetor.

Recetor: a quem se dirige a mensagem. Não só é importante que ele compreenda a mensagem, mas também que a capte e a aceite.

Mensagem: Conteúdo da comunicação. Conjunto de sinais com significado. O emissor codifica-a e o recetor interpreta-a, descodificando-a.

Canal: Suporte que serve de veículo à mensagem. O mais vulgar é o ar.

Código: Conjunto de sinais com significado.

O que é a Comunicação?

Um processo de transmissão de informação que envolve um emissor, que produz e emite uma mensagem, dirigida a um recetor que descodifica a informação.

No entanto, para que a comunicação seja eficaz é necessário que ambos (emissor e recetor) estejam dentro do mesmo **contexto** (devem ambos conhecer os



Fig. 1 - Teoria da comunicação

Fonte: <https://pt.slideshare.net/alexandrerocado/>



referentes situacionais), que utilizem o mesmo **código** e que estabeleçam um contacto efetivo através de um canal de comunicação.

O recetor, por sua vez, ao receber a mensagem, transforma-se em emissor e vai emitir um **feedback** daquilo que recebeu, isto é, vai responder.

Ocasionalmente podemos ter presente uma situação de **ruído**, podendo este ser definido como todo e qualquer fenómeno que perturbe a transmissão da mensagem e a sua perfeita receção ou decodificação por parte do recetor.



Fonte: <https://registrodemarca.arenamarcas.com/>

Fig. 2 - Comunicação

O valor da comunicação não está naquilo que se transmite, mas sim naquilo que o outro percebe do que nós transmitimos.

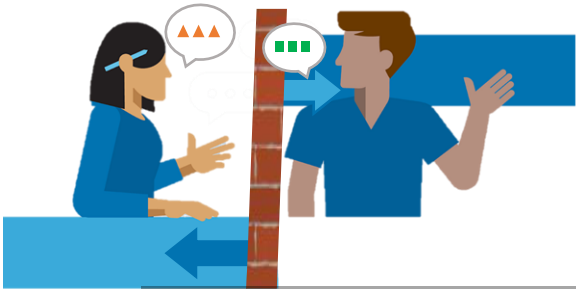
Obstáculos à comunicação

Nem sempre a comunicação se apresenta como um processo bem-sucedido, ou seja, nem sempre conseguimos que os outros recebam e percebam da melhor forma aquilo que lhes queremos transmitir. Isto acontece porque comunicar é um processo extremamente complexo que envolve todo um conjunto de variáveis e de fatores, nomeadamente:

- Ruído/barulho de fundo;
- Atenção e Concentração: É fundamental que estejamos concentrados e atentos a tudo o que dizemos e fazemos, pois há certos detalhes que só conseguimos captar e reproduzir se estivermos realmente envolvidos no que estamos a fazer;
- Credibilidade da fonte: “Será que se está a transmitir a verdade sobre os factos?”
- Complexidade da mensagem: Quanto mais complexa e elaborada é a mensagem que vamos partilhar ou que nos é transmitida, mais difícil se torna retermos toda a informação. Quanto mais detalhes/pormenores constituírem a mensagem, mais complicado se torna a sua memorização e compreensão;
- Linguagem desadequada: O insulto, a agressividade e prepotência do indivíduo pode levar a situações geradores de maior stress aumentando consideravelmente a probabilidade de desentendimento;
- Dificuldade de expressão: É fundamental que consigamos expressar-nos da melhor forma possível, de modo que, quem nos ouve consiga perceber corretamente aquilo que queremos transmitir;
- Estado emocional/disposição: A forma como nos estamos a sentir condiciona aquilo que transmitimos, ou melhor, condiciona a forma como transmitimos a nossa mensagem;
- Ativação emocional: Após várias horas a trabalhar, com situações mais ou menos delicadas/exigentes estamos mais sensíveis/emocionais

e isso condiciona a forma como todo o trabalho vai decorrer;

- Recusa de informação diferente: quando a informação recebida não nos faz sentido ou quando não queremos acreditar no que nos estão a dizer;
- Ideias pré-concebidas e juízos de valor: quando os pré-conceitos que temos interferem na nossa interpretação da mensagem recebida;
- Experiências prévias: Por exemplo, quando surge um processo de identificação com uma situação que vivenciamos e as nossas emoções relacionadas com as nossas experiências anteriores interferem na nossa interpretação da situação.



Fonte: <https://registrodemarca.arenamarcas.com/>

Fig. 3 - Obstáculos à comunicação

Atender ao conteúdo da mensagem que é transmitida (as palavras) e à forma como é dita (tom de voz, agitação, descontrolo, postura).

Por outro lado, há aspetos que facilitam a comunicação e que devem ser implementados pelos profissionais, de modo a melhorarem o seu desempenho.

Abordagem à vítima - Aspetos Facilitadores da Comunicação Verbal

Na abordagem à vítima existem aspetos facilitadores da **comunicação** que devem ser implementados pelas EPH, de modo a cumprirem as linhas de atuação descritas.

Escuta ativa

- Resumir por outras palavras o que for ouvindo;
- Não sobrepor o discurso: Não poderá ouvir enquanto está a falar;
- Perguntar, quando não entender;
- Não interrompa a pessoa, dê-lhe tempo para dizer aquilo que tem a dizer;
- Ser diretivo: Conduzir o diálogo de forma clara e objetiva, focando-se nos aspetos principais;
- Dar *feedback* verbal com pequenas frases, expressões de apoio ou de compreensão, p.ex. “Sim, sim...”; “Eu compreendo...”; “Entendo...”; “Continue...”. Certifica que a mensagem foi recebida;
- Não provocar ou hostilizar a vítima: Pode fazer com que a outra pessoa esconda as suas ideias, emoções e atitudes. Esteja certo da influência que está a exercer e adapte-se ao funcionamento da vítima;
- Controlar os juízos de valor: O julgamento pode prejudicar a relação de confiança.





Empatia - Aspectos Facilitadores da Comunicação Não Verbal

As pessoas não comunicam apenas por palavras. A comunicação não verbal assume um papel de extrema relevância e não deve ser descurado na abordagem à vítima.

Expressão facial

- Não se esqueça que as primeiras impressões são baseadas na observação das expressões faciais;
- A informação é transmitida sobretudo pelos movimentos da boca e colocação das sobrancelhas;
- O sorriso é adequado em algumas situações, mas não em exagero e nunca a rir.

Colocar-se no lugar da outra pessoa para tentar compreendê-la partindo do ponto de vista e situação em que se encontra a vítima. Permite ganhar a confiança do outro, reduzir a tensão e criar segurança.

Contacto Visual

- Ajuda a manter a atenção;
- Um olhar fixo pode ser entendido como ameaça, provocação. Deve procurar o contacto sem fixar.

Gestos

- Utilizados para exemplificar tamanhos, formas, movimentos, sensações;
- A gesticulação excessiva pode revelar ansiedade, tensão, agitação, agressividade;
- Utilizar sempre com moderação e sem afastar muito os braços do tronco.

Toque

- Pode ser interpretado como invasão do espaço pessoal;
- Adequado se usado adequadamente. Deixar que seja a vítima a estabelecer o seu espaço e mostrar como se sente mais confortável;
- Pode ser um sinal de preocupação e empatia: tocar na mão, braço ou ombro.

Postura Corporal

- Postura ligeiramente inclinada para a vítima;
- Mãos devem estar visíveis, evitar braços cruzados, mãos na cintura, mãos nos bolsos ou atrás das costas, gestos bruscos, apontar o dedo.

Aparência

- Reflete normalmente o tipo de imagem que gostaria de passar;
- Através do vestuário, penteado, maquilhagem, apetrechos pessoais, barba, etc., as pessoas criam uma imagem de como são e de como gostariam de ser tratadas;

- Lembre-se de ter sempre uma aparência cuidada pois é a imagem da sua instituição.

É importante respeitar a individualidade de cada um, quando aborda uma vítima!

Como profissional lembre-se que mantém a sua individualidade, mas também representa a sua instituição.

Estabelecimento da relação na abordagem à vítima

- Identificação da equipa – nome e função;
- Atitude calma e postura tranquila;
- Evitar gesticulação excessiva;
- Ser empático e saber ouvir;
- Contacto visual e toque de forma ponderada;
- Evitar postura confrontativa;
- Colocar-se ao mesmo nível da vítima;
- Utilizar linguagem simples, clara e objetiva;
- Afastar a vítima do local do incidente;
- Proteger a vítima dos meios de comunicação e indivíduos em descontrolo emocional;
- Proporcionar segurança e conforto;
- Procurar rede de apoio;
- Evitar fazer julgamentos;
- Não fazer promessas que não possam ser cumpridas;
- Fornecer informação real acerca da situação.

Trabalho em equipa e resolução de conflitos

Uma equipa é um conjunto de indivíduos com um objetivo comum que cooperam para atingir os objetivos que os reuniram e que desenvolvem múltiplas interações entre si.

Os seus elementos obedecem a normas e cada um tem um papel a desempenhar.

A construção de uma equipa é um processo dinâmico, contínuo e em constante evolução, e que a passa necessariamente por um conjunto de fases diferentes.

Consequências da ausência de trabalho em equipa

- O objetivo ou tarefa não é cumprido;
- Ausência de confiança entre pares (colegas);
- Medo do conflito – evitamento;
- Falta de comprometimento para com a tarefa e com os outros / desinteresse;
- Evitar responsabilidade – se tudo correr bem a mim se deve; se correr mal, o erro foi do outro;
- Falta de atenção aos resultados.

Atitudes e comportamentos para trabalhar em equipa

- A relação é estabelecida na base da confiança e respeito mútuo;
- O envolvimento em conflitos de ideias é feito sem que haja lugar a censura e medo da opinião do outro;
- Comprometimento com decisões e planos de ação (o indivíduo participa e dá opinião);
- Chamam uns aos outros à responsabilidade quando alguma





coisa não corre conforme estabelecido;

- Concretização de objetivos.

A Motivação

O Ser Humano é um ser de vontades e necessidades que raramente atinge um estado completo de satisfação, estando sempre a desejar alguma coisa. Não podemos falar de motivação sem falarmos da Teoria Hierárquica de *Maslow*. Segundo este autor, todas as nossas ações são motivadas por várias necessidades. Criou, então, a Pirâmide de Necessidades dividida em cinco grandes grupos de necessidades: fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de autorrealização. Estas necessidades obedecem a uma hierarquia, de forma que os indivíduos só sentem uma necessidade depois de todas as outras necessidades de níveis inferiores terem sido saciadas.

Então, o que nos motiva?

- Bom ambiente familiar;
- Boa relação com os pares;
- Sucesso na profissão e boa remuneração;
- Busca de conhecimento;
- Progressão na carreira;
- Segurança;
- Estabilidade financeira;
- Gosto pelo trabalho em equipa.

E quando colocamos esta motivação no local de trabalho, por forma a melhor gerir as equipas com as quais trabalhamos, então damos lugar a uma relação que tem por base a confiança, o respeito, a compreensão, a negociação e na qual investimos tempo para a concretização de objetivos e boa relação laboral. O importante será sempre o “nós” e a solução deve surgir em benefício de todos.



Fig. 4 - Pirâmide das Necessidades de Maslow



Resolução de Conflitos

O conflito é uma realidade do nosso dia a dia. Entende-se que o conflito existe quando duas ou mais situações não podem ocorrer em simultâneo e o indivíduo terá que optar por uma delas em determinado momento.

Neste contexto, as necessidades, expectativas e valores de um indivíduo colidem com as necessidades, expectativas e valores de outro indivíduo. Se, por um lado existem conflitos pequenos e fáceis de solucionar, por outro lado, outros existem conflitos que requerem uma estratégia para uma solução satisfatória para todas as partes envolvidas.

Para que a resolução do conflito possa ter lugar, podemos enveredar pelas seguintes opções:

Acomodação - Colocar as necessidades e preocupações dos outros acima das suas próprias preocupações. É considerada a opinião do outro como conhecimento supremo. Existe uma anulação do próprio em detrimento do outro.

Compromisso - Apesar de encontrada a solução para resolver o problema, não estão satisfeitas todas as vontades e necessidades dos intervenientes. É um estilo intermédio no qual ambas as partes fazem cedências para que a resolução do conflito tome lugar. Pode ser utilizada quando falha a estratégia colaborativa.

Evitamento - Procura evitar o conflito não reconhecendo a sua existência. Uma

baixa preocupação consigo próprio e com os outros; fuga da situação; mudar de assunto; uso de manobras de distração; uso da farsa e brincadeira para desviar a atenção. Por outro lado, o evitamento pode ser utilizado como “uma pausa” quando a altura para a resolução do problema não é a ideal, dando aos intervenientes tempo para se acalmar.

Competitividade - Uma alta preocupação consigo próprio e uma baixa preocupação com os outros. Este estilo está associado com o comando autoritário, que reflete uma preocupação em impor o seu próprio interesse. É desvalorizada a opinião do outro.

Colaboração - Existe um clima de confiança, respeito e compreensão entre os indivíduos. Provavelmente será a forma de negociação mais morosa pois todos os implicados são ouvidos, expressando as suas opiniões, alternativas e soluções. O importante é o “nós” e a solução deve surgir em benefício de todos. Mais exigente que os restantes, implica que ambas as partes o queiram usar.

Para que a resolução do conflito seja eficaz, os intervenientes devem reconhecer que, efetivamente, o conflito existe e deve ser resolvido. Todos os intervenientes devem falar em termos pessoais (eu...), permitindo-se expressar os seus sentimentos. Devem, também, tentar compreender a posição do outro, ao invés de tentar alterá-la. É imprudente tentar ler o que o outro pensa; perguntar em vez de presumir será o ideal. O indivíduo deve centrar a sua atenção no



momento e não utilizar acontecimentos passados com o intuito de validar o seu ponto de vista.

Passos para a resolução eficaz do conflito

- Reconhecer que existe um conflito;
- Identificar e reconhecer as necessidades de ambas as partes;
- Identificar soluções alternativas e consequências para cada parte;
- Selecionar as alternativas que satisfaçam as necessidades de cada parte e que lhes permitam atingir os seus objetivos;
- Implementar as alternativas selecionadas e avaliar os resultados.

Técnicas de Resolução de Divergências

- Ouvir até ao fim a ideia do interlocutor;
- Mostrar interesse na sua mensagem;
- Não interromper;
- Fazer perguntas para que o interlocutor clarifique o pensamento e os argumentos;
- Estar atento às expressões faciais: não revelar arrogância, negativismo ou rejeição;
- Dizer com frequência: “eu compreendo”;
- Conquistar o direito a ser ouvido;
- Falar de forma serena e calma;
- Não impor ideias; sugeri-las;
- Não ler o que o outro pensa; perguntar em vez de presumir;
- Revelar empatia e disponibilidade para chegar a uma solução de consenso.



Fonte: <https://www.dukece.com//>

Fig. 5 - Resolução de divergências

Diversidade Cultural

Em Portugal, desde há muito tempo que é notória a presença de imigrantes em busca de trabalho ou de oportunidades que lhes permitam melhorar as condições de vida, com maior incidência aquando da adesão do nosso país à Comunidade Europeia. A intervenção com estes indivíduos deve ser adaptada, de acordo com os seus costumes, crenças e valores, para que estas pessoas não sofram uma revitimização. Para que a intervenção seja eficaz e adaptada aos estrangeiros, é importante avaliar os seguintes aspetos:

Linguagem/grau de fluência da língua do país acolhedor.

Com frequência, os imigrantes não falam a língua do país que os acolhe. É necessário avaliar esta capacidade por parte dos imigrantes.

Experiência de imigração e *status*

O número de gerações ou número de anos que estão no país, grau de aculturação e o *status* de cidadão, condições de vivência e situações traumáticas no país de origem, as condições de imigração, podem ser preponderantes na forma de lidar com o evento traumático atual. Estes são fatores relevantes a ser considerados quando se definem técnicas de intervenção.

Valores familiares

Determinar quem está incluído na família. Frequentemente, as pessoas idosas e os membros da família alargada são considerados como pilares importantes de suporte familiar. É necessário perceber quem são os membros que tomam as decisões, qual o papel que as mulheres e os homens desempenham, relação entre pais e filhos, e com os membros mais velhos.

Valores culturais e tradições

Os grupos culturais têm variações consideráveis no que respeita à visão da perda, morte, pesar, propriedade, habitação, reconstrução, religião, práticas espirituais, saúde mental, curandeiros e cuidadores.

Sugestões de Intervenção

Observar os curandeiros, assistentes sociais e membros da comunidade acerca de valores, normas familiares, tradições, políticas comunitárias, etc.

Intervenção com Imigrantes

Segundo alguns autores, nestes contextos devem ser adotadas as seguintes estratégias de intervenção:

- Ter um intérprete que é aceite pelo imigrante;
- Comunicar direcionado para o indivíduo e nunca para o tradutor;
- Identificar a natureza das queixas do indivíduo, o país de origem, a data de migração e o regime de residência;
- Na recolha da história, evitar que pareça um interrogatório, introduzindo as perguntas com uma explicação simples e clara do

propósito de estar a colocar este tipo de questões;

- Focar as preocupações específicas do indivíduo, mas promover a partilha de outros problemas que a pessoa possa estar a vivenciar. Estes indivíduos frequentemente demonstram resistência ao fornecimento de informação voluntária sobre as suas experiências de tortura, mas essas podem ser exteriorizadas com outras queixas, muitas vezes físicas, estados de humor ou em termos sociais;
- Organizar a intervenção para que, se necessário, um operacional empático e informado observe o indivíduo. O operacional deve explicar cada passo do exame realizado e deve ter especial cuidado com técnicas que possam ser invasivas ou instrumentos potencialmente ameaçadores;
- Encaminhar para instituições de assistência individual ao nível das necessidades práticas tais como, assistência social, alojamento, emprego, atividades sociais ou de descanso, entre outros.

Dificuldades na Intervenção com Imigrantes⁴

- O desejo dos indivíduos, sejam imigrantes ou refugiados, para esquecer o passado ou evitar estabelecer associações que os façam recordar os eventos por que passaram;
- Sentimento de vergonha relacionado com ações ou respostas que manifestaram durante as experiências traumáticas e receio que



os segredos mais íntimos possam ser revelados;

- Desconfiança das figuras de autoridade (incluindo aqueles da própria cultura), que podem representar um futuro problema consequente do governo ou outras agências;
- Medo persistente da revelação de problemas de saúde que podem pôr em risco a sua condição de residência, emprego, etc., ou que possam

interferir com o processo de migração de outros membros da família;

- Resistência baseada em memórias de procedimentos burocráticos no passado, de preencher formulários ou de estar sujeito a interrogatório sistemático;
- Medo de ser estigmatizado como tendo um problema psiquiátrico, o que em algumas culturas é visto como sendo uma vergonha.

Pontos a Reter



- A forma como comunicamos vai influenciar a maneira como a mensagem vai ser percebida pelo outro. Assim, é fundamental perceber que podem existir aspetos facilitadores da comunicação e outros que a vão dificultar;
- É importante respeitar a individualidade de cada um quando se aborda uma vítima;
- Como profissional lembre-se que mantém a sua individualidade, mas também é representante da sua instituição.



III. EMERGÊNCIAS PSICOLÓGICAS⁵

Objetivos:

- Conhecer as especificidades e os princípios gerais de atuação nas situações de emergências psicológicas;
- Reconhecer a postura adequada a adotar em situações específicas de emergências psicológicas, nomeadamente ao nível da psicopatologia no pré-hospitalar e da atuação com populações específicas;
- Reconhecer a postura adequada a adotar em situações específicas de urgências médico-legais, nomeadamente ao nível da violência doméstica, maus-tratos a dependentes e violência sexual.

Psicopatologia no pré-hospitalar

Nas alterações de comportamento, após estabilizar qualquer alteração física, lesão ou situação com risco de morte, o operacional deve realizar uma breve recolha de informação para avaliar a situação e determinar a necessidade de recursos adicionais, nomeadamente da UMIPE.

Considere as seguintes orientações nas emergências por alteração de comportamento:

- **Avalie o cenário** – Condições de segurança. Verifique a existência de armas ou objetos perigosos; despiste provas de abuso de substâncias, tentativa de suicídio ou outras pistas que possam revelar pormenores pertinentes;
- **Identifique-se** - crie um relacionamento de confiança e ao mesmo tempo recolha a informação necessária;
- **Limite o número de pessoas no local** - sempre que possível deve limitar o número de pessoas próximo à vítima;
- **Esteja preparado para despender de mais tempo** – pode demorar para se aproximar, estabelecer comunicação e transportar a vítima;
- **Mantenha uma distância de segurança** – mantenha-se num ângulo de 45° com a vítima para evitar uma posição de confronto e mantenha uma determinada distância para o caso de a mesma se tornar violenta;
- **Seja direto** – explique as suas intenções e o que espera da vítima; explique os cuidados que esta pode e necessita de receber no hospital;
- **Permaneça com a vítima** – não deixe a vítima sozinha e não permita que esta se afaste;
- **Faça perguntas eficazes e fechadas** – por exemplo, estas perguntas servem para obter informação imediata: “está a pensar magoar-se?” ou “que medicamentos tomou?”;
- **Faça perguntas abertas** – as perguntas abertas são eficazes quando já identificou os problemas que requerem atenção imediata; geralmente permitem que a vítima



desenvolva respostas que permitam perceber melhor a situação.

- **Demonstre interesse na história** – permita que a vítima se explique nas suas próprias palavras; ouça a vítima e esteja recetivo ao que esta tem para lhe dizer; preste atenção ao contacto visual, à expressão facial e à postura, pois estes pormenores podem tranquilizar a vítima.
- **Seja honesto e reconforte** – ofereça confiança e apoio; responda, validando os sentimentos (p. ex. parece preocupado), assim pode ajudar a legitimar os sentimentos intensos e por vezes angustiantes;
- **Esclareça equívocos ou distorções cognitivas** – se um pensamento distorcido da realidade está a produzir medo ou ansiedade, ofereça uma explicação simples e correta;
- **Incentive ações necessárias** – incentive, por exemplo, a vítima a vestir-se (ajude se necessário) e a obter os documentos, medicamentos ou objetos necessários para entregar no hospital;

- **Evite o uso de força** – a força só deve ser usada em último recurso e se for estritamente necessária para manter a sua segurança e a da vítima. Contudo, havendo riscos, deve afastar-se do local e pedir o apoio de autoridade policial.
- **Não julgue** – pode não gostar do que observa, mas concentre-se na atuação necessária.

É importante reforçar que o operacional não está nestas situações para julgar ou opinar sobre as alterações de comportamento, as ideias ou os pensamentos que a vítima possa expressar, assim como os motivos que a levam a comportar de determinada forma.

É também crucial ter especial cuidado com o que é dito, pois, muitas vezes, pequenas palavras podem ser interpretadas pela vítima como atitudes que subestimam ou desvalorizam o seu sofrimento. Evite utilizar expressões como as que se encontram no quadro seguinte.

Frases/expressões que não deve dizer

- Deixe lá, tudo se resolve
- Vai correr tudo bem
- Já me aconteceu
- A minha vida é pior que a sua
- Não faça/diga isso, é uma estupidez
- A vida é má para todos
- Há quem esteja pior
- Há coisas piores / podia ser pior
- O que está a pensar não é real
- Não pense nisso



Por vezes, é difícil proceder à recolha de informação. Por exemplo, uma vítima pode recusar-se a dialogar com o operacional quando os familiares da vítima pedem ajuda 112 sem o consentimento da mesma. Por outro lado, uma vítima pode estar verborreica e apresentar um discurso desorganizado e confrontador. Nestas situações dê-lhe tempo, seja paciente e se necessário

recorra a familiares ou amigos presentes que possam ajudar.

Para avaliar o estado mental existem vários modelos. Em situações de emergência considere a aparência e o comportamento, o discurso e a linguagem, as capacidades cognitivas e a estabilidade emocional.

Exame do estado mental

Aparência e comportamento

- Qual é a aparência da vítima? Está cuidada?
- A vítima está calma, cooperante ou agitada?
- O comportamento é adequado à situação?
- Qual é a linguagem não-verbal, corporal?
- A postura ou os movimentos do corpo sugerem tensão, ansiedade, hostilidade ou agressividade?
- A vítima mantém contacto visual?

Fala e linguagem

- O tom e o volume de voz estão normais?
- O tom de voz sofre mudanças?
- O discurso é espontâneo, com facilidade de expressão?
- As palavras e as frases estão ordenadas?

Capacidades cognitivas

- A vítima está orientada no espaço e no tempo?
- A vítima sabe quem é?
- A vítima consegue perceber que é um elemento do INEM?
- A vítima consegue manter a atenção nas perguntas e conversa?
- Consegue cumprir ordens?
- Reage às ordens adequadamente?
- Os comentários são lógicos e apresentados de forma organizada?

Estabilidade emocional

- Está consciente do ambiente à sua volta?
- Aparenta estar feliz, triste, deprimida ou irritada?
- O humor é apropriado à situação?
- Apresenta mudanças de humor que indiquem ansiedade, depressão, raiva ou hostilidade?
- Permanece focado nas perguntas ou desvia facilmente para tópicos relacionados?
- Apresenta distorções de perceção ou alucinações?

Surto Psicótico

É um estado no qual o indivíduo está alheado do contacto com a realidade, encontrando-se numa realidade própria de ideias e sentimentos. A linha de diferenciação entre a realidade e a fantasia é ténue. Esta realidade interna pode tornar a pessoa agressiva, direcionando-a para terceiros. Por outro lado, pode deixar de comunicar.

Os episódios psicóticos podem ocorrer por razões biológicas ou orgânicas, devido ao abuso de drogas ou por doenças mentais. O uso de substâncias é uma causa frequente e, nestes casos, o episódio perdura enquanto a substância é metabolizada. No entanto, pode estar relacionado com outras causas como o ambiente (familiar, social, profissional) da vítima, doenças mentais, transtornos delirantes e mais vulgarmente a esquizofrenia. A duração dos episódios é variável.

Surto Psicótico - Sintomas

1) **Alucinações** (distorções ou exageros ao nível da perceção):

- Visuais (veem “coisas” que nós não vemos);
- Auditivas (ouvem “coisas” que nós não ouvimos);
- Olfativas, gustativas;
- Tácteis (p.ex. zoopáticas);
- Cenestésicas (somáticas);
- Cinestésicas (sensação do corpo a mexer).

2) **Ideias delirantes** (distorções ou exageros do pensamento indutivo)

Existe uma perceção correta da realidade, mas a interpretação que é feita da mesma

é incorreta (por exemplo, ideias de que está a ser perseguido, que existe uma conspiração contra si ou que as pessoas lhe querem fazer mal).

3) **Discurso desorganizado**, incoerente e muitas vezes de conteúdo incompreensível:

- Muitas vezes não conseguem sequer encadear as ideias;
- O que dizem traduz o conteúdo das suas alucinações ou delírios, daí que possa ser “ilógico”;
- Falta de fluência no discurso;
- Utilização de palavras inexistentes (neologismos);
- Mutismo.

4) **Comportamento estranho**, sem lógica e, por vezes, bizarro:

- Grande agitação psicomotora (hipercinésia);
- Redução da atividade psicomotora (hipocinesia);
- Paracinesia (negativismo, maneirismos, estereotipias, flexibilidade cérea).

5) **Sintomas negativos**

- Embotamento afetivo;
- Alogia (pobreza de pensamento);
- Avolição (pobreza de iniciativa).

A principal característica de um surto psicótico é uma profunda desorganização do pensamento, acompanhada de alterações de humor e de perceção. As vítimas apresentam geralmente discurso incoerente e desconexo, mas podem estar orientadas



em relação a si próprias e ao espaço. Podem, por exemplo, ser encontradas a vaguear sem rumo pelas ruas, vestidos de forma estranha e a proferir palavras e frases sem sentido.

A seguinte lista, que utiliza a mnemónica COASTMAP, descreve os sinais e sintomas habituais numa vítima com um episódio psicótico.

Sinais e sintomas de uma vítima com um surto psicótico

C	Consciência	Alerta, mas pode ser facilmente distraída quando presta atenção às alucinações
O	Orientação	Pode estar ou não desorientada no espaço e no tempo
A	Atividade	Pode estar agitada, com hiperatividade ou com atividade diminuída; pode apresentar movimentos bizarros e estereotipados
S	Discurso	Pode ser estranho, com palavras inventadas (neologismos)
T	Pensamento	<p>Pode apresentar as seguintes disfunções:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuga de ideias – pode saltar de ideia em ideia • Dissociação de ideias – a conexão lógica entre uma ideia e outra é inexistente ou confusa • Delírios - especialmente de perseguição e de grandeza • Inserção de pensamento – crença de que o pensamento é introduzido na sua cabeça por outros • Pensamentos retirados – acredita que os pensamentos podem ser retirados da sua cabeça
M	Memória	Pode estar ou não afetada
A	Afeto e humor	Pode oscilar entre euforia e tristeza
P	Perceção	As alucinações auditivas e visuais são as mais frequentes

Surto Psicótico - Atuação

- Avalie se o estado da vítima é preocupante, assustador ou perigoso;
- Se a vítima parece estar a alucinar aborde-a lentamente e com precaução para não a assustar;
- Fale devagar e de forma clara (objetiva), utilizando um tom de voz

- neutro. As frases devem ser curtas e simples de forma a evitar confusões
- Não tente argumentar ou racionalizar. As alucinações e delírios são interpretações e perceções reais para a vítima. Argumentando irá dificultar uma relação de confiança;



- Ofereça apoio e validação: "Eu sei que está assustado e preocupado, deixe-me ver se posso ajudar";
- Não reformule aquilo que disser, na esperança de ser mais bem compreendido. Seja sempre sucinto, claro e objetivo e, no caso de necessitar de repetir o que disse anteriormente, faça-o utilizando as mesmas palavras;
- Confira a realidade da situação pela qual a pessoa está a passar. Talvez o que veja ou sinta seja verdade;
- Por vezes, alterações no meio ambiente podem ser mal interpretadas e assustadoras, como um reflexo ou uma sombra na janela, um eletrodoméstico barulhento, entre outros. Explique a interpretação potencial ou real, por exemplo, que o ruído é o forno a trabalhar;
- Proceda a alterações no ambiente, se necessário. Acenda luzes, retire espelhos, desligue um rádio ou a televisão, entre outros.
- Perceba se a acuidade visual e auditiva da vítima pode comprometer o estado da mesma. Se a vítima usar óculos ou aparelho auditivo e estiver sem os mesmos, tente, de forma calma, que esta os coloque (ajude se necessário);
- Não ria ou sussurre, pois, estes comportamentos podem ser mal interpretados;
- Não valorize os comentários, insultos ou acusações que a pessoa possa fazer sobre si;
- Se a vítima lhe perguntar diretamente se ouve ou vê algo, seja honesto, mas não insista para convencer ou argumentar sobre o que é real. Pode

ser importante dizer que acredita que ela esteja a ouvir ou ver algo;

- Se reparar que a vítima está a delirar ou a ter alucinações, tente não a contrariar. Pelo contrário, esforce-se para "entrar no seu filme e finja que é uma das personagens".
- Tente reconhecer o que a vítima está a sentir como medo, tristeza, insegurança ou confusão;
- Descarte qualquer doença, medicamento ou droga ilícita que possa contribuir para o estado da vítima;
- Seja convincente e firme sobre a necessidade de a vítima ser transportada para o hospital;
- Transporte para um serviço de urgência (SU) com valência de psiquiatria.

Na atuação propriamente dita, os passos a seguir consistem em garantir as condições de segurança, garantir recursos adicionais, estabilizar, prestar uma assistência adequada e transportar a vítima para um SU com a valência adequada - psiquiatria.

Perturbação Pós-stress Traumático (PPST)

O trauma é habitualmente designado como uma lesão provocada num tecido vivo por um agente externo. Na saúde mental, o trauma é um estado psíquico ou comportamental alterado que resulta de um *stress* mental ou emocional ou ainda



de uma lesão física. Afeta o funcionamento psicológico, fisiológico e interpessoal.

A natureza dos eventos traumáticos varia, mas os seus efeitos são semelhantes. As causas prováveis que desencadeiam respostas traumáticas são, por exemplo, abuso sexual, tortura, assalto violento, acidentes de viação, ameaças de morte, experiências de guerra, catástrofes naturais ou provocadas, entre muitos outros.

Um dos principais efeitos do trauma é a desorganização. Este tipo de eventos altera o sentimento de segurança, originando respostas de sobrevivência, luta ou fuga, influencia a qualidade de vida e pode originar problemas de saúde física, mental e social.

Geralmente as manifestações da perturbação de pós-*stress* traumático consistem em:

- Memórias intrusivas (imagens, pensamentos, perceções), sonhos recorrentes, insónia;
- Atuar ou sentir como se o acontecimento estivesse a repetir-se – flashback;
- Dificuldade de concentração, irritabilidade, hipervigilância, respostas de alarme exacerbadas;
- Embotamento afetivo.

As vítimas de eventos traumáticos têm maior propensão para desenvolver comportamentos de evitamento, de violência, depressão, alienação e isolamento, desconfiança, uso de substâncias e suicídio.

Perturbações relacionadas com o uso de substâncias

Os distúrbios relacionados com o uso de substâncias incluem o consumo de álcool, substâncias ilícitas e outras que alteram a forma como uma pessoa sente, pensa ou se comporta. Dividem-se em quatro níveis:

1. Uso de substâncias – consumo de quantidades moderadas, esporadicamente, que não afeta as AVDS (p.ex. consumo moderado de álcool socialmente);
2. Intoxicação por substâncias – consumo que compromete o pensamento e a função motora (p.ex. condutor com a capacidade de condução diminuída pelo consumo excessivo de álcool);
3. Abuso de substâncias – consumo de substâncias que interfere com as AVDS (p.ex. dificuldades no trabalho, na escola ou nos relacionamentos interpessoais);
4. Dependência de substâncias – a pessoa é física e psicologicamente dependente e requer quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito. Os seus objetivos centram-se na procura da substância para consumo que podem alcançar dimensões como, por exemplo, roubar.

Caso interrompa o consumo da substância de um modo repentino, a vítima pode experimentar também sintomas desagradáveis. Esta situação denomina-se por abstinência e manifesta-se através dos seguintes sinais e sintomas:

- Mialgias;
- Cãibras;
- Crises de ansiedade;

- Hipersudorese;
- Náuseas;
- Convulsões.

Os sinais e sintomas de abstinência podem aparecer de 6 a 48 horas após a última ingestão e tendem a intensificar-se por vários dias, antes de melhorarem progressivamente.

O *delirium tremens* é uma condição que resulta frequentemente da abstinência de álcool, no qual a vítima apresenta confusão, tremuras, alucinações (vê animais como insetos, aranhas, cobras, ratos, entre outros), hipertermia, hipersudorese e hipotensão.

Crise de Ansiedade

A ansiedade é uma reação fisiológica, comportamental, emocional e psicológica do ser humano, pois preocupar-se e ficar ansioso é uma necessidade para uma boa adaptação individual à sociedade e ao meio ambiente. No entanto, uma pessoa que desencadeia uma crise de ansiedade tem um sentimento persistente de medo ou preocupação, com motivos injustificáveis ou desproporcionais. Estas crises podem ser incapacitantes e condicionar o indivíduo nas suas atividades de vida diárias ou até afastá-la das mesmas.

Crise de Ansiedade – Sinais e Sintomas

Os sinais e sintomas são variáveis, mas geralmente incluem:

- Apreensão, preocupação, medo, irritabilidade, dificuldade de concentração;
- Hiperventilação;
- Taquicardia, hipertensão arterial;

- Dor epigástrica;
- Parestesias;
- Hipersudorese;
- Lipotímia;
- Cefaleias.

A ansiedade generalizada é um estado permanente e prolongado de desconforto. Para que seja diagnosticada, é preciso que a ansiedade excessiva dure pelo menos 6 meses.

Crise de Ansiedade – Atuação

- Manter sempre uma atitude calma;
- Identificar-se antes de começar a falar com a pessoa;
- Ser breve e concreto;
- Falar e encarar a ansiedade como uma resposta humana normal e adequada, sem acusar a pessoa de que está a errada;
- Não se dirigir à pessoa com hostilidade e criticar ou provocar uma intensificação da situação;
- Não fazer julgamentos sobre o que a pessoa está a sentir, pensar ou a fazer; Não fazer juízos de valor, pois aumentam a resistência e o conflito entre as duas partes, comprometendo o desempenho, a adesão da pessoa ao que lhe é pedido e o bem-estar de ambos;
- Pedir para a pessoa falar do que se está a passar com ela “Pode dizer-me o que se está a passar consigo, para eu poder ajudá-la?”. É de extrema importância a focalização no momento e no objetivo. É importante facilitar a expressão verbal;
- Ter um equilíbrio entre o ajudar a pessoa e a compaixão ou excessiva simpatia; A simpatia excessiva é



desadequada e pode conduzir a reações de irritabilidade e insatisfação da pessoa;

- Transmitir à pessoa a ideia de que é importante que aceite o que lhe está a acontecer, sem fugir; Alertar para não bloquear ou resistir à situação; perguntar se é a primeira vez que se sente assim (pode ser útil porque, como está num estado confuso não se apercebe da solução e o que fez das outras vezes e que deu resultado); sublinhar que é passageiro e que terá um fim. “Percebo que está a sofrer, mas compreenda que esse sofrimento tem um fim!”
- Focar a atenção da pessoa em sensações exteriores ao corpo, o que permite a atenuação destes episódios de pânico; É adequado perguntar, por exemplo: “Está a ver-me?”; “Está a ouvir-me?”; “Tem uma cadeira para se sentar?”; “Sente a minha mão fria?”; “Coloque os pés no chão.”;
- Permitir que a pessoa tenha momentos de silêncio, para que esta possa estruturar o que necessita de dizer. A pessoa já tem sintomatologia ansiosa; não se deve agravar estes sintomas acelerando o discurso;
- Não recorrer a frases de encorajamento banais ou falsas promessas (p.ex. “Vai correr tudo bem!”, “Não tem porque se preocupar!”); Transmite à pessoa ausência de empatia e de escuta ativa e aumenta os sintomas de ansiedade;
- Evitar frases iniciadas por “porquê”, pois podem ser mal interpretadas e gerar mais ansiedade; A pessoa poderá não ter explicações ou respostas para o que se está a

sucedem com ela, pelo que perguntas deste formato poderão aumentar a ansiedade;

- Utilizar questões iniciadas por “como”, “quando”, “quem”, “o quê”, “onde”; Ajuda a pessoa a centrar-se no momento, a perceber a evolução da situação e a dar a informação necessária para compreender o que se está a passar;
- Recorrer a Técnicas de Respiração e Relaxamento e ensinar à pessoa; Inspirar e expirar com calma, dizendo-lhe que é importante resistir à vontade de inspirar ar rapidamente. Para o controlo respiratório é necessária uma respiração diafragmática abdominal, pois os episódios de ansiedade e pânico provocam habitualmente uma respiração rápida e superficial, o que implica um uso pulmonar reduzido, e uma consequente oxigenação deficitária, provocando uma tensão geral do organismo.

Depressão

É uma das perturbações psiquiátricas com maior prevalência na população portuguesa. Pode ser episódica, recorrente ou crónica, e leva à diminuição da capacidade do indivíduo em lidar com as atividades de vida diária.

Esta patologia diferencia-se das normais mudanças de humor pela gravidade e permanência dos sintomas. Está associado, muitas vezes, a ansiedade e/ou pânico.

Os sinais e sintomas mais comuns são:

- Sentimentos de tristeza, desespero e desânimo marcado e prolongado;

- Sentimentos de inutilidade, culpa, incapacidade, falta de confiança e de autoestima;
- Pessimismo, isolamento extremo, tensão e irritabilidade;
- Fadiga, cansaço, perda de energia;
- Alterações na concentração;
- Anedonia (incapacidade de sentir prazer com atividades agradáveis);
- Perturbações do sono (insónia ou hipersónia);
- Alterações de apetite;
- Diminuição da libido (baixo desejo sexual).

A depressão está também relacionada com o aumento do risco de suicídio.

Suicídio

“A ideia do suicídio é uma grande consolação: ajuda a suportar muitas noites más.”

Friedrich Nietzsche

Uma ameaça ou tentativa de suicídio é um sinal de que a vítima está em crise e necessita de uma intervenção rápida. Em muitos casos, consiste num “pedido de ajuda” e pode ser uma forma de comunicação direta ou indireta.

Na maioria dos casos, a vítima pretende parar a dor e não pôr termo à vida, pois está num estado de angústia profundo que não lhe permite considerar outras opções para solucionar os seus problemas.

As tentativas de suicídio podem estar relacionadas com variados fatores. Podem ter origem, por exemplo, quando ocorre morte de um ente querido ou perda de uma relação significativa, instabilidade financeira, perda de emprego, doença

crónica ou debilitante, isolamento social, abuso de álcool ou de outras substâncias, transtornos de personalidade, depressão ou esquizofrenia.

Seja qual for a motivação para a tentativa de suicídio, esta nunca deve ser desvalorizada.

Suicídio - Atuação

Nas emergências relacionadas com tentativas ou risco de suicídio deve assegurar sempre o apoio da autoridade policial no local.

Após ter condições de segurança para realizar a abordagem à vítima, a prioridade é sempre a estabilização ao nível das alterações físicas.

Se a vítima estiver consciente, a criação de uma relação de confiança deve ser feita o mais rapidamente possível. Para ajudar a reduzir o risco potencial de suicídio, deve seguir as seguintes orientações:

- Garanta a segurança física. Estabeleça limites de proteção, ajudando a evitar lesões à equipa, à vítima e a terceiros;
- Transmita que pretende ajudá-la;
- Seja honesto;
- Ouça com atenção mesmo que o discurso pareça bizarro, inadequado ou irrealista. Nem todos os comentários da vítima devem ter uma resposta da sua parte nem deve dar conselhos ou opiniões;
- Converse sobre as intenções da vítima. Perguntas como “tem pensamentos sobre suicídio” ou “já se tentou matar” são apropriadas, utilizando sempre a mesma terminologia que a da vítima.



Determine quatro fatores importantes:

1. Se a vítima pensou ou está a pensar em terminar com a própria vida;
 2. Qual o método que vai usar/plano;
 3. Se tem o que precisa para consumir o ato;
 4. Quando o vai fazer.
- Valide os sentimentos da vítima e não discuta o seu desejo de morrer. Explique alternativas ao suicídio que a vítima possa não ter considerado como, por exemplo, receber apoio psicológico para ajudar a lidar com os seus problemas ou preocupações;
 - Determine o sistema de suporte como familiares, amigos, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, entre outros. Se possível, considere a intervenção de terceiros que possam ser mais capazes para comunicar e acalmar a vítima;
 - Tranquelize a vítima durante a crise;
 - Transporte para um SU com valência de psiquiatria.

Atuação com populações específicas

Para além de estabilizar as necessidades imediatas de vítimas com alterações comportamentais, os operacionais podem ter de lidar com complicações decorrentes da situação ou de outros fatores como a idade da vítima ou a possibilidade de comportamento violento. Assim, este ponto apresenta considerações especiais para vítimas pediátricas, idosos e vítimas potencialmente violentas.

Alteração de comportamento em crianças

As crianças, vítimas de uma crise emocional, precisam de ser abordadas com técnicas diferentes daquelas que são usadas com adolescentes ou adultos. Utilize os seguintes princípios de atuação:

- Tente ganhar a confiança da criança e convencê-la de que a sua única intenção é ajudar;
- Demonstre-lhe que tem capacidade para controlar a situação, mas que não vai magoá-la;
- Seja breve nas perguntas que faz. A capacidade de atenção da criança pode ser curta;
- Nunca minta. Seja honesto responda às questões por elas levantadas, adaptando o seu discurso em função da idade da criança;
- Utilize todos os recursos possíveis para comunicar com a criança como, por exemplo, desenhos ou histórias;
- Se apropriado, envolva os pais ou os cuidadores para facilitar a comunicação com a criança;
- Não desvalorize qualquer ameaça de violência;
- Nas emergências que envolvem crianças, os operacionais devem usar força, única e exclusivamente, quando for necessário proteger a criança ou a própria equipa. A criança deve ser envolvida num cobertor e presa à maca com cintos para poder realizar o transporte até ao SU. No entanto, como acontece com qualquer método de imobilização, o operacional deve garantir a permeabilização da via aérea e garantir a circulação.

A prestação de quaisquer cuidados à criança, sejam ativos ou preventivos, deve ser feita com o consentimento e, se possível, com a colaboração dos pais (ou tutores, se a criança não estiver sob responsabilidade dos pais).

O poder paternal é um poder-dever que a ordem jurídica atribui aos pais para representarem e agirem no interesse da criança, de dirigir a sua educação, de prover ao seu sustento e de velar pela sua segurança e saúde.

Na eventualidade do pai, da mãe ou do tutor da criança impedirem a prestação de assistência que seja essencial para salvar a vida da criança, ou comprometa gravemente a sua saúde, os operacionais devem “substituir-se” aos mesmos e salvar os superiores interesses da criança, ainda que contra a vontade dos pais.

Esta intervenção da equipa é salvaguardada nos termos de legítima defesa e tem como fundamento proteger o direito à vida e à saúde da criança, constitucionalmente consagrados.

Contudo, se o risco de morte não for iminente, e se a equipa se confrontar com uma situação em que a criança está agitada e os pais se opuserem à intervenção direta da equipa, deverá ser pedido o apoio de autoridade policial para se desencadarem os mecanismos legais para proteção do menor.

Alteração de comportamento nos idosos

As alterações de comportamento nos idosos podem indicar um transtorno psiquiátrico de longa data, transtorno psiquiátrico emergente, doença, abuso de substâncias, incumprimento de terapêutica ou interações medicamentosas, entre outros. Utilize os seguintes princípios de atuação:

- Identifique-se e comunique ao nível dos olhos do idoso para ter a certeza de que este o consegue ver;
- Trate a vítima pelo nome (Sr. Silva ou Sra. Maria), caso não receba indicação para tratar de forma diferente;
- Fale devagar, de forma clara e com respeito (evite expressões como “minha querida”, “avozinha”, “minha santa”, entre outros);
- Faça uma pergunta de cada vez e espere pela resposta;
- Ouça atentamente – escuta ativa;
- Explique o que está a fazer e os motivos;
- Reconforte através do toque se apropriado; preferencialmente no ombro e braços
- Seja paciente;
- Se apropriado ou necessário, permita a presença de familiares ou cuidadores, nunca se esquecendo que a vítima é o idoso; por esta razão, fale para ele;
- Respeite os pudores.



Vítimas potencialmente violentas

Apenas um pequeno número de pessoas com problemas de saúde mental é potencialmente violento. No entanto, a abordagem e avaliação da vítima potencialmente violenta deve ter em conta os quatro seguintes fatores, que podem ajudar a determinar a probabilidade de um episódio de violência:

- História – Teve anteriormente comportamentos violentos?
- Postura – Em que posição se encontra? Parece tensa?
- Atividade vocal – Fala alto, linguagem obscena e errática? Indica sofrimento emocional?
- Atividade motora – Está agitada ou a tentar proteger os seus limites físicos?

Se qualquer um destes sinais de comportamento potencialmente violento estiver presente, tente reduzir o *stress*. No entanto, deve evitar o confronto. Deve preparar uma forma para lidar com a crise e este plano deve reduzir o potencial de um acidente fatal.

A presença da autoridade é fundamental nas ocorrências com vítimas violentas assim como o conhecimento de princípios de segurança na abordagem da vítima.

Tenha em conta os seguintes princípios:

- Mantenha uma distância de segurança;
- Afaste objetos que possam ser utilizados para agredir a equipa ou terceiros;
- Não permaneça de costas para a vítima ou terceiros;
- A abordagem pela equipa deve ser feita sempre em ângulos diferentes, por exemplo, o primeiro elemento

aborda a vítima de frente e o segundo aborda numa posição lateral, para que em situações de agressão a vítima não consiga atingir os operacionais e o segundo consiga intervir;

- Nas situações em que a vítima se encontra deitada, onde o tripulante necessita de se baixar, adote uma posição estável para não se desequilibrar ao mínimo toque.

Urgências Médico Legais

Situações de emergência médica que resultam de comportamentos agressivos dirigido a outros, provocando ferimentos com necessidade de tratamento.

Violência Doméstica

Ainda que a forma de violência doméstica mais prevalente seja a psicológica, aquelas que mais vezes serão motivo de acionamento e intervenção por parte da equipa de pré-hospitalar são as situações de violência física e sexual. Poderão ainda existir situações nas quais o motivo é diferente da situação encontrada pela equipa, mas que levantem dúvidas quanto à existência de violência doméstica.

As vítimas encontram-se geralmente assustadas e inseguras, com sentimento de culpa, vergonha e humilhação.

Geralmente são vítimas com grande dependência emocional como consequência do jogo psicológico que se cria entre agressor e agredido, potenciado por características de personalidade da vítima.

Ao denunciarem a situação, têm receio que se agrave por vingança do agressor. Desculpam muitas vezes este

comportamento utilizando expressões do tipo: “ele vai mudar”, “estava só zangado por algum motivo”, “quando bebe, fica assim, mas depois muda”.

Têm também um sentimento de impotência por medo de não conseguirem sustentar os filhos no caso de abandonarem a relação – dependência econômica face ao agressor.

Violência Doméstica - Atuação:

- Adotar uma postura tranquila, segura e empática;
- Apresentação da equipa;
- Ter o cuidado de manter a vítima em local calmo e com privacidade;
- Demonstrar respeito e disponibilidade;
- Reforçar a ideia de que estão disponíveis para ajudar a vítima;
- Se, na abordagem à vítima, houver indícios de agressão, esta deve ser questionada se necessita de algum tipo de apoio para além do socorro prestado. Se a situação for negada, mesmo assim, deve ser transmitida a suspeita de agressão ao CODU e na passagem do caso na triagem do hospital;
- Não fazer juízos de valor. Tentar compreender e não criticar ou fazer julgamentos;
- Não minimizar o que ouve e respeitar sempre o sofrimento da pessoa;
- Nunca fazer promessas que não possam ser cumpridas (p.ex. prometer que vai ser vingada, vai tudo correr bem, “tudo se resolve”);
- Evitar gestos bruscos e atenção ao toque;

- Não pressionar para fornecer detalhes sobre o sucedido, sobretudo se se tratar de uma situação de violência sexual.

Maus-tratos a dependentes (crianças, indivíduos portadores de deficiência física ou mental e população idosa)

Os maus-tratos têm lugar num contexto de relação de responsabilidade, confiança e poder.

Existem várias formas de maus tratos:

Negligência (constitui um comportamento regular de omissão relativamente aos cuidados a ter com um menor ou dependente, não lhe sendo proporcionada a satisfação em termos das necessidades); **Maus tratos físicos** (qualquer ação não acidental por parte dos pais ou cuidador que provoque ou possa provocar danos físicos); **Abuso sexual** (traduz-se pelo envolvimento do dependente em práticas que visam a gratificação e satisfação sexual do perpetrador numa posição de poder ou autoridade sobre aquele); **Abuso Emocional** (constitui um ato de natureza intencional, caracterizado pela inadequação do suporte afetivo e do reconhecimento das necessidades emocionais da vítima).

Geralmente as vítimas encontram-se assustadas, com indicadores de carência afetiva, sentimento de culpa, vergonha e humilhação.

Os indicadores físicos mais frequentes serão: **feridas com diferentes fases de cicatrização**, em zonas extensas do dorso, costas, nádegas ou genitais, com formas anormais, agrupadas ou com sinais ou marcas do objeto com que



infligiram a vítima; **queimaduras** de várias formas que podem ser feitas com vários objetos. Estes objetos deixam um sinal claramente definido (grelha, ferro de engomar, charuto ou cigarro ou ainda indicativos de imersão em líquido quente), queimaduras em luva (as mãos ou pés queimados de forma simétrica); **Fraturas** do crânio, nariz ou mandíbula, braços, pernas e costelas, em diferentes fases de cicatrização.

Maus-tratos a dependentes - Atuação:

- Não tentar realizar uma avaliação mais profunda de uma suspeita de maus-tratos, pois pode estar a condicionar uma avaliação futura bem como a (re)traumatizar a vítima;
- Perante uma suspeita de maus-tratos, sinalizar de imediato às autoridades competentes (passar esta informação de suspeita a o CODU; e se não houver transporte ao hospital, ponderar contato com a Emergência Social: Linha 144);
- Tenha em atenção a sua expressão emocional (p.ex. não se mostre em choque ou com raiva perante a situação), pois pode estar a provocar um agravamento de sintomas nos envolvidos.

Violência Sexual

Violação/Abuso Sexual

Será pertinente distinguirmos estes dois conceitos. O primeiro – violação – será todo o ato sexual proferido na vítima que envolva penetração vaginal, anal ou oral quando esta não deu consentimento para tal ou não se encontra com capacidade

para fazê-lo. Já o segundo – abuso sexual – é todo e qualquer ato que envolve contacto sexual, mas não tem lugar penetração. A vítima não consente este comportamento ou não tem capacidade para dar consentimento.

Reações que podem surgir nas vítimas de violação e/ou abuso sexual:

- Choque emocional;
- Desespero / Raiva;
- Medo /Terror;
- Nojo / Vergonha;
- Desconfiança;
- Recusa no contato com outras pessoas;
- Ansiedade.

Violação/Abuso Sexual - Atuação:

- Identificação da equipa (nome, categoria);
- Avaliar a vítima com postura empática;
- Ouvir, falar e respeitar a vítima em termos emocionais;
- Dizer-lhe que não é culpada;
- Não pressionar para dar detalhes;
- Atenção ao toque, a vítima poderá não querer ser tocada, pode sentir repulsa por ser tocada por um estranho;
- Normalizar e validar sentimentos (culpa, raiva, nojo, vergonha);
- Não podemos fazer promessas que não podem ser cumpridas (p.ex.vingança);
- Passagens de dados e transporte discretos;
- Certificar-se de que a vítima fica em segurança no hospital. Disponibilizar todas as informações de que dispõe acerca do presumível agressor de forma a proteger a vítima.

- Garantir segurança – informar autoridades;
- **Atenção à preservação de provas;**
- Fornecer informações à vítima e aos seus familiares.

Nota: A preservação de provas é essencial, principalmente quando a agressão ocorreu à menos de 72h (possibilidade de serem encontrados maior número de vestígios). Por isso, as vítimas devem instruídas (com todo o cuidado) a:

- Não lavar as mãos;
- Não lavar os dentes;
- Não mudar de roupa. Se o fizer, guardar a roupa “usada” num saco de papel;
- Não pentear o cabelo;
- Não tomar banho;
- Não urinar ou defecar;
- Não comer ou beber;
- Não deitar fora o lixo que possa existir em casa.

Crianças vítimas de violação e/ou abuso sexual

Neste tipo de interações entre agressor e criança, o agressor “usa” a criança com o intuito de se estimular sexualmente a si próprio, estimular a criança ou, de forma que esta interação seja estimulante e proveitosa para terceiros.

Crianças vítimas de violação e/ou abuso sexual – Atuação

- Apresentação da equipa;
- Adotar uma postura calma e empática;
- Adaptar a linguagem à da criança se necessário;

- Atenção ao toque; a criança poderá não querer ser tocada nesta situação em particular.
- Validar e normalizar sentimentos de culpa, vergonha, raiva e nojo do próprio corpo;
- Não explorar pormenores acerca dos acontecimentos;
- Importante dizer à criança que não é culpada, nada fez de errado para despoletar tal acontecimento;
- Não fazer promessas à criança que não poderão ser cumpridas (p.ex. que vai ser);
- Orientar a rede social para que a criança seja protegida do abusador;
- Mostrar emoções positivas pela revelação feita e pela coragem.

Crianças vítimas de violação e/ou abuso sexual – Indicadores físicos e comportamentais mais frequentes:

- Lesões, marcas ou sangramento nos genitais externos, vagina ou região anal;
- Existência de secreções nos órgãos genitais;
- Alteração de funcionamento dos esfíncteres devido a dor durante a higiene ou evacuação;
- Alteração comportamental; pode tornar-se agressivo para com os outros;
- Inicia comportamento delinquente com fugas da residência;
- Presente o medo dos adultos, principalmente em crianças pequenas;
- Pode existir o relato por parte da criança acerca do abuso; confiança





a um amigo ou adulto de confiança que não quer voltar para casa;

- Crises histéricas.

Em qualquer uma das situações anteriormente descritas será mandatário avaliar o risco da situação no que diz respeito a:

- Tipo de relação que tem com o agressor;
- Consumo de álcool ou drogas por parte de qualquer um dos envolvidos;
- Existência de armas na residência;
- Ameaça de aumento da intensidade das agressões;
- Ameaças de suicídio ou homicídio.

Pontos a Reter



- Existe um vasto número de psicopatologias com as quais somos confrontados no pré-hospitalar. Importa, portanto, sabermos identificá-las e atuarmos em conformidade;
- Nas alterações de comportamento, após estabilizar qualquer alteração física, lesão ou situação com risco de morte, o operacional deve realizar uma breve recolha de informação para avaliar a situação e determinar a necessidade de recursos adicionais, nomeadamente da UMIPE.



IV. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

Objetivos:

- Identificar as atitudes comunicacionais e postura profissional mais adequadas a adotar nas situações de notificação de morte e início do processo de luto.

Processo de Luto e Notificação de Morte⁶

Face a qualquer perda significativa, de uma pessoa ou até de um objeto estimado, inicia-se um processo necessário e fundamental para que o vazio deixado, com o tempo, possa voltar a ser preenchido. Esse processo é denominado de luto e consiste numa adaptação à perda, envolvendo uma série de tarefas ou fases (em função de cada teoria ou autor) para que tal aconteça. As perdas de pessoas significativas são as mais difíceis de ultrapassar e, por isso, são acompanhadas de reações que podem ser muito intensas e, por isso, justificar a intervenção psicológica de emergência.

A notificação de morte é um momento particularmente complexo e difícil, tanto para a família quanto para os técnicos envolvidos. Apesar de não serem todos os operacionais a fazê-lo, é importante que todos saibam como reagir e atuar, se estiverem presentes nesse momento. As famílias consideram que é importante, num momento como este, a atitude e atenção dos profissionais e a sua disponibilidade para ouvir os familiares; a oportunidade de falar sobre os detalhes da morte e as circunstâncias que levaram à mesma; ter uma sensação de controlo relativamente à situação e a algumas decisões, como o acesso a informação;

poder ver o corpo do familiar, possibilitando a despedida e iniciar, assim, o processo de luto. Para isso são indispensáveis quer o recurso a linguagem clara quer um contexto de privacidade.

A notificação de morte adequada contempla as seguintes etapas:

I: Início (Privacidade, contacto visual, tempo necessário)

P: Percepções (O que a pessoa sabe, corrigir informação que esteja errada)

I: Informação (Dar a informação em si, notificar a morte)

C: Conhecimento (Confirmar a compreensão – “compreendeu o que acabei de dizer?”, evitar confronto excessivo)

E: Emoções (permitir e validar a resposta emocional; empatia)

C: Confronto (Estabilizar e formular estratégias juntamente com o familiar)

Como notificar:

- 1- Local apropriado. Escolher um lugar calmo e com privacidade;
- 2- Cumprimentar, identificar-se pelo nome e função;
- 3- Posicionar-se adequadamente (ao mesmo nível da pessoa que vai ser notificada);



4- Sentar-se e pedir às pessoas presentes para se sentarem também;

5- Certifique-se que a pessoa mais chegada está presente; Não notifique o irmão da pessoa antes de notificar os pais ou o cônjuge;

6- Não dê a notícia a uma criança:

- Deve ser sempre efetuada por uma das figuras parentais ou, na impossibilidade, por um adulto em quem a criança confie plenamente;
- A decisão sobre se os profissionais da equipa de EPH devem estar presentes durante uma notificação de morte deve ser tomada pelo adulto que vai notificar;
- As crianças podem demonstrar reações diferentes, dependendo da idade, maturidade, relacionamento com o indivíduo que morreu e experiência anterior de perda;
- Não usar frases feitas de conforto (p.ex. "a mãe/pai foi para um lugar melhor ou um lugar especial onde as pessoas boas vão", pois pode adquirir um significado diferente e provocar sentimentos de revolta e rejeição);
- Notificar as crianças o mais cedo possível;
- Sentar-se ao mesmo nível da criança e informar que tem algo triste para lhe dizer;
- Usar uma linguagem adequada à criança para que possa entender o que lhe é dito;
- Ser honesto;
- Responder "não sei", se não houver resposta ou se não souber;
- Potenciar um ambiente seguro e de confiança à criança;

- Permitir a colocação de todas as questões que surgirem, mostrando disponibilidade para as responder;
- Não ser muito detalhado sobre como aconteceu a morte, a explicação deve ser breve e clara e usar termos como "morto" ou "morreu";
- Estar atento aos sentimentos das crianças, já que os mais pequenos costumam ter a sensação de serem culpados pela morte;
- Se a criança quer expressar a sua dor, não devem impedi-lo;
- Não temer chorar perante as crianças, eles compreenderão e acompanharão na dor, porém, deverão ser evitadas situações de gritos e sinais de desespero;
- Não impedir que participem no velório/enterro, mas também não se deve obrigar a participar. Se a criança optar por participar, então deve fazê-lo acompanhada por um adulto com o qual se sinta seguro e confortável. A dada altura pode querer sair do local;
- Manutenção das rotinas e alterar o menos possível os hábitos das crianças. Deste modo sentem-se mais seguras.

7- Sempre presente o contacto ocular e, eventualmente contacto físico;

8- Notificar de uma forma simples e direta. Use o nome da vítima e diga:

"São os pais, marido/mulher, família de... (nome da vítima)?". Fazer um breve resumo do acontecimento;

"Lamento ter de informá-los, mas tenho más notícias para vos dar." (Fazer uma pausa por um momento de forma a preparar as pessoas para a notícia).



“O ... (nome da vítima) **esteve envolvido em...** (explicar situação sem muitos detalhes) **e morreu.**” (Fazer outra pausa breve).

Não usar expressões como “partiu...”, “passou para outra vida”, “perderam o... (nome da vítima)”.

Terminar o discurso com: **“Tenho muita pena, os meus sentimentos.”;**

9- É importante transmitir os sentimentos pois exprime emoções em vez de factos, e convida as pessoas a exprimirem os seus sentimentos, ajudando-os a enfrentar a realidade, integrando o acontecimento na sua vida.

- Não culpabilizar a vítima por a situação ter acontecido como aconteceu, mesmo que ela tenha tido culpa. No entanto, é importante normalizar o sentimento de culpa e falar abertamente sobre isso com a vítima;
- Não desvalorizar os seus sentimentos e os da família;
- Estar preparado para o modo como a pessoa vai reagir. Reações intensas à notícia são normais;
- Responder às questões honestamente. Manter uma postura calma;
- Não dar mais detalhes do que aqueles que são pedidos.

Visualização do corpo

A visualização do corpo é muitas vezes um momento importante para as famílias, permitindo-lhes uma oportunidade para se despedirem, e para experienciarem a realidade da perda. Alguns familiares podem mostrar-se hesitantes em ver o corpo. Esta questão pode ser discutida

abertamente. No entanto, se o familiar em questão não quiser ver o corpo, a sua vontade deve ser respeitada. Uma estratégia que pode ser utilizada, é pedir a um elemento da família mais afastado para ver o corpo e depois a descrição ser partilhada com os familiares mais próximos quando eles se sintam preparados para saber essa informação⁷.

É importante que a visualização do corpo aconteça depois de passarem as respostas iniciais à notificação, quando os familiares já estiverem mais calmos⁷.

Aquando deste momento, é importante:

- Acompanhar o familiar que o vai fazer ao local onde se encontra o corpo.
- Prepará-lo antes com uma descrição do local, do que vai encontrar e ver.
- Prepará-lo para a condição em que vai encontrar o corpo (p.ex. vai parecer pálido, frio, etc.).
- Nos casos em que o corpo esteja mutilado ou esteja coberto de sangue ou outros fluidos, se possível devemos deixar o corpo e a área à volta o mais apresentável possível, e cobrir as partes do corpo que tenham lesões. Em algumas situações em que não seja recomendado ver o corpo, pode ser negociado com o familiar, ver apenas uma parte do corpo, como uma mão ou um braço⁷
- Não deixar a pessoa sozinha com o corpo a não ser que lhe seja pedido. Neste caso, deve informar que está à porta para o que seja preciso.
- Se houver alguma coisa de positivo para dizer à família acerca dos últimos momentos da vítima, dizer antes de se despedir.

Exemplos:

- Dizer “*A maior parte das pessoas que ficam gravemente feridas não se lembram do que lhes aconteceu e não sentem dor por um tempo.*”;
- Não dizer: “*O Sr... Não soube o que lhe bateu (se for um acidente de carro)*”.

Cuidados a ter relativamente aos profissionais:

- Não se esquecer de si próprio;
- Não se esquecer da equipa envolvida;
- Importante o reforço positivo pelo bom desempenho;
- Aprender com os erros (e aceitá-los como o percurso na aprendizagem);
- Falar com os colegas envolvidos na situação sobre o que cada um sentiu e as reações que tiveram;
- Expressar os seus sentimentos e não ficar com a dor emocional que a situação particular causou;
- Não deixar que as próprias reações ao evento se tornem um problema, é importante exprimi-las.



Pontos a Reter



- Notificar um indivíduo da morte de alguém próximo é contemplado por uma carga emocional muito grande. Ter conhecimento de como fazê-lo e em que circunstâncias é um grande passo para que se consiga voltar à rotina, integrando esta perda na vida da pessoa afetada.

V. INCIDENTE CRÍTICO

Objetivos:

- Definir um incidente crítico e a sintomatologia associada;
- Adquirir competências para a intervenção com vítimas de trauma psicológico.

Incidente Crítico

Acidentes, morte de um familiar, situações de violência ou ameaça, entre outros, são exemplos de eventos potencialmente traumáticos, que envolvem o sentimento de completo desamparo diante de uma ameaça, podendo colocar o indivíduo num estado de extrema confusão, medo e insegurança. Experiências intensas e potencialmente devastadoras possuem efeitos variáveis. A estes acontecimentos potencialmente traumáticos, chamamos **incidente crítico**.

Entende-se por incidente crítico um acontecimento negativo e contraditório com o funcionamento habitual da pessoa, que afeta os seus mecanismos de confronto e adaptação normais, levando à

perda do equilíbrio psicológico e alteração do funcionamento habitual⁸

Assim, quando têm que enfrentar uma situação exigente, as estratégias habitualmente utilizadas para resolver problemas tornam-se insuficientes, sendo desencadeadas reações (Reação Aguda de *Stress* – RAS).

A RAS é uma resposta normal e esperada a uma situação adversa. Os sintomas de RAS compreendem manifestações emocionais, cognitivas, físicas e comportamentais. Estes sintomas traduzem o desequilíbrio provocado pelo incidente crítico, uma vez que representa algo excepcional e que conduz a um mecanismo de sobrevivência do indivíduo para fazer face ao evento.

Reações Físicas	Reações Comportamentais	Reações Emocionais	Reações Cognitivas
Hipertensão arterial Taquicardia Dificuldade respiratória Fadiga Hiper-alerta Queixas somáticas Náuseas	Luta ou fuga "Congelado ou imobilizado" Obediência automática Alienação Agitação Desconfiança	Choque emocional Depressão Ansiedade / Pânico Culpa Raiva Medo Desespero Irritabilidade Luto/pesar Vulnerabilidade	Atenção dispersa Dificuldade de tomada de decisão Negação Alteração da memória Confusão Distorção Preocupação

Reações Agudas de *Stress*⁹ (Adaptado de Young et al, 2001)



Porém, uma evolução patológica desta reação normal pode resultar em perturbação, como a Perturbação de Pós-*Stress* Traumático (PPST), outra Perturbação de Ansiedade, Depressão, etc.

Modelo de Primeiros Socorros Psicológicos

“Quando coisas terríveis acontecem nas nossas comunidades, países e no mundo, queremos estender a mão para ajudar aqueles que são afetados.”¹⁰

Em 2009, o Grupo de Desenvolvimento de *Guidelines* da OMS chegou à conclusão de que os primeiros socorros psicológicos devem ser disponibilizados a pessoas com reações intensas de *stress*, depois de terem sido recentemente expostos a um evento traumático. Apesar do nome, abrange apoio social e psicológico.

Os Primeiros Socorros Psicológicos obedecem a princípios básicos como:

- Proteger
- Dirigir
- Conectar
- Triagem
- Cuidar de Agudizados¹¹

Proteger

Promover sentimentos de proteção e segurança em relação ao incidente e/ou a mais ameaças.

- Avaliar o risco de perigo e segurança do local;
- Identificar as pessoas mais expostas ao evento;
- Proteger da exposição a estímulos potencialmente traumáticos (imagens, cheiros, ruídos);

- Afastar do local de maior impacto;
- Proteger da comunicação social.

Dirigir

Direcionar as vítimas ou familiares, sobretudo os que estão mais descontrolados para:

- Fora do local de destruição;
- Longe das vítimas com ferimentos graves e vítimas mortais;
- Dirigir para locais seguros;
- Orientar no sentido das suas necessidades.

Conectar

- Reuni-las com as pessoas mais próximas;
- Fornecer informação correta e possível sobre o incidente e sobre os recursos disponíveis.

Triagem

Identificar as vítimas que requerem intervenção psicológica imediata:

- Intervenção imediata;
- Reconhecer reações de *stress* das vítimas e as reações que implicam intervenção imediata do psicólogo.

Cuidar de Agudizados

Considera-se uma situação de agudizado se a vítima:

1. Iniciar um quadro de urgência psiquiátrica (p.ex: desenvolver crise de ansiedade ou apresentar comportamento estranho/bizarro);
2. Aparentar **choque emocional** (pode chorar compulsivamente ou estar “parado/imobilizado” sem reação a estímulos externos).



Nestes casos deve-se assegurar assistência à vítima, acompanhá-la até que esteja emocionalmente estável e com alguém que a acompanhe.

Por definição, os *Primeiros Socorros Psicológicos* constituem um modelo de intervenção com as seguintes fases:

- Contacto;
- Segurança e conforto;
- Estabilização (se necessária);
- Recolha de informação (necessidades e preocupações correntes);
- Assistência imediata;
- Conexão com a rede social de apoio;
- Informação acerca de estratégias de *coping* adaptativas;
- Referenciação a outros Serviços.



Pontos a Reter



- Um incidente crítico é um acontecimento negativo e contraditório com o funcionamento habitual da pessoa, que leva à perda do equilíbrio psicológico e à alteração do funcionamento habitual;
- Devem ser disponibilizados primeiros socorros psicológicos às pessoas com reações intensas de stress, seguindo os princípios básicos de Proteger, Dirigir, Conectar, Triar e Cuidar dos Agudizados.

VI. GESTÃO DE STRESS

Objetivos:

- Identificar os principais fatores de stress para o operacional;
- Descrever estratégias de confronto adequadas para lidar com situações mais exigentes.

O *Stress* no operacional pré-hospitalar

O *stress* é uma condição que resulta da incapacidade que a pessoa sente, real ou não, de responder às exigências de uma determinada situação (social, psicológica ou biológica). Há fatores que dependem mais do próprio profissional, outros que estão mais condicionados pelo exterior (contexto, tipo de vítimas, condições de trabalho, etc.).

Pela sua exigência, variadas situações constituem-se como fatores de *stress* para as equipas de emergência, nomeadamente:

- Confronto com histórias de vida adversas;
- Identificação com o sofrimento das vítimas e familiares;
- Pedidos de esclarecimento ou dúvidas de familiares;
- Insegurança / “Medo” de não conseguir auxiliar na intervenção;
- Desacordo com decisões tomadas;
- Sentimentos de hostilidade e raiva por parte dos familiares;
- Dificuldades de comunicação (diferenças linguísticas e culturais);
- Exposição a estímulos potencialmente traumáticos.

No exercício desta função, os profissionais deparam-se com situações mais exigentes, que implicam a

mobilização de estratégias para lidar com as mesmas. A estratégia que cada profissional adota para gerir as situações de maior *stress* pode determinar o modo como são ultrapassadas. É fundamental, em primeiro lugar, aceitar que são reações normais e que qualquer profissional pode vir a experimentá-las em situações exigentes.

Algumas das estratégias mais adaptativas para lidar com este tipo de situação são:

- Falar sobre o que se passou e de como se sente/sentiu com os colegas (apoio de pares) ou com quem se sinta mais à vontade;
- Voltar à sua rotina diária;
- Passar tempo com as pessoas que são importantes para si;
- Reservar tempo para si;
- Logo que possível, enfrentar os locais e situações que lhe recordam o acontecimento;
- Tentar descansar e dormir o suficiente;
- Envolver-se em atividades que habitualmente lhe dão prazer;
- Aceitar as suas fragilidades e dificuldades;
- Evitar fazer automedicação, consumir álcool, cafeína e tabaco em excesso.

Algumas pessoas precisam de **ajuda especializada e mais estruturada** para



integrar uma experiência traumática decorrente da atividade profissional. Alguns sinais de necessidade de apoio são:

- Não conseguir deixar de pensar no que sucedeu;
- Sentir-se muito tenso ou com medo a maior parte do tempo;
- Não conseguir ter prazer com nada;
- Não conseguir ir trabalhar ou assumir as suas responsabilidades habituais;
- Comportar-se como se o acontecimento estivesse a acontecer outra vez;
- Irritar-se ou ser agressivo com as pessoas que o rodeiam;
- Envolver-se em comportamentos de risco (consumir álcool, ou outras drogas, automedicação);
- Comportar-se de forma muito distinta do habitual antes do acontecimento.

Tal como acontece com as vítimas com quem intervimos, também os profissionais de emergência são diariamente expostos a situações e estímulos exigentes que podem potenciar o surgimento de reações de *stress* mais intensas e adversas.

Apesar de poderem ser exacerbadas, estas reações (RAS) são normais, tendo em conta a intensidade e a exigência da situação vivenciada. É expectável que com o passar do tempo (horas ou dias) as reações diminuam de intensidade e a pessoa em causa consiga, paulatinamente, regressar à sua rotina habitual. No entanto, há situações em que esta evolução positiva pode não se verificar e o grau de invalidação das reações persistentes pode tornar-se patológico. Neste sentido, se as reações

persistirem invalidantes por um período de, pelo menos, duas semanas após o incidente crítico, podemos considerar a existência de Perturbação Aguda de Stress (PAS). A Perturbação Pós-*Stress* Traumático (PPST) só será diagnosticada caso se mantenha sintomatologia invalidante durante, pelo menos, um mês. Cada profissional deverá, então, estar atento às suas próprias reações, no sentido de encontrar uma estratégia adequada para confrontá-las. Por vezes, quando o próprio não consegue reconhecer a necessidade de apoio, é importante demonstrar disponibilidade para ouvir os alertas dos colegas, quando estes tentam ajudar e aconselhar.

Solicitar ajuda é sinal de maturidade e profissionalismo. Importa relembrar que os Psicólogos do CAPIC estão disponíveis para apoiar, sempre que seja solicitado.

Pontos a Reter



- A estratégia que cada profissional adota para gerir as situações de maior stress pode determinar o modo como são ultrapassadas. É fundamental aceitar que são reações normais e que qualquer profissional pode vir a experimentá-las em situações exigentes;
- Procurar apoio e ventilar as situações complexas com os psicólogos do CAPIC-INEM, não é uma demonstração de fragilidade, pelo contrário, é uma escolha adequada.



VII. SIGLAS

CAPIC	Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DEM	Departamento de Emergência Médica
DFEM	Departamento de Formação em Emergência Médica
EPH	Equipas Pré-hospitalar
GMC	Gabinete de Marketing e Comunicação
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
iTeams®	INEM <i>tool for emergency alert medical system</i>
PAS	Perturbação Aguda de Stress
PPST	Perturbação Pós- <i>Stress</i> Traumático
RAS	Reação Aguda de <i>Stress</i>
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SU	Serviço de Urgência
UMIPE	Unidade Móvel de Intervenção Psicológica em Emergência

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Department of Mental Health and Substance Dependence, Organização Mundial de Saúde. Mental and Social Aspects of Health of Populations Exposed to Extreme Stressors Mental Health in Emergencies. *WHO: Geneva*. Published online 2003.
2. Eisenman D, Weine S, Green B, et al. The ISTSS/Rand Guidelines on Mental Health Training of Primary Healthcare Providers for Trauma-Exposed Populations in Conflict-Affected Countries. *J Trauma Stress*. 2006;19(1):5-17. doi:10.1002/jts.20094
3. World Health Organization, Van Ommeren Mark. *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*.; 2013.
4. Silove D. From Trauma to Survival and Adaptation: In: *Forced Migration and Mental Health*. Springer-Verlag; 2005:29-51. doi:10.1007/0-387-22693-1_2
5. CAPIC. *Manual de Apoio CAPE*. (Instituto Nacional de Emergência Médica, ed.); 2020.
6. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gloger G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302
7. Stewart AE. COMPLICATED BEREAVEMENT AND POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER FOLLOWING FATAL CAR CRASHES: RECOMMENDATIONS FOR DEATH NOTIFICATION PRACTICE. *Death Stud*. 1999;23(4):289-321. doi:10.1080/074811899200984
8. Everly G, Mitchell J. Critical incident stress management: A new era and standard of care in crisis intervention. *Ellicott City, MD: Chevron Publishing*. Published online 1997.
9. Young M, Ford J, Ruzek J, Friedman M, Gusman F. Disaster Mental Health Services: A guidebook for clinicians and administrators. *The National Center for Post-traumatic Stress Disorder – Department of Veterans Affairs*. Published online 2001.
10. Snider L, Van Ommeren M, Schafer A. Psychological first aid: guide for field workers. *World Health Organization*. Published online 2011.
11. Center Child Traumatic Stress – Terrorism and Disaster Branch - and National Center for PTSD.



Fontes Imagens

- Algumas imagens presentes neste documento foram retiradas de páginas eletrónicas de acesso livre, sendo por este facto, difícil reconhecer a sua autoria. Neste sentido, o INEM encontra-se disponível através do contacto aprender@inem.pt



SEDE
Rua Almirante Barroso, 36
1000-013 Lisboa
Tel.:213 508 100

www.inem.pt | inem@inem.pt

