

In: L. Sales (Coord), (2007). *Psiquiatria da Catástrofe*. Coimbra: Almedina.

Factores Preditores de PTSD e Critérios de Selecção em Profissionais de Actuação na Crise

ÂNGELA DA COSTA MAIA

Resumo

A investigação mostra que mesmo face a exposição profundamente adversa e traumática, uma percentagem elevada da população não desenvolve perturbação psicológica. É igualmente um facto conhecido que algumas pessoas, após exposição traumática, mostram sinais de perturbação psicológica grave e incapacitante, e que esta perturbação pode tornar-se crónica. O objectivo deste capítulo é dar conta do que se sabe actualmente sobre factores preditores de PTSD, e de como é que estes dados científicos podem ser tidos em conta na selecção (e formação) dos profissionais que, por dever de profissão, são continuamente expostos ao sofrimento humano e colocam muitas vezes a sua vida em perigo.

Introdução

Os profissionais que actuam em situações de crise, quer sejam técnicos de saúde como médicos e enfermeiros, quer sejam militares e forças de segurança, quer ainda voluntários de organizações não governamentais, reporteres, ou mesmo políticos, podem ter de fazer face a situações extremas, em que a destruição física, o sofrimento, a morte e às vezes a crueldade das atrocidades provocados por seres humanos podem pôr em causa tudo o que é considerado um mundo justo e com sentido, previsível e seguro. Nessas situações é frequente a sensação de impotência face às necessidades reais de acção e, às vezes, é a própria segurança dos profissionais que é posta em causa, como se pode constatar pelo número de feridos e mortos entre as forças de intervenção em crise.

A exposição repetida a estas situações adversas pode dar origem a oportunidades de desenvolver estratégias adequadas para enfrentar os desafios das situações extremas, mas pode igualmente potenciar um mal-estar

contínuo, provocando efeitos cumulativos que vão delapidando os recursos e tornando os sujeitos sucessivamente mais vulneráveis para fazer face a estes desafios. Este capítulo procura dar conta do que é actualmente conhecido sobre factores que predizem perturbação psicológica após adversidade, de modo a informar sobre critérios que podem ser utilizados quando se tem responsabilidades a nível da selecção ou treino de profissionais de actuação em crise. Nesse sentido procuraremos primeiro definir os diferentes tipos de exposição adversa, nomeadamente crise, adversidade e trauma, referiremos depois quais os tipos de perturbação psicológica que podem decorrer da exposição a trauma e, de seguida, abordaremos os factores de risco e os de protecção para desenvolver psicopatologia, nomeadamente perturbação de stress pós-traumático. O capítulo termina com algumas considerações sobre implicações do conhecimento actual para a formação de profissionais de actuação em crise.

Exposição adversa

O equilíbrio quer físico, quer mental dos seres humanos pode ser posto em causa por algumas situações, sendo que se fala de adversidade para referir uma condição que ameaça o bem-estar físico ou psicológico do ser humano (Gunnar, 2000). A resposta a estas situações é conhecida como resposta de stress, uma cascata de alterações fisiológicas com concomitantes emocionais e cognitivos. No extremo das situações adversas podemos encontrar as experiências traumáticas. O DSM-IV (APA, 1994) define trauma como (...) a experiência pessoal directa com um acontecimento que envolva a morte ou ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva a morte, ferimento ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento acerca de uma morte violenta ou não esperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo” (p. 435). Nesta definição foi ainda incluída a resposta da pessoa ao acontecimento, assumindo que uma experiência só pode ser considerada trauma quando a resposta do sujeito “envolver um medo intenso, sentimento de incapacidade de ter ajuda ou horror (...)” (p. 435).

Entre as experiências normalmente consideradas como potencialmente traumáticas incluem-se experiências pessoais, como acidente, assalto, violação, doença grave, ser confrontado com morte/ doença grave em crianças, etc.; mas também outras vivências que podem afectar um grupo ou comunidade, como desastres naturais do tipo terramoto, tempestade, fogo florestal, inundação; ou ainda acontecimentos originados pelo erro ou acção humana, como acontece com desastres industriais, guerra, etc.

As situações traumáticas, especialmente se abrangem um número considerável de pessoas, dão origem à afectação de recursos (meios humanos e materiais) que visam diminuir a ameaça ou o seu efeito sobre os seres humanos afectados. O conceito de crise, que teve, especialmente na Psicologia, um grande desenvolvimento conceptual nos anos oitenta, salienta o desequilíbrio que é imposto aos seres humanos quando percebem que as estratégias e competências habituais são ineficazes para fazer frente à nova situação. Isto significa que face a situações mais ou menos inesperadas, os pressupostos e os comportamentos habituais no funcionamento de uma pessoa ou de um grupo deixam de ser suficientes ou são inadequados, o que exige a emergência de novos recursos que possam capacitar o indivíduo ou a comunidade para lidar com a situação. No caso de destruição massiva de bens ou ameaça à vida, utiliza-se a palavra catástrofe. A catástrofe, segundo a lei de bases da protecção civil, define-se como “um acontecimento súbito quase sempre imprevisível, de origem natural ou tecnológica, susceptível de provocar vítimas e danos materiais avultados, afectando gravemente a segurança das pessoas, as condições de vida das populações e o tecido sócio-económico do País” (site do Serviço Nacional de Bombeiros e Protecção Civil). A exposição a situações de trauma individual ou colectivo como catástrofes, põe em causa os mecanismos de funcionamento normais e podem dar origem a psicopatologia.

Impacto Psicológico da exposição adversa

A investigação recente tem vindo a procurar averiguar a relação entre experiências adversas e psicopatologia, sendo especialmente consistentes os dados de investigação que relacionam adversidade na infância (e.g. abuso, negligência, testemunhar violência doméstica) e psicopatologia na idade adulta (e.g. Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003). Quando se considera o impacto de experiências isoladas do tipo traumático, a perturbação de stress pós traumática (PTSD na sigla inglesa) está entre os tipos de perturbação psicológica que mais tem sido associada à exposição grave a situações ameaçadoras.

Mas a PTSD não é a única consequência da experiência de trauma. Outras perturbações psicológicas são frequentemente diagnosticadas em pessoas com história de trauma com e sem PTSD. Por exemplo, McFarlane e Papay (1992), ao analisarem estudos com sujeitos que tinham desenvolvido PTSD, encontraram que 80% dos sujeitos tinham outras perturbações e Joseph, Williams e Yule (1997) indicam ansiedade, depressão, abuso de substâncias, problemas cognitivos, problemas de saúde e problemas nas

relações interpessoais como os problemas com mais co-morbidade com PTSD. O DSM-IV faz eco desta possibilidade ao inventariar áreas que podem estar afectadas: “modulação dos afectos deteriorada; comportamento impulsivo e autodestrutivo; sintomas dissociativos; queixas somáticas; sentimentos de ineficácia pessoal, culpa, desespero ou falta de esperança; sentimento de estar permanentemente diminuído; perda das crenças anteriormente sustidas; hostilidade; isolamento social; sentimento de ameaça constante; deficiência nos relacionamentos com os outros; ou uma alteração nas características prévias da personalidade” (APA, 1994, p. 437). A maioria das pessoas não desenvolve os sintomas suficientes para receber um diagnóstico de PTSD, mas pode desenvolver outras perturbações. Para além disso, recentemente tem sido desenvolvida investigação sobre a relação entre exposição adversa e traumática e saúde, tendo-se verificado que histórias mais adversas estão associadas a um aumento de comportamentos de risco para a saúde, e maior relato de problemas e queixas de saúde (e.g. Walker, Unutzer, Ruttter, Gelfand, Saunders, Vonkorff, Koss & Katon, 1999; cf. Maia, 2006, para uma revisão).

Ainda que se saiba que a exposição a situações adversas aumenta a probabilidade de desenvolver psicopatologia, nomeadamente PTSD, sabe-se também que algumas pessoas (provavelmente a maioria) não mostram sinais de perturbação considerável após experiências ameaçadoras. Este facto sugere que o PTSD não é uma resposta inevitável, restando saber se é um fenómeno aleatório. A investigação sobre preditores de perturbação psicológica após trauma procura dar resposta a esta questão.

Predictores de perturbação psicológica após exposição adversa

Como referimos antes, a possibilidade de se pensar nos factores predictores de perturbação psicológica após exposição adversa ou traumática assume desde logo que existe a possibilidade de se ser exposto a situações extremas e manter o equilíbrio psicológico. Ou seja, o esforço para compreender quem ficará perturbado após uma situação de crise ou catástrofe decorre do facto conhecido de que a prevalência de exposição adversa é superior à prevalência de perturbação. Na verdade foi a constatação dos estudos na comunidade de que a exposição é elevada, mas o número de afectados é muito menor, que levou ao interesse pelo estudo dos factores predictores de perturbação psicológica.

Na prática, o estudo dos factores predictores de perturbação psicológica após exposição adversa procura responder à questão: será que a perturbação psicológica é independente da gravidade das experiências, das características

dos indivíduos que têm as experiências e dos recursos disponíveis? As respostas a estas questões são extremamente importantes atendendo ao debate que tem havido sobre se serão os acontecimentos em si que estão relacionados com o desenvolvimento de perturbação psicológica, ou se esta se deve à vulnerabilidade dos sujeitos atingidos.

As primeiras tentativas de sistematização da literatura basearam-se especialmente em estudos com ex-combatentes, sendo uma das primeiras revisões sobre predictores de PTSD realizada por Shalev (1996), que a partir de dezenas de estudos publicados enunciou os factores de risco, relacionados com vulnerabilidade pré-trauma (doença psiquiátrica familiar, género, factores genéticos e neuro-endócrinos, traços de personalidade, trauma precoce, experiências de cuidado inadequadas e nível educacional baixo), gravidade do stressor, preparação para o acontecimento, reacções imediatas ao trauma e factores pós-trauma (sintomas, suporte social, outros problemas de vida).

Nos últimos anos foram publicadas duas meta-análises sobre predictores de PTSD. A primeira, publicada em 2000 por Brewin, Andrews e Valentine, estudou o efeito de 14 variáveis, cinco delas demográficas (idade, género, estatuto sócio-económico, nível de educação e raça), e mais nove, que Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003), organizaram em 3 grupos: No primeiro incluem-se variáveis históricas e estáticas (história psiquiátrica familiar, abuso na infância, outras adversidades na infância, outra adversidade prévia, história psiquiátrica prévia, inteligência); o segundo refere-se à severidade do trauma; e finalmente o terceiro grupo inclui o suporte social e outros acontecimentos de vida entre a exposição traumática e a avaliação.

Mais recentemente Ozer, Best, Lipsey e Weiss (2003) realizaram uma nova meta-análise, utilizando 7 predictores, alguns deles diferentes do trabalho realizado por Brewin, Andrews e Valentine (2000). A maior diferença refere-se ao facto de neste trabalho ser analisado o contributo da resposta peri-traumática, uma das dimensões que a investigação recente tem vindo a salientar. Assim, para além da existência de pelo menos um trauma prévio, foi estudado o ajustamento pré-trauma, história de psicopatologia na família, percepção de ameaça à vida durante o acontecimento, suporte social percebido após trauma, emocionalidade peri-traumática e dissociação peri-traumática.

Os resultados destes estudos revelaram que todos os predictores estudados são significativos, ou sejam o contributo que dão para explicar os sintomas de PTSD é relevante. No entanto existem predictores cujo contributo é claramente mais elevado do que outros. Assim, as variáveis que se referem a características dos indivíduos e da sua história, ou seja, dimensões que são mais distais em relação ao acontecimento traumático, dão contributos baixos, ainda que significativos. Entre estes estão a idade, o género, estatuto sócio-

económico, nível de educação, a raça, o ajustamento prévio, a história prévia de trauma e a história familiar de psicopatologia. As variáveis com valor predictivo mais relevante são mais próximas do acontecimento traumático e incluem a gravidade do acontecimento, a percepção de ameaça à vida, o suporte percebido, a emocionalidade e dissociação peri-traumática e os acontecimentos stressantes após o trauma.

De modo a melhor identificar o conhecimento que decorre destes estudos, organizaremos as dimensões que têm sido estudadas em três grupos: as características dos sujeitos que são vítimas da experiência, as características da experiência e a resposta imediata do sujeito a essa experiência, e os recursos disponíveis. Falamos, então 1) do acontecimento em si, 2) dos sujeitos (quer das características pré-traumáticas, quer das respostas peri-traumáticas) e 3) dos acontecimentos e recursos pós-traumáticos.

1. O acontecimento: Severidade e tipo da experiência adversa / trauma

Como vimos a severidade do trauma é um predictor significativo para desenvolver PTSD. Para além disso os resultados do estudo de Brewin, Andrews e Valentine (2000) indicam que este efeito é mais claro em estudos feitos com militares do que com civis, e entre estes últimos, mais elevado em crimes, desastres e acidentes de viação do que outros traumas como queimaduras.

De facto vários estudos têm mostrado que quanto pior a exposição a combate mais sintomas de PTSD (e.g. Maia e col, 2006). Para além disso, a gravidade da ameaça em vítimas de crimes, o tipo de exposição (única vs cumulativa), e o facto de se tratar de violência interpessoal (militar vs civil) ou desastre natural, pode estar relacionada com diferentes níveis de perturbação. Quando existe falha, erro ou responsabilidade humana, parece haver mais probabilidade de desenvolver psicopatologia.

Num estudo meta-analítico realizado por Rubonis e Bickman (1991), apenas com investigação junto de vítimas de desastres, as características dos desastres revelaram ser um dos predictores mais importantes de psicopatologia entre os expostos. Outra dimensão importante foi o grau de responsabilidade humana, mas contrariamente ao esperado os desastres naturais estavam associados a maior perturbação psicológica. Isto deveu-se à falta de previsibilidade em situações como erupções vulcânicas ou terremotos, sendo que alguns autores salientam a intensidade da destruição normalmente associada a estas situações, especialmente quando a calamidade é acentuada e podem decorrer grandes períodos de tempo sem que as populações vejam as suas condições de vida estabilizadas.

2. Características do sujeito

2.1. Características pré-trauma

Em relação às características sócio-demográficas, os estudos indicam que idade mais jovem no momento do trauma é mais preditor nos homens, o mesmo se passando em relação ao baixo nível sócio-económico e pertencer a minorias étnicas. Atendendo a que estes resultados são primordialmente de estudos com militares, eventualmente é nesta população que esta relação é mais consistente. Em relação especificamente ao género, o feminino dá origem a valores mais elevados de predição de PTSD, mas esta relação tem sido muito discutida atendendo a que não é um preditor significativo em amostras militares. O facto de o ser em estudos com amostras civis (Brewin et al, 2000), pode ser explicado pelo facto de alguma investigação sugerir que em níveis muito elevados de exposição não há diferenças (cf. Nemeroff et al, 2006). De qualquer modo uma das explicações para a diferença na prevalência de PTSD entre homens e mulheres, com as mulheres com o dobro dos valores, é o facto de as mulheres serem expostas a coisas diferentes, sendo mais frequentemente vítimas de violência interpessoal e sexual. Para além disso, quando se compara a resposta dos dois géneros face à mesma experiência, uma maior perturbação das mulheres pode decorrer da sua prévia história de exposição traumática, sabendo-se que têm mais frequentemente, por exemplo, história de abuso sexual.

Ainda no âmbito de variáveis demográficas, o nível de inteligência baixo é igualmente um preditor de PTSD em estudos com militares. Como Brewin e col (2000) afirmam, resta ainda saber o que acontece em vítimas civis.

Quando se considera outras variáveis dos sujeitos, como história psiquiátrica familiar, história psiquiátrica prévia e outros problemas emocionais, verifica-se que sendo todas preditores significativos, o seu poder predictivo não é muito elevado, sendo a depressão prévia o melhor preditor. Note-se que a história psiquiátrica familiar é mais importante preditor para traumas do tipo violência interpessoal do que trauma militar e acidentes; e que a ansiedade e características de personalidade anti-social estão entre as dimensões igualmente estudadas e significativas.

A história de abuso e trauma na infância e outra adversidade prévia são preditores igualmente significativos nas meta – análises, ou seja, os sujeitos com exposição adversa prévia têm mais probabilidade de desenvolver PTSD. Note-se, no entanto, que como Brewin e col (2000) alertam, há vários preditores que podem agregar-se e não ser independentes. Por exemplo, a

literatura verificou que história psiquiátrica familiar potencia o abuso na infância, história de abuso prevê perturbação psiquiátrica e mais baixa inteligência; e, por outro lado inteligência, educação e nível sócio-económico não são independentes.

Em relação ao neuroticismo tem-se assistido a um grande debate. Recorde-se que esta variável não foi integrada em nenhuma das meta-análises que temos vindo a referir, mas os estudos têm dado origem a resultados bastante contraditórios ou que exigem ainda investigação que permita perceber a relação que existe entre esta característica e a resposta a situações de trauma. Uma das explicações que tem sido avançada pelos autores que encontraram relação entre neuroticismo e PTSD é que os sujeitos com alto neuroticismo têm uma resposta mais elevada às experiências adversas. Uma outra explicação, avançada, por exemplo, por Engelhard e col (2003), é que existe uma grande sobreposição entre sintomas de activação de PTSD e neuroticismo, pelo que não se está a medir nenhum “predictor”, mas um conjunto de sintomas já antes existentes. De facto estes autores realizaram um estudo prospectivo (avaliaram mulheres grávidas antes de elas perderem o filho) tendo verificado que, de facto, o neuroticismo era predictor de PTSD. Acontece, no entanto, que também avaliaram sintomas de activação no início da gravidez, e quando controlaram esta variável, o valor predictivo do neuroticismo deixou de ser significativo. Ou seja, para estes autores é preciso ter cuidado no estudo do contributo do neuroticismo uma vez que o relato de sintomas pontua na escala de neuroticismo, que, do ponto de vista do constructo, é uma “disposição” mais crónica. McNally, Bryant e Ehlers (2003) põe igualmente em causa o significado da relação entre PTSD e neuroticismo, afirmando que mesmo a haver esta relação, nos estudos correlacionais não se sabe se é o neuroticismo que constitui vulnerabilidade para o desenvolvimento de PTSD ou se é uma consequência da exposição a trauma e do desenvolvimento de PTSD, tanto mais que alguns estudos têm verificado que experiências adversas estão relacionadas com o aumento do neuroticismo; ou ainda ambos.

2.2. Resposta peri-traumática do sujeito

Como referimos antes, a resposta do sujeito no momento do trauma tem mostrado ser um dos melhores predictores de PTSD. As variáveis estudadas têm incluído a percepção de ameaça à vida, a activação fisiológica e emocional, mas especialmente a dissociação peri-traumática.

A Percepção de perigo ou de ameaça à vida é um predictor consistentemente referido na literatura, sendo na meta-análise de Ozer e col (2003) o

seu efeito mais elevado em trauma interpessoal do tipo não militar do que noutros tipos de trauma. Em relação às respostas emocionais no momento do trauma, os estudos mostram que o relato de emoções negativas intensas durante e imediatamente após a experiência é predictor de PTSD. Entre estas emoções contam-se medo, impotência, horror, culpa e vergonha. A dissociação peri-traumática (agir como num filme, ver-se a fazer coisas, desorientação) tem sido muito estudada e, por exemplo, na revisão meta-analítica de Ozer e col (2003), é o predictor mais importante de PTSD, o que está de acordo com vários estudos que têm mostrado que esta variável permanece como predictora depois de controladas a contribuição de outras variáveis de ajustamento psicológico. Note-se que em estudos realizados em Portugal, quer com vítimas de acidentes rodoviários (Pires & Maia, 2006); quer em bombeiros (Horta-Moreira, Maia & Fernandes, 2006), a dissociação peri-traumática está relacionada com PTSD.

2.3. Respostas a curto prazo

Os sintomas de evitamento e embotamento, nomeadamente o isolamento social e o afecto restringido, fazem parte do grupo de sintomas agudos que predizem PTSD (cf. Nemeroff e col, 2006). Para além disso, os sintomas de reacção aguda de stress, nomeadamente sintomas de activação e dissociação, têm mostrado ser bons predictores de PTSD em vários estudos (e.g. Pires & Maia, 2006).

3. Recursos

O apoio social é um dos melhores predictores de bem-estar em geral, mas alguns autores têm salientado que é especialmente em situações de stress que o seu factor protector pode ser avaliado. De facto os estudos com vítimas de trauma mostram de uma forma consistente que apoio adequado está relacionado com adaptação, enquanto a ausência de apoio é um predictor de PTSD. Note-se que na análise de Brewin e col (2000) que temos vindo a referir, a ausência de apoio social é o melhor predictor entre as 14 variáveis avaliadas.

Finalmente deve-se salientar o papel cumulativo de experiências de stress, como se pode verificar pela observação de que experiências de stress após o trauma, ou seja experiências adversas que ocorrem entre o acontecimento em causa e a avaliação, predizem PTSD.

Descrevemos até agora os dados da literatura que indicam quais os preditores de PTSD face à exposição a situações traumáticas. Temos no entanto de salientar que estes preditores nunca explicam completamente a variância de sintomas, ou seja, existe ainda uma parte da sintomatologia que não pode ser explicada por qualquer das variáveis tidas em conta nos inúmeros estudos, o que mostra bem a necessidade de continuar a investigação de modo a compreender cada vez melhor quais as dimensões das situações, dos sujeitos vítimas e dos recursos, que se tornam factores de risco para o desenvolvimento de psicopatologia após exposição a trauma.

Quando se considera especificamente o pessoal de actuação em crise, encontram-se estudos quer com bombeiros, quer com técnicos de saúde que trabalham na área da emergência pré-hospitalar, quer ainda pessoas que trabalham na área da segurança, como polícias.

Factores preditores de PTSD em profissionais de actuação em crise

Nestes casos estamos perante profissões que são expostas continuamente a situações de sofrimento de morte, de destruição e frequentemente põem em causa o seu próprio bemestar ou mesmo sobrevivência. Apesar de se tratar apenas de seres humanos no exercício de uma profissão, como refere Paton (1996), há frequentemente a expectativa de que se trata de super-homens, invulneráveis à dor, ao sofrimento, à morte; e que não sofrem ao cumprir as suas obrigações. Ao despojar estes profissionais de emoções não se considera as suas vulnerabilidades, e mesmo os próprios podem ter dificuldade em aceitar as suas próprias emoções, mal – estar, culpa ou remorso.

Ao ter em conta o tipo de situações a que estes profissionais estão expostos pode-se considerar quer o efeito cumulativo das situações de stress inerentes a todo o tipo de emergência, quer aquilo que tem sido referido como “incidente crítico” e que se refere a experiências potencialmente traumáticas, que incluem situações como assistir a mortes volentes ou destruição massiva. Nestas situações, para além de ter de ajudar as vítimas primárias, os profissionais de emergência têm de lidar com as suas próprias emoções e, às vezes, a sua própria exposição a perigo. Se a sua preparação e treino os habilitar a lidar com os outros, mas negar a existência de impacto sobre si próprio, podem não existir estratégias adequadas para lidar com as suas próprias reacções e /ou ter apoio para elas, dando origem a sensações de falta de controlo ou reproduzindo estratégias de negação.

Em suma, quando se fala da possibilidade de os profissionais de catástrofe desenvolverem perturbação psicológica, reconhece-se que pode

existir um efeito cumulativo da exposição a stress, e/ou que algumas situações podem ultrapassar as capacidades destes profissionais integrem as suas experiências.

Considerando o que foi referido na primeira parte deste capítulo, no caso específico destes profissionais, quando se considera os factores predictores de PTSD podem-se considerar as características dos sujeitos, as características das situações a que são expostos, e os recursos sociais e organizacionais que os podem apoiar. Nesta parte salientaremos especificamente o que se refere às características das experiências que as tornam particularmente traumáticas quando se relacionam com o exercício da profissão.

Como vimos antes, a severidade do trauma é um predictor significativo de PTSD. No caso de intervenção em crise, a presença de violência interpessoal pode tornar mais difícil lidar com a situação do que quando se trata de situações de desastre natural, embora neste último caso, se o número de pessoas afectadas for elevado e a destruição bastante extensa, é possível igualmente que dê origem a respostas negativas.

Por outro lado o tipo de pessoas afectadas pode tornar a situação mais dramática para o profissional. Por exemplo, quase todos os estudos mostram que lidar com situações em que as vítimas são crianças é mais perturbador do que quando as vítimas são adultos, e que a identificação com as vítimas ou assistir a vítimas conhecidas é mais perturbador.

A exposição à morte e o confronto/ manipulação de corpos tem sido verificado como uma das experiências mais perturbadoras para os seres humanos (e.g. Sutker et al, 1994). Infelizmente em algumas situações de calamidade o número de corpos, às vezes já em decomposição, tornam o exercício profissional um verdadeiro pesadelo. Mas mesmo na ausência de situações de catástrofe, situações como acidentes de viação, em que existe tão frequentemente vítimas mortais, expõem bombeiros, técnicos de emergência médica e mesmo profissionais de brigada de trânsito, ao sofrimento físico e psicológico das vítimas, às vezes presas entre os destroços, ou mesmo a partes de corpos que muitas vezes é preciso remover da estrada. Estas situações, a par de outras como o sofrimento solitário de quem morre abandonado, das ocorrências de suicídio, de situações de abuso e negligência infantil, confrontam repetidamente com o resultado da crueldade da acção humana, e da injustiça e sofrimento que fazem parte da vida.

Para lidar com estas situações os profissionais que actuam na crise tem de ter competências técnicas bem diferenciadas e estratégias de *coping* que lhe permitam manter o funcionamento adequado nas situações de maior tensão, e o equilíbrio no fim da sua missão.

O reconhecimento destas dimensões fazem-nos pensar que se deve ter um bom quadro de referência quando se tem responsabilidade a nível da actuação das equipas de emergência e actuação em crise, pelo que passaremos a abordar as implicações que estes conhecimentos têm para a selecção e treino dos profissionais de actuação em crise.

Como descrevemos antes, as variáveis “históricas e estáticas”, nomeadamente a história prévia de trauma, e o funcionamento mental, são predictores (ainda que não muito fortes) de PTSD. A selecção deve ter em conta quem serão os sujeitos mais provavelmente resilientes e capazes de enfrentar situações de crise. Mas se a imprevisibilidade e a incontroabilidade das situações são os maiores despoletadores de stress, há que garantir que para os profissionais que actuam em crise todas as possibilidades estejam previstas e os procedimentos bem definidos. As situações bem treinadas e as estratégias mais adequadas para cada situação devem promover respostas peri-traumáticas menos intensas do ponto de vista emocional, e assim reduzir a probabilidade de desenvolvimento psicopatológico. Para além disso, e de modo a colmatar os efeitos cumulativos, a rotação das equipas e o tempo de descanso necessário para recuperar, são essenciais para prevenir os efeitos nefastos da exposição cumulativa.

O apoio social e organizacional deve ser uma garantia de recursos para todos os profissionais que agem em momentos de crise. Estes recursos provaram em todos os estudos terem a capacidade para amortecer o impacto das experiências adversas, e quanto maior for o risco associado à situação, mais recursos protectores devem ser disponibilizados.

Conclusão

Como vimos quem responde ou não com PTSD não é um fenómeno aleatório, e as características dos sujeitos envolvidos e a sua história (factores distais) são factores predictores significativos, ainda que não muito fortes. Factores mais próximos do acontecimento (apoio social, gravidade da ameaça à vida, emocionalidade e dissociação peri-traumática e acontecimentos de vida subsequentes ao trauma) têm o maior poder predictivo. Ainda que haja muita variabilidade nas populações estudadas e nas metodologias, o que torna mais difícil ter dados mais consistentes, existe já a certeza de que há características das pessoas e situações que podem constituir factores de risco para desenvolver psicopatologia, pelo que é relevante ter em atenção aquilo que se sabe que prediz maior probabilidade de perturbação. De uma forma especial há que atender às características das situações vividas e às respostas

imediatas dos envolvidos. Se a gravidade das situações dá um grande contributo para explicar PTSD, há que ter cuidados acrescidos em termos de organização da equipa e recursos disponíveis em situações de grande severidade. Num relato recente sobre a experiência de técnicos alemães que estiveram na Tailândia após o tsunami (Bronisch et al, 2006) estas dimensões estão bem ilustradas, sendo salientado o trabalho contínuo de apoio àqueles que trabalharam na identificação de corpo, e dos recursos que foi necessário mobilizar para poder manter as equipas e cada um dos seus profissionais funcionais em situação de calamidade extrema. Para além da mobilização dos recursos e desta disponibilidade contínua para apoiar os técnicos de emergência, há que estar atento aos que têm uma resposta peri-traumática mais intensa, demonstrando grande emocionalidade, percepção de perigo ou sintomas de dissociação. As organizações responsáveis pelos serviços de emergência devem ter quadros bem preparados e aptos a identificar e apoiar aqueles que em determinado momento têm mais dificuldade em lidar com as situações, e devem favorecer a oportunidade de aprender com todas as experiências, mesmo as mais difíceis, ajudando a construir significados que possam promover aquilo que se tem designado por “crescimento pós-traumático” (e.g. Tedeschi et al, 1997) e se refere à oportunidade de dar um novo significado à vida, tornando os seres humanos que vivem experiências adversas mais “sábios” para enfrentar o mundo.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM –IV)*. Washington DC: Author.
- Bronisch, T.; Maragkos, M; Freyer, C.; Müller-Cryan, A.; Butollo, W.; Weimbs, R.; Platiel, P. (2006). Crisis intervention after the Tsunami in Phuket and Khao Lak. *Crisis*, 27, 42-47.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Edwards, V.J., Holden, G.W., Felitti, V.J., & Anda, R.F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1453-1460.
- Engelhard, I. M.; van den Hout, M; Kindt, M. (2003). The relationship between neuroticism, pre-traumatic stress, and post-traumatic stress: a prospective study. *Personality and Individual Differences*, 35, 381-388.
- Gunnar, M.R. (2000). Early adversity and the development of stress reactivity and regulation. In C.A. Nelson (Ed.), *The effects of early adversity on neurobehavioral development*. (pp. 163-200). London: LEA.
- Horta-Moreira, S., Maia, A. & Fernandes, E. (2006). A Experiência de trauma nos profissionais de emergência pré-hospitalar. *Actas do VI Congresso Nacional de Investigação em Psicologia, Vol I* (pp. 54-75). Associação Portuguesa de Psicologia, Portugal.

- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding posttraumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester: Wiley.
- Maia, A. (2006). Trauma, PTSD e saúde. In P.J Costa, C.M.Lopes Pires, J. Veloso e CTL Pires (Orgs.) *Stresse Pós-Traumático – Modelos, Abordagens & Práticas* (pp. 21-33). Leiria: Editorial Diferença e ADFA.
- McFarlane AC. & Papay P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180*, 498-504.
- McNally, R., Bryant, R. & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in The Public Interest, 4*, 45-79.
- Nemeroff, C.B., Bremner, J.D., Foa, E.B., Mayberg, H.S., North, C.S. & Stein, M.B. (2006). Posttraumatic stress disorder: A state of the science review. *Journal of Psychiatric Research, 40*, 1-21
- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*, 52-73.
- Paton, D. (1996). Traumatic stress in critical occupations. In D. Paton, & J. Violanti (Eds.), *Traumatic stress in critical occupations: Recognition, consequences and treatment* (pp. 3-14). Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- Pires, T. & Maia, A. (2006). Acidentes rodoviários: Incidência de PTSD nas vítimas directas. In I. Leal, J.L.P. Ribeiro & S.N. Jesus (eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 811-818). Ispa Edições: Lisboa.
- Rubonis, A. V. & Bickman, L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster –psychopathology relationship. *Psychological Bulletin, 109*, 384-399.
- Shalev, A. (1996). Stress versus traumatic stress from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. In, B. van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisaeth, *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 77-101). New York: The Guilford Press.
- Tedeschi, R. G., Park., C. L. & Calhoun, L. G. (1997). *Posttraumatic growth: positive changes in aftermath of crisis*. New Jersey: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Sutker, P. B., Uddo, M., Brailey, K., *et al* (1994) Psychopathology in war-zone deployed and non-deployed operation desert storm troops assigned registration duties. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 383-390
- Walker, E.A., Unutzer, J. Ruttter, C., Gelfand, A.N., Saunders, K., Von Korff, M., Koss, & Katon, W.J. (1999). Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Archives of General Psychiatry, 56*, 609-613.