

**A RECUPERAÇÃO EMOCIONAL E O APOIO
PSICOLÓGICO A SOBREVIVENTES**
EMOTIONAL RECOVERY AND PSYCHOLOGICAL
SUPPORT FOR SURVIVORS'

Cristina Queirós

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto
ORCID: 0000-0002-8045-5317 cqueiros@fpce.up.pt

Fernando Passos

Divisão de Psicologia da Direção Nacional da PSP, Lisboa
fmpassos@psp.pt

Sumário: Descreve-se o impacto emocional e o distúrbio de stress pós-traumático experienciado por sobreviventes de acontecimento trágicos, com particular realce para os sintomas psicológicos. Em seguida apresentam-se diferentes modelos de primeiros socorros psicológicos/emocionais e de intervenções no trauma psicológico no sentido de recuperar o bem-estar emocional.

Palavras-chave: Impacto emocional, trauma, apoio psicológico.

Abstract: The emotional impact and post-traumatic stress disorder suffered by survivors of tragic events are described, with particular emphasis on psychological symptoms. We then present different models of first psychological/emotional assistance, and of interventions in psychological trauma that aims to promote the restoration of emotional well-being.

Keywords: Emotional impact, trauma, psychological support.

Introdução

O século XXI tem sido marcado por inúmeros acontecimentos trágicos de causas naturais (ex: terremotos, cheias, incêndios) ou humanas (ex: acidentes aéreos ou rodoviários, choques de comboios, atentados terroristas), que, na tipologia de classificação dos riscos em função da sua génese (Lourenço, 2015a), se incluem, respetivamente, nas categorias de riscos naturais e riscos antrópicos.

Do ponto de vista das consequências para o ser humano que sobrevive a estes acontecimentos, ou, nele se encontra envolvido enquanto profissional de socorro (ex: bombeiros, profissionais do INEM, médicos, enfermeiros, psicólogos, profissionais da Proteção Civil, elementos de forças de segurança, etc.) o impacto emocional está sempre presente, seja de forma imediata, seja de forma crónica e duradoira no tempo, conforme a vulnerabilidade do indivíduo.

No âmbito da teoria do risco há uma hierarquia dos conceitos de risco, perigo e crise (Lourenço, 2015^a, p.4), com a *“existência de um limiar que marca a transição do risco para a crise, entendendo-se esta como uma manifestação do risco que, até então, estava latente”*, estando o perigo *“associado à manifestação do risco e, por conseguinte, ele é indissociável do início da crise”*, sendo *“comparado a uma linha amarela, que não deverá ser transposta, pois corresponde a sinais que alertam para a manifestação do risco, ou seja, significa que o perigo estará iminente. Com efeito, se essa linha for transposta, deixará de ser amarela e passará a vermelha, pois já diz respeito à manifestação do risco. Tal significará que o risco se está a manifestar e por conseguinte, como consequência, que se corre perigo efetivo. O perigo estará assim presente durante todo o desenvolvimento da crise [...], apesar de os efeitos da crise desencadeada pela manifestação do processo inicial poderem permanecer depois, por muito mais tempo, e, nestes casos, poderem evoluir para outros tipos de perigo”*. Contudo, persiste confusão entre risco e perigo, e a sua utilização nem sempre é conceitualmente igual nas ciências sociais e naturais (Souza e Lourenço, 2015). Acresce ainda a referência ao conceito de vulnerabilidade, que Souza e Lourenço (2015, p.36) associam a suscetibilidade, resistência e resiliência, bem como a terminologia utilizada na Lei de Bases de Proteção Civil (Lei nº 80/2015, p.5316) que não contempla a designação de incidente crítico da mesma forma que a Psicologia, que o define como

um acontecimento negativo incomum na vida de uma pessoa, rompendo o seu equilíbrio psicológico, alterando o seu funcionamento habitual e afetando os seus mecanismos de adaptação normais (Everly & Mitchell, 1999; Mitchell, 2006; Khan *et al.*, 2017). Para não confundir, substituiremos a designação de incidente crítico à luz da Psicologia, pela de situação stressante ou evento potencialmente traumático

A transposição destes conceitos para a Psicologia remete-nos para o facto de a resposta emocional de sobreviventes ou profissionais envolvidos em acontecimentos trágicos comportar em si o risco de desenvolver psicopatologia (ex: distúrbio de stress pós-traumático), constituindo esta psicopatologia uma situação de perigo para o bem-estar do indivíduo pois pode desencadear no momento do acontecimento uma situação de crise psicológica que carece de intervenção imediata (ex: stress agudo), área atualmente designada como intervenção em crise e que recorre aos chamados primeiros socorros emocionais ou psicológicos. Note-se que recentemente foi divulgado um documento (IFRDRCS, 2017) no que qual se sugere que a terminologia substitua a designação de vítima por sobrevivente ou pessoa afetada, e de traumatizado por pessoa que vivenciou um acontecimento stressante,. Esta mudança tem como objetivo não estigmatizar e, sobretudo, facilitar a recuperação e empoderar a pessoa, considerando-a como um sobrevivente ativo e não uma vítima passiva.

Este risco de adoecer psicológico depende, entre outros, da vulnerabilidade do indivíduo (enquanto fragilidade), mas também da sua capacidade de enfrentar o acontecimento (resistência) e de ser capaz de recuperar de forma positiva e melhorar as suas competências emocionais ou outras (resiliência). Quando o acontecimento trágico assume proporções que o definem como uma catástrofe, a gestão desta deve incluir a resposta à crise psicológica de cada sobrevivente/profissional, na medida em que a crise “*requer uma ação urgente*” (Lourenço, 2015a, p.15), tentando-se desta forma minimizar os potenciais danos psicológicos e promover a recuperação emocional através do apoio psicológico.

Para demonstrar o contributo da Psicologia na gestão da catástrofe, caracteriza-se seguidamente o stress pós-traumático e descrevem-se modelos de primeiros socorros psicológicos, terminando com a apresentação de formas de intervenção ou tratamento do trauma no sentido de recuperar o equilíbrio e bem-estar psicológicos.

Stress pós-traumático

Durante o vivenciar de acontecimentos trágicos enquanto situações que estão “*além do limite das experiências com que a vida confronta qualquer cidadão comum*” (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003, p.15), há uma situação de stress agudo com um impacto emocional forte que pode levar a uma fixação no acontecimento, cuja recordação constitui uma “*tiranía do passado*” (Van der Kolk *et al.*, 1996, in Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003, p.16) pois o acontecimento já passou mas a sua recordação não se esbate com o passar do tempo e perturba a vivência diária. Quando tal acontece, ocorre o trauma, designado internacionalmente como PTSD ou *Post-traumatic Stress Disorder*, e em português como distúrbio de stress pós-traumático (Vaz Serra, 2003) ou como perturbação pós-stress traumático (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003).

O trauma pode ser comparado a uma ferida emocional provocada por um agente externo que provoca desequilíbrio na pessoa e a deixa em sofrimento, afetando ainda a sua capacidade de adaptação e de enfrentar a situação pela intensidade e imprevisibilidade com que ocorre, e gerando desorganização psicológica que impede uma adequada compreensão e uma correta atribuição de significado à situação (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V (APA, 2013, 2014) os transtornos relacionados com trauma e stressores (classificação 309.81, F43.10) enumeram explicitamente como critério de diagnóstico a exposição da pessoa a um evento traumático ou stressante (como, por exemplo, ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual), vivenciado diretamente ou testemunhado noutras pessoas, bem como o facto de a pessoa poder tomar conhecimento de uma situação grave que ocorreu com um familiar ou amigo próximo de forma violenta ou acidental, ou ter exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (ex: socorristas que recolhem partes de corpos humanos, polícias repetidamente expostos a situações de abuso infantil, violência, etc.).

Qualquer uma destas situações tem como consequência no sobrevivente/observador um elevado grau de stress e disfuncionamento na interação social,

na capacidade de trabalho ou noutras áreas importantes do funcionamento, sem ter como causa outra condição médica nem consumo de substâncias.

Na última classificação do DSM-V (APA, 2014, p.271) é dada atenção aos sintomas comportamentais que acompanham o stress pós-traumático. Estes sintomas devem persistir mais de um mês após o evento (embora possa ocorrer uma manifestação tardia, após 6 meses do evento), pois a sua existência até um mês é considerada uma reação normal a uma situação de stress agudo. São agrupados em quatro categorias para definição do stress pós-traumático:

- Pensamentos intrusivos - reexperienciar do acontecimento de forma inesperada e involuntária, seja através de memórias frequentes, pesadelos ou reações dissociativas/flashbacks em que a pessoa pensa estar de novo no evento (numa situação grave de dissociação contínua, a pessoa pode perder a noção da realidade como se estivesse a observar-se a ela própria). Existe angústia, sofrimento psicológico e reações físicas intensas ou prolongadas perante estímulos internos ou externos semelhantes a algo do evento traumático. A mente está ocupada a processar constantemente o evento traumático e tem dificuldade em processar a informação do meio ambiente “*devido ao medo permanente de que sejam ativados os mecanismos de alarme que tanto lhes custam a controlar*”, podendo existir alterações na perceção, verbalização e até na personalidade da pessoa (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003, p.59);
- Evitamento - esforço para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes sobre o evento ou associados a este, podendo mesmo ocorrer a recusa de contacto com pessoas, locais, conversas, atividades, objetos ou situações passíveis de despertar recordações do evento. Pode ocorrer embotamento e anestesia afetivas (incapacidade de sentir), fazendo a pessoa sentir-se diferente dos outros, “*estranha [...], morta para mundo*” (Krystal, 1978, in Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003, p.58);
- Pensamentos e humor negativos - alteração após o evento expressa na incapacidade de recordar aspetos importantes do evento (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores como traumatismo

craniano ou consumo de substâncias), crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (ex: “o mundo é perigoso, todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”, APA, 2014, p.271), cognições distorcidas persistentes sobre a causa ou consequências do evento traumático e nas quais a pessoa se culpa a si mesma ou aos outros, estado emocional negativo persistente (ex. medo, raiva, culpa, vergonha), diminuição do interesse ou da participação em atividades significativas, sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros, e incapacidade persistente de sentir emoções positivas;

- Hiperativação - reações fisiológicas intensas associadas ao mecanismo instintivo de luta/fuga, momentos de irritação, raiva ou agressividade contra pessoas/objetos, comportamento imprudente ou autodestrutivo, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, problemas de concentração e perturbação do sono (sono agitado ou dificuldade em iniciar/manter o sono). Existe uma incapacidade de modular o grau de alerta, estando este sempre no nível máximo, o que faz com que o mundo seja sentido como “*hostil e perigoso*” (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003, p.58).

Numa situação que ameaça a sobrevivência ocorre a ativação de uma resposta instintiva de sobrevivência, designada por “luta ou fuga” (que faz primeiro agir e só depois processar cognitivamente o que se sente, pois se fosse o inverso haveria o risco de se ficar paralisados de terror, segundo autores como Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003 ou Palha, 2016), já que as emoções “*infiltram-se em cada momento das nossas vidas [...] e de vez em quando podem deixar-nos magoados ou podem consumir-nos*” (Frazzeto, 2014, p.12). É precisamente o que acontece com o estado emocional dos sobreviventes ou pessoas expostas a um evento stressante e potencialmente traumático, podendo, para prevenir a ocorrência do stress pós-traumático, ser prestado apoio psicológico que facilite a recuperação emocional. Este apoio psicológico é designado como intervenção em crise ou primeiros socorros psicológicos ou emocionais.

Primeiros socorros psicológicos ou emocionais

A ideia de primeiros socorros psicológicos ou emocionais nasce na Austrália no contexto da Psiquiatria militar durante a II Guerra Mundial, alargando-se depois a situações de desastre/catástrofe nas quais era necessário atuar de imediato para estabilizar emocionalmente os sobreviventes (Editorial Brief, 1969).

Posteriormente, quando na década de oitenta o DSM-III definiu a desordem de stress pós-traumático como um problema de saúde mental, surgiu a ideia de prevenção do trauma através de intervenções precoces e imediatas no momento do evento stressante (Dieljens *et al.*, 2014). Atualmente a *World Health Organization* (WHO, 2011, p.3) designa esta intervenção como *psychological first aid* (PFA) no sentido de ajuda humanizada, apoio e suporte, a pessoas que vivenciam uma situação desencadeadora de stress extremo, mas respeitando a sua dignidade, cultura e capacidades, e incluindo nesta ajuda o apoio psicológico e social (também designado como apoio psicossocial) defendendo que esta ajuda/intervenção pode ser utilizada pelas mais variadas pessoas e nas mais variadas situações (ex: catástrofe, acidente, comunicação de más notícias), consistindo em saber como abordar as pessoas expostas ao evento e com elas comunicar sem as prejudicar nem correr riscos de segurança para sobrevivente nem interventor.

Esta intervenção tem vindo a ser recomendada por grupos internacionais (ex: IASC - *Inter-Agency Standing Committee*, 2007; *Sphere Project*, 2011) e reflete a tendência atual de utilizar modelos de atuação psicológica em eventos stressantes e potencialmente traumáticos (Shultz & Forbes, 2013; Wynn, 2015). Consiste em: providenciar ajuda e apoio de forma não invasiva nem sentida como imposta pelo sobrevivente; identificar as necessidades e preocupações desta no momento; providenciar a satisfação de necessidades básicas (ex: alimentação, conforto físico, abrigo, informação sobre o evento stressante ou sobre o estado de pessoas conhecidas ou familiares envolvidos); possibilitar a escuta sem pressionar a pessoa a falar; confortar, acalmar e securizar a pessoa; ajudar a obter informação, serviços e apoio social; e, por fim, proteger de danos futuros.

Podem ser executadas por não profissionais pois não é uma consulta profissional nem envolve um *psychological debriefing*, sendo este definido (Everly, 2006;

Kenardy, 2000) no sentido de discutir os detalhes do evento que desencadearam o stress agudo, o que sentiu ou pensa sobre este, e atribuir significado que depois permita integrar este evento no percurso de vida do sobrevivente.

Os primeiros socorros psicológicos parecem facilitar a recuperação posterior, pois tentam que o sobrevivente se sinta seguro, ligado a outras pessoas, calmo e com esperança, tenha acesso a apoio social, emocional e psicológico posterior, e que seja capaz de usar as suas capacidades para se auto-ajudar como pessoa e à sua comunidade que pode também ter sido afetada pelo evento stressante. Contudo, alguns sobreviventes, pela sua vulnerabilidade (ex: crianças, idosos, pessoas com incapacidades) ou pelas características do evento (ex: condições pós-desastre más ou perdas graves de bens materiais, situações de abuso sexual, grupos perseguidos em conflitos armados) poderão necessitar de ajuda extra e de acompanhamento psicossocial posterior.

Com as frequentes tragédias humanitárias e múltiplas catástrofes, têm sido desenvolvidos guias de boas práticas e protocolos de atuação bem definidos para aplicação em contextos não especializados de saúde, para interventores no terreno e para a promoção da melhoria da saúde mental durante crises humanitárias em populações afetadas por conflitos armados ou refugiados, existindo diferentes modelos teóricos e de atuação (Everly, 2006; IASC, 2010; IFRDRCS, 2017; Mitchell, 2006; Seynaeve, 2001; WHO, 2010, 2011, 2012, 2013, 2015).

De um modo geral, os primeiros socorros psicológicos têm como objetivo realizar uma intervenção muito próxima ao evento traumático e que reduza o stress agudo a este associado, facilite um *coping* (capacidade de enfrentar) adaptativo e adequado, bem como uma boa transição para a normalidade no futuro (Allen *et al.*, 2010). Assentam em cinco princípios (Allen *et al.*, 2010, p.510; Hobfoll *et al.*, 2007): promover a segurança; acalmar; estimular a autoeficácia ou eficácia do grupo/comunidade; estabelecer contactos e redes de suporte; e dar esperança.

Alguns estudos tentaram já avaliar a utilidade desta prática e a *World Health Organization* (WHO, 2011) sugere-a mesmo como mais útil do que o *psychological debriefing*. Num estudo com profissionais de socorro Allen e colaboradores (2010) concluíram sobre a importância de responder a necessi-

dades imediatas como segurança, conforto e estabelecer contactos como mais importantes para os sobreviventes no momento do evento stressante, do que ensinar estratégias de *coping* adequado, valorizadas após a situação como forma de dar significado a esta.

Também Bae e colaboradores (2009) consideram que para além do conforto físico dos sobreviventes no momento de um desastre/catástrofe com perda de bens, é igualmente importante considerar as necessidades psicológicas, pois agindo no momento podem-se prevenir problemas de saúde mental no futuro.

Numa visão holística, o primeiro *Psychological Support Center* da Coreia do Sul para sobreviventes de desastres (Bae *et al.*, 2009, p.352) propõe esta prática integrada em todo um planeamento que deve contemplar: (i) providenciar no evento stressante, e posteriormente, apoio emocional contínuo a sobreviventes e suas famílias, civis e profissionais de socorro; (ii) criar e manter redes de apoio a partir de recursos da comunidade, sejam instituições, empresas, universidades, que possam contribuir com materiais, trabalho e conhecimentos; (iii) providenciar treino e educação para apoio em desastres a profissionais e voluntários; (iv) desenvolver programas de treino e educação para os desastres; efetuar estudos sobre a vulnerabilidade de cada região em termos de prevalência dos desastres e consequentes perdas, mortalidade e problemas adicionais; (v) providenciar conhecimentos e materiais para a educação para desastres e incorporar o apoio emocional no curriculum; e por fim, (vi) providenciar a realização de *debriefings/defusings* para trauma emocional, partilha de experiências e gestão do stress (recorde-se que o *debriefing* psicológico consiste em ajudar o sobrevivente a dar significado ao acontecimento após este, enquanto o *defusing* consiste em dar apoio emocional imediato e ajudar a pessoa a verbalizar as suas emoções no acontecimento, segundo Everly, 2006). Note-se que em Portugal, apesar da publicação em 2015 do “Referencial de Educação para o Risco”, a educação para os riscos e desastre ainda se encontra num estado inicial e com “*conceitos menos corretos*” (Lourenço, 2015b, p.306).

Figuerola e colaboradores (2010) efetuaram uma revisão sistemática, propondo que a resposta psicológica precoce seja organizada em cinco níveis: (i) difusão (dar informação, fazer psicoeducação e diminuir a incerteza); (ii) apoio

social (prestar os primeiros socorros psicológicos de forma a permitir triagem de quem está em risco de patologia e promover a resiliência); (iii) cuidados médicos gerais (estabilizar os sintomas intensos como ansiedade); (iv) cuidados psiquiátricos gerais (tratar sobreviventes em estado de stress agudo ou stress pós-traumático); e (v) cuidados psiquiátricos especializados (tratar sobreviventes que não melhoraram com os níveis de intervenção anterior). Consideram que apenas os sobreviventes com diagnóstico bem estabelecido devem receber psicoterapia ou medicação, devendo os restantes receber primeiros socorros psicológicos.

Mais recentemente, Dieltjens e colaboradores (2014) realçaram que a utilização dos primeiros socorros psicológicos é a primeira forma de cuidar dos sobreviventes, para além do apoio médico e de sobrevivência, podendo prevenir consequências graves de saúde mental no futuro e promover a resiliência no sentido de capacidade de resistência e de enfrentamento adequado da adversidade, promovendo assim a recuperação, seja de indivíduos, famílias ou comunidades, e acreditando que cada sobrevivente possui em si mesmo uma capacidade de recuperação, que, quando devidamente orientada e apoiada, facilita o regresso à normalidade. Efetuaram uma revisão da literatura sobre os modelos e suas práticas, identificando cinco modelos (Hobfoll *et al.*, 2007, modelo dos cinco princípios já anteriormente descrito; Bisson *et al.*, 2007, modelo TENTS; Kelly *et al.*, 2010, modelo australiano; Te Brake *et al.*, 2009, modelo holandês; e, por fim, Vymetal *et al.*, 2011, modelo EUTOPIA), concluindo contudo sobre a falta de estudos de avaliação das melhores práticas.

É ainda de referir aquele que parece ser o modelo mais divulgado, *Critical Incident Stress Management* (Everly, 2006; Mitchell, 2003, 2004, 2006, 2009), que se apresenta como um programa de intervenção “*compreensivo, integrado sistémico e multi-componente*” (Mitchell, 2009, p.1), composto por várias técnicas de intervenção em crise que pretendem, enquanto primeiros socorros psicológicos ou emocionais: mitigar o impacto de eventos traumáticos; facilitar o processo de recuperação de sobreviventes que apresentam reações consideradas habituais ao evento traumático em questão; reestabelecer as capacidades de adaptação; e identificar sobreviventes que necessitem de acompanhamento posterior e intervenção psicológica especializada.

As técnicas devem ser utilizadas em conjunto e de acordo com um protocolo bem estabelecido, destinando-se a sobreviventes e a profissionais (neste caso designa-se como *peer support* ou apoio de pares), seja em termos individuais ou em grupo, sendo bastante utilizado a nível mundial no contexto militar, de socorro e policial, apesar de ter componentes mais direcionadas para o contexto americano (detalhes sobre este modelo podem ser consultados no site da fundação americana em <https://www.icsf.org/>).

De um modo geral, o programa CISM (Everly & Mitchell, 1999; Mitchell, 2009) inclui componentes como: planeamento pré-evento stressante, educação e treino; avaliação da crise; planeamento estratégico; intervenção individual na crise; intervenção em grande grupo (desmobilização e *crisis management briefing*, geralmente destinados a grupos de profissionais interventores no evento traumático); intervenção em pequeno grupo (*defusing* e *critical incident stress debriefing*) destinado a grupos que vivenciaram o mesmo evento traumático, (sejam sobreviventes ou profissionais); intervenção pastoral; apoio a famílias; educação pós-desastre; serviços de acompanhamento pós-desastre, etc.

A intervenção para pequenos grupos expostos à mesma situação stressante inclui, no modelo *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) sete fases (Mitchell, 2005): introdução (estimular a participação e definir as regras do grupo); factos (descrever resumidamente o que aconteceu); pensamentos (descrever resumidamente o que pensou, permitindo fazer a transição do domínio cognitivo para o afetivo da fase seguinte); reações (descrever resumidamente o que sentiu como mais doloroso); sintomas (que sintomas teve e como este evento influenciou a vida de cada um, permitindo regressar ao domínio cognitivo); educação (explicação sobre gestão do stress e sintomas, tentando uma normalização da experiência traumática); e, por fim, reentrada (síntese do que aconteceu na sessão e informações adicionais, nomeadamente sobre onde e como obter acompanhamento psicológico posterior).

Para a intervenção individual foi desenvolvido o modelo SAFER-R (Everly, 2001), que começa com a fase da estabilização (introdução, identificação de necessidades básicas dos sobreviventes e mitigação das fontes de stress agudo), em seguida tem o reconhecimento (conhecer o evento e as reações),

a facilitação (promover a compreensão e normalização), depois encoraja a adaptação (de forma adequada e eficaz) e por fim faz a recuperação ou referenciação (restabelecimento, ou reencaminhar para acompanhamento psicológico posterior). Recentemente, Everly e Lating (2017) sistematizaram os diferentes modelos e suas formas de atuação na sua obra “*The Johns Hopkins guide to psychological first aid*”, nomeadamente o seu modelo de cinco fases RAPID-PFA, testado e validado teórica e empiricamente. Mais recentemente ainda, Bartone e colaboradores (2018) identificaram as melhores práticas de apoio de pares para sobreviventes enlutados através de entrevistas a pessoas envolvidas no apoio de pares em contexto militar, das forças de segurança e de entidades que intervêm na comunidade em situações de emergência. Dos temas referidos concluíram que os programas de *peer support* devem: ser facilmente acessíveis a quem deles necessita; confidenciais; proporcionar um ambiente seguro; treinar, selecionar e recorrer a pessoas com experiências semelhantes às dos sobreviventes; estabelecer parcerias com profissionais de saúde mental (ex: psicólogos, psiquiatras); e monitorizar e cuidar das pessoas /pares (*peers*) que fornecem este suporte para estas não terem o risco de reviver as suas experiências traumáticas. Assiste-se, então, a um recente e crescente interesse pelo tema do apoio emocional a sobreviventes, bem como a uma preocupação em avaliar ou usar programas já avaliados como úteis, resultado das constantes ocorrências de desastres naturais, acidentes multívítimas, atentados, etc.

Apesar de alguma controvérsia sobre a eficácia do *psychological debriefing* (Everly & Mitchell, 2000; WHO, 2011), o programa tem vindo a ser testado (Boscarino *et al.*, 2005; Harris *et al.*, 2002; Vogt *et al.*, 2004), sendo utilizado na aviação, tal como acontece em Portugal (EATM, 2004) tendo decorrido em 2015 já o 12º Encontro Anual da Equipa CISM da NAV (detalhes no site <https://www.nav.pt/cism>).

Mesmo constituindo os primeiros socorros psicológicos uma intervenção imediata aquando do evento potencialmente traumático ou situação stressante, tentando prevenir o stress pós-traumático, este pode ocorrer, existindo várias formas de intervenção, tratamento ou recuperação.

Intervenção, tratamento e recuperação do trauma

Apesar de existirem dados variados relativos à percentagem de ocorrência do trauma, conforme o estudo e o tipo de evento traumático, Maia e Fernandes (2003, pp.41-43), citando vários outros estudos publicados desde a década de noventa, estimavam em sobreviventes de: terramoto no México 30%; terramoto na Arménia 74%; inundação por barragem 59%, e 14 anos depois 25%; acidentes rodoviários graves 12%; vítimas de violação 57 a 94%; veteranos de guerra 25 a 30% ou 70% aquando de guerra no Vietname, com 49% a apresentarem distúrbio de stress pós-traumático crónico; prisioneiros se guerra 50 a 70%; sobreviventes de ataques terroristas 20 a 40%; bombeiros expostos a desastres naturais 16%.

Estudos mais recentes encontraram 53% em familiares de vítimas de desastre aéreo (Johannesson *et al.*, 2006); 51% para sobreviventes de desastres, 48% para sobreviventes de acidentes ou incêndios, 32% para familiares de vítimas de acidente/desastre/violência, 53% para vítimas e 33% para testemunhas de crime sexual ou com violência física, e 52% para familiares enlutados por mortos em acidente/desastre/violência (Kilpatrick *et al.*, 2013); 7% em adolescentes sobreviventes de um tornado nos EUA (Adams *et al.*, 2014); 68 a 73% em combatentes no Iraque ou Afeganistão (Green *et al.*, 2015); 31% em sobreviventes dos atentados de 11 de Setembro EUA (North *et al.*, 2015); 13 a 22% em profissionais de socorro (Wilson, 2015); 61 a 81% em adolescentes vítimas de violência sexual ou física ou perdas traumáticas (Sachser & Goldbeck, 2016); 23% em adolescentes expostos a violência na comunidade, violência entre pares ou *cyberbullying* (Ranney *et al.*, 2016); 4% em bombeiros envolvidos em incêndios, embora 30% apresentassem já sintomas traumáticos (Khan *et al.*, 2017), ou até mesmo entre 34% a 46% em profissionais de socorro (Mao *et al.*, 2018). É ainda de referir a existência de inúmeros estudos sobre o impacto traumático dos atentados de 11 de Setembro nos Estados Unidos e que, mais de uma década depois continuam a estudar a saúde física e psicológica de sobreviventes e profissionais de socorro (Crupi &

Brondolo, 2017). Em 2017, uma vasta equipa de investigadores de 24 países liderada por Kessler, recolheu dados dos inquiridos de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, num total de 68.894 inquiridos, concluindo que 70% tinham vivenciado situações traumáticas, com média de 3 por pessoa, destacando-se a violência interpessoal (77%), violência por parte de companheiro/cônjuge (43%), violação (13%), crimes sexuais (15%) e morte de alguém próximo (12%). Os autores alertam para uma distribuição desigual da percentagem de trauma a nível mundial, e, sobretudo, para o fato de que embora os sintomas de trauma possam desaparecer alguns meses após o evento, a sua duração é consideravelmente mais longa do que o que tem sido reconhecido (25 a 40% recuperam num ano mas uma percentagem elevada apresenta sintomas entre 6 a 13 anos).

Note-se que estas percentagens são indicações globais, pois é importante considerar o momento da recolha de dados (próximo do evento ou alguns meses ou anos depois) e o instrumento de diagnóstico utilizado. Brancu e colaboradores (2016) analisaram a mudança dos critérios de trauma do DSM-IV para o DSM-V, referindo percentagens globais entre quase 13% e 16%, conforme o rigor dos estudos e os critérios de medição, alertando para a necessidade de uma correta avaliação que identifique precocemente cada pessoa exposta ao evento stressante e a encaminhe para tratamento.

É notório que existe uma percentagem relevante de pessoas expostas a situações stressantes que desenvolvem o distúrbio de stress pós-traumático, necessitando de tratamento (Thordardottir *et al.*, 2018), sendo, sendo as formas de tratamento mais utilizadas: abordagens cognitivo-comportamentais (Foa & Meadows, 1997; Gouveia & Sacadura, 2003); intervenção familiar (Pereira, 2003); redução de eventos traumáticos e imersão imaginada (Valentine, 2003); terapia farmacológica (Monteiro-Ferreira, 2003); hipnoterapia e abordagens psicodinâmicas (Foa & Meadows, 1997); *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), terapia narrativa e terapia por exposição (Cusack *et al.*, 2016); e terapias baseadas na internet (Kuster, Niemeyer & Knaevelsrud, 2016), integrando a mais recente tendência da *e-health*, combinando terapia cognitivo-comportamental com técnicas de

relaxamento, treino de competências sociais, treino interativo para ultrapassar vieses cognitivos, visualização de vídeos, auto-relato escrito de teor emocional, alertas por mensagem, contacto por videoconferência, chat ou email com terapeutas.

Apesar de ter como prioridade os sobreviventes no contexto militar, o *National Center for PTSD*, do *U.S. Department of Veterans Affairs*, em conjunto com *U.S. Department of Defense's National Center for Telehealth and Technology*, criaram a aplicação online e para telemóvel *PTSD-Coach*, referindo no seu site, que esta tinha sido descarregue 100.000 vezes em 74 países (ou segundo Kuhn *et al.*, 2014a, 130.000 em 78 países) podendo ser utilizada por pessoas com trauma e seus familiares (detalhes no site <http://www.ptsd.va.gov/public/materials/apps/PTSDCoach.asp>). Estudos de avaliação preliminar revelaram a satisfação dos utilizadores (Kuhn *et al.*, 2014a) e a disponibilidade de terapeutas (Kuhn *et al.*, 2014b) na utilização desta aplicação, existindo já uma versão em francês para o Canadá.

Em todas as formas de tratamento do trauma pretende-se que a pessoa recupere a sua capacidade de autonomia e de viver, integrando o evento stressante como uma situação do passado e como algo que permitiu aumentar a sua capacidade de resiliência.

Conclusão

Segundo o *United Nations Office for Disaster Risk Reduction* (UNISDR, 2016), em 2015 foram reportados 356 desastres, com 22.773 mortos e 98,6 milhões de pessoas afetadas. Apesar da redução relativamente à média para o período 2005-2014, os acidentes aéreos, rodoviários ou de comboio, bem como os atentados terroristas (ex: Barcelona 2017) ou incêndios florestais (ex: Portugal e Galiza 2017), confrontam-nos com uma nova realidade de riscos antrópicos (Lourenço, 2015a). Como tal, faz sentido a criação de um plano de gestão dos desastres e riscos associados, como a proposta do *Global Facility for Disaster Reduction and Recovery* (GFDRR, 2015) direcionada para 2016/2018.

Além disso, é de particular importância o bem-estar e saúde psicológica dos profissionais de socorro e elementos das forças policiais, pois estão expostos frequentemente a eventos traumáticos (13 a 22% podem desenvolver trauma segundo Wilson, 2015), necessitam de modelos de atuação específicos (Regehr, 2001; Regehr, Goldberg & Hughes, 2002) e sem eles a gestão da catástrofe perde qualidade. Este grupo tem sido alvo de interesse crescente em termos de saúde ocupacional (Angelo, 2016; Jackson *et al.*, 2003), pois o seu desempenho afeta diretamente as pessoas expostas ao evento stressante.

Atualmente, através das novas tecnologias de comunicação rápida (ex: *web, sms, twitter*) a simples notícia de uma tragédia constitui uma propagação de emoções negativas devido à sucessão de comentários de internautas, contribuindo para um estado emocional negativo alargado (Miura *et al.*, 2016) que importa prevenir pois a todos afeta na comunidade. Apesar das terapias baseadas no *e-health* possibilitarem o acesso a tratamento a mais pessoas por não implicarem todas as sessões face a face, são necessários estudos que comparem a eficácia e benefícios de cada forma de tratamento (Cusack *et al.*, 2016), dada a variedade de eventos traumáticos, de sobreviventes, e a complexidade do stress pós-traumático (Gerger, Munder & Barth, 2014).

Os trágicos incêndios florestais de Junho e Outubro 2017 e o recente incêndio numa associação cultural-recreativa de Tondela em Janeiro 2018, com o grande número de mortos e feridos, alertaram para a necessidade urgente de disponibilizar apoio psicológico aos sobreviventes, aos familiares enlutados e aos profissionais de socorro envolvidos. Além disso, o número crescente de notícias de situações de violência extrema na via pública, bem como de homicídio/suicídio em contexto de violência doméstica, aumenta exponencialmente a probabilidade de cada um de nós observar ou vivenciar estas situações, com todo o seu potencial impacto traumático. Urge, pois (sem pretender desvalorizar as práticas que cada entidade do nosso país tem vindo a utilizar), a construção de um modelo de intervenção na crise e de primeiros socorros psicológicos/emocionais que possibilite uma aplicação prática de acordo com as características e meios do contexto português.

Referências bibliográficas

- Adams, Z.W., Sumner, J.A., Danielson, C.K., McCauley, J.L., Resnick, H.S., Grös, K., Paul, L., Welsh, K. & Ruggiero, K. J. (2014). Prevalence and predictors of PTSD and depression among adolescent victims of the spring 2011 tornado outbreak. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(9), 1047-1055.
- Allen, B., Brymer, M., Steinberg, A., Vernbergm E., Jacobs, A., Speir, A. & Pynoos, R. (2010). Perceptions of Psychological First Aid Among Providers Responding to Hurricanes Gustav and Ike. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 509-513.
- Angelo, R.P. (2016). Psicologia da Saúde Ocupacional em organizações de emergência. In M.J. Chambel (Ed.). *Psicologia da Saúde Ocupacional* (pp.113-134). Lisboa: Pactor.
- APA, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). Posttraumatic Stress Disorder. Acedido Abril 2016, em <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- APA, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Bae, J., Kim, K., Panuncio, R., Choi, N. & Im, S. (2009). Inauguration of the first Psychological Support Center for Disaster Victims in Korea. *Nursing and Health Sciences*, 11, 351-356.
- Bartone, P. T., Bartone, J. V., Gileno, Z., & Violanti, J. M. (2018). An exploration into best practices in peer support for bereaved survivors. *Death Studies*, (online first). DOI:<http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2017.1414087>
- Bisson, J.I., Tavakoly, B., Witteveen, A.B., Ajdukovic, D., Jehel, L., Johansen, V.J., Nordanger, D., Orengo, F., Punamaki, R.L., Schnyder, U., Sezgin, A.U., Wittmann, L. & Olff, M. (2010) TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *British Journal of Psychiatry*, 196(1), 69-74.
- Boscarino, J.A., Adams, R.E. & Figley, C.R. (2005). A Prospective Cohort Study of the Effectiveness of Employer-Sponsored Crisis Interventions after a Major Disaster. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7(1), 31-44.
- Branču, M., Mann-Wrobel, M-, Beckham, J., Wagner, R., Elliott, A., Robbins, A., Wong, M., Berchuck, A. & Runnals, J. (2016). Subthreshold Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analytic Review of *DSM-IV* Prevalence and a Proposed *DSM-5* Approach to Measurement. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(2), 222-232.
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C.A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J.C., Feltner, C., Brownley, K., Olmsted, K., Greenblatt, A., Weil, A. & Gaynes, B.N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141.
- Crupi, R., & Brondolo, E. (2017). Posttraumatic stress disorder post 9/11: A review of the evidence and implications for public health policy. *TPM - Testing, Psychometrics, Methodology In Applied Psychology*, 24(3), 363-378. DOI: <http://dx.doi.org/10.4473/TPM24.3.4>
- Dieltjens, T., Moonens, I., Praet, K., Buck, E. & Vandekerckhove, P. (2014). A Systematic Literature Search on Psychological First Aid: Lack of Evidence to Develop Guidelines. *PLoS ONE* 9(12), e114714. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0114714>.
- EATM, EUROPEAN AIR TRAFFIC MANAGEMENT (2004). *Skyguide CISM Case Studies*. Brussels: EUROCONTROL.
- EDITORIAL BRIEF (1969). First-aid Psychiatry. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 3(3), 115 [re-publish 2009 DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/00048676909159272>].

- Everly, C. (2001). The SAFER-R model of crisis intervention with individuals. Acedido Abril 2016 em http://media1.razorplanet.com/share/510579-5514/siteDocs/SAFER-R_Model_Document.pdf.
- Everly, G. (2006). *Assisting individuals in crisis*. Maryland: International Critical Incident Stress Foundation.
- Everly, G., & Lating, J. M. (2017). *The Johns Hopkins guide to psychological first aid*. Baltimore, MD, US: Johns Hopkins University Press.
- Everly, C. & Mitchell, J. (1999). A Primer on Critical Incident Stress Management (CISM). Acedido Abril 2016 em www.scbores.org/cms/lib03/.../122/cismprimer.pdf.
- Everly, C. & Mitchell, J. (2000). The debriefing “controversy” and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *Journal of Emergency Mental Health*, 24(4), 211-225.
- Figueroa, R., Marion, H. & Gonzalez, M. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista Médica de Chile*, 138, 143-151.
- Foa, E.B. & Meadows, E.A. (1997). Psychosocial treatment for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Frazzeto, G. (2014). *Como sentimos: o que a neurociência nos pode ou não pode dizer sobre as nossas emoções*. Lisboa: Bertrand.
- Gerger, H., Munder, T. & Barth, J. (2014), Specific and Nonspecific Psychological Interventions for PTSD Symptoms: A Meta-Analysis With Problem Complexity as a Moderator. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 601-615.
- GFDRR, GLOBAL FACILITY FOR DISASTER REDUCTION AND RECOVERY (2015). *Managing Disaster Risks for a Resilient Future: A Work Plan for the Global Facility for Disaster Reduction and Recovery 2016-2018*. Washington, DC: World Bank.
- Gouveia, J.P. & Sacadura, C.A. (2003). Terapia cognitivo-comportamental na perturbação pós-stress traumático. In M.G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds.). *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp.163-185). Lisboa: Climepsi.
- Green, J.D., Bovin, M.J., Erb, S.E., Lachowicz, M., Gorman, K.R., Rosen, R.C., Keane, T. & Marx, B.P. (2015). The Effect of Enemy Combat Tactics on PTSD Prevalence Rates: A Comparison of Operation Iraqi Freedom Deployment Phases in a Sample of Male and Female Veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, (online), 1-8, DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000086>.
- Harris, M.B., Baloglu, M., and Stacks, J.R. (2002). Mental Health of Trauma exposed firefighters and Critical Incident Stress Debriefing. *Journal of Loss and Trauma*, 7, 223-238.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... & Maguen, S. (2007). Five essential elements of immediate and midterm mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70, 283–315.
- IASC INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC.
- IASC INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (2010). *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* Geneva: IASC.
- IFRCRCs – INTERNATIONAL FOUNDATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT SOCIETIES (2017). *Talking and Writing about Psychosocial Support*. Acedido Novembro 2017 in <http://pscentre.org/talking-writing-psychosocial-support/>.
- Jackson, B., Baker, j., Ridgely, M.S., Bartis, J. & Linn, H. (2003). *Protecting emergency responders, volume 3: safety management in disaster and terrorism response*. Cincinnati, OH: National Institute for Occupational Safety and Health.

- Johannesson, K.B., Stefanini, S., Lundin, T. & Anchisi, R. (2006). Impact of bereavement among relatives in Italy and Sweden after the Linate airplane disaster. *International Journal Of Disaster Medicine*, 4(3), 110-117.
- Kelly, C.M., Jorm, A.F. & Kitchener, B.A. (2010) Development of mental health first aid guidelines on how a member of the public can support a person affected by a traumatic event: a Delphi study. *BMC Psychiatry*, 10(49), 1-15.
- Kenardy, J. (2000). The current status of psychological debriefing: It may do more harm than good. *BMJ*. 321(7268), 1032-1033.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., ... On behalf of the WHO World Mental Health Survey Collaborators, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>.
- Khan, K., Charters, J., Graham, T. L., Nasriani, H. R., Ndlovu, S., & Mai, J. (2017). A Case Study of the Effects of Posttraumatic Stress Disorder on Operational Fire Service Personnel Within the Lancashire Fire and Rescue Service. *Safety and Health at Work* (online first), DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.shaw.2017.11.002>.
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Milanak, M.E., Miller, M.W., Keyes, K.M. & Friedman, M.J. (2013). National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *Journal Of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547.
- Kuhn, E., Greene, C., Hoffman, J., Nguyen, T., Wald, L., Schmidt, J., Famsey, K. & Ruzek, J. (2014a). Preliminary Evaluation of PTSD Coach, a Smartphone App for Post-Traumatic Stress Symptoms - *Military Medicine*, 179, 12-18.
- Kuhn, E., Eftekhari, A., Hoffman, J., Crowley, J., Ramsey, K., Reger, G. & Ruzek, J. (2014b). Clinician Perceptions of Using a Smartphone App with Prolonged Exposure Therapy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41, 800-807.
- Kuster, A., Niemeyer, H. & Knaevelsrud, C. (2016). Internet-based interventions for posttraumatic stress: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 43, 1-16.
- Lei n.º 80/2015 (2015). Segunda alteração à Lei n.º 27/2006, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil. Diário da República nº149, 3 agosto 2015, 5311-5326.
- Lourenço, L. (2015a). Risco, perigo e crise: pragmatismo e contextualização. In A. Siqueira, N. Valencio, M. Siena & M.A. Malagoli (Eds.). *Riscos de desastres relacionados à água: aplicabilidade de bases conceituais das Ciências Humanas e Sociais para a análise de casos concretos* (pp.3-43). Santa Paula - São Carlos, S. Paulo: Rima. http://www.uc.pt/fluc/nicif/Publicacoes/Estudos_de_Colaboradores/PDF/Livros_e_Guias/2015_RiscosDesastres_LL_.pdf.
- Lourenço, L. (2015b). Referencial de Educação para o risco, uma recente publicação do Ministério da Educação e Ciência. *Territorium*, 22, 305-311
http://www.uc.pt/fluc/nicif/riscos/Documentacao/Territorium/T22_Artg/T22_NNR07.pdf.
- Maia, A.C. & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da perturbação pós-stress traumático (PTSD) e avaliação da resposta ao trauma. In M.G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds.). *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp.35-54). Lisboa: Climepsi.
- Mao, X., Fung, O. M., Hu, X., & Loke, A. Y. (2018). Review article: Psychological impacts of disaster on rescue workers: A review of the literature. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 27, 602-617. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijdr.2017.10.020>.
- Mitchell, J. (2003). Major Misconceptions in Crisis Intervention. *International Journal of Emergency Mental Health*, 5(4), 185-197.

- Mitchell, J. (2004). Characteristics of Successful Early Intervention Programs. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6(4) 175-184.
- Mitchell, J. (2005). Critical Incident Stress Debriefing (CISD). Acedido Abril 2016 em: <http://www.info-trauma.org/en/e-library> nº7.
- Mitchell, J. (2006). *Critical incident stress management (CISM): group crisis intervention*. Maryland: International Critical Incident Stress Foundation.
- Mitchell, J. (2009). Critical Incident Stress Management. Acedido Abril 2016 em <http://www.info-trauma.org/en/e-library>.
- Miura, A., Toriumi, F., Komori, M., Matsumura, N., & Hiraishi, K. (2016). Relationship between emotion and diffusion of disaster information on social media: Case study on 2011 Tohoku earthquake. *Transactions of the Japanese Society for Artificial Intelligence*, 31(1) [online 10.1527/tjsai.NFC-EC1].
- Monteiro-Ferreira, J. (2003). Terapia farmacológica da PTSD. In M.G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds.). *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp.221-249). Lisboa: Climepsi.
- North, C., Pollio, D., Hong, B., Pandya, A., Smith, R. & Pfefferbaum, B. (2015). The postdisaster prevalence of major depression relative to PTSD in survivors of the 9/11 attacks on the world trade center selected from affected workplaces. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 119-125.
- Palha, M. (2016). *Uma caixa de primeiros socorros das emoções*. Barcarena: Presença.
- Pereira, M.G. (2003). Intervenção familiar. In M.G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds.). *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp.187-205). Lisboa: Climepsi.
- Pereira, M.G. & Monteiro-Ferreira, J. (2003). *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi.
- Ranney, M.L., Patena, J.V., Nugent, N., Spirito, A., Boyer, E., Zatzick, D. & Cunningham, R. (2016). PTSD, cyberbullying and peer violence: prevalence and correlates among adolescent emergency department patients. *General Hospital Psychiatry*, 39, 32-38.
- Regehr, C. (2001). Crisis debriefing groups for emergency responders: reviewing the evidence. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1(2), 87-100.
- Regehr, C., Goldberg, G. & Hughes, J. (2002). Exposure to Human Tragedy, Empathy, and Trauma in Ambulance Paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), 505-513.
- Sachser, C. & Goldbeck, L. (2016). Consequences of the Diagnostic Criteria Proposed for the ICD-11 on the Prevalence of PTSD in Children and Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 29(2), 120-123.
- Seynaeve, G.J.R. (2001). *Psycho-Social Support in situations of mass emergency. A European Policy Paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters*. Brussels: Ministry of Public Health.
- Shultz, J. M., & Forbes, D. (2013). Psychological First Aid. *Disaster Health*, 2(1), 3-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.4161/dish.26006>.
- Souza, K. & Lourenço, L. (2015). A evolução do conceito de risco à luz das ciências naturais e sociais. *Territorium*, 22, 31-44. DOI: http://dx.doi.org/10.14195/1647-7723_22_1.
- SPHERE PROJECT (2011). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Geneva: The Sphere Project, IASC, Inter-Agency Standing Committee.
- Te Brake, H., Duckers, M., De Vries, M., Van Duin, D., Rooze, M. & Spreeuwenberg, C. (2009). Early psychosocial interventions after disasters, terrorism, and other shocking events: Guideline development. *Nursing & Health Sciences*, 11, 336-343.

- Thordardottir, E. B., Gudmundsdottir, B., Petursdottir, G., Valdimarsdottir, U. A., & Hauksdottir, A. (2018). Psychosocial support after natural disasters in Iceland-implementation and utilization. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 27, 642-648.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijdr.2017.11.006>.
- UNISDR, UNITED NATIONS OFFICE FOR DISASTER RISK REDUCTION (2016). *2015 disasters in numbers*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.
- Valentine, P. (2003). Redução de incidentes traumáticos. In M.G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds.). *Stress traumático: aspectos teóricos e intervenção* (pp.207-220). Lisboa: Climepsi.
- Vaz Serra, A (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Vogt, J., Leonhardt, J., Koper, B. & Pennig, S. (2004). Economic Evaluation of CISM – A Pilot Study. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6(4), 185-196.
- Vymetal, S., Deistler, A., Bering, R., Schedlich, C., Rooze, M., Orenge, F., Zurek, G. & Krtickova, M. (2011) European Commission project: European Guideline for Target Group-Oriented Psychosocial Aftercare-Implementation. *Prehospital Disaster Medicine*, 26(3), 234-236.
- Wilson, L.C. 2015. A systematic review of probable posttraumatic stress disorder in first responders following man-made mass violence. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 21-26.
- WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). *mhGAP Intervention Guide for Mental Health, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings*. Geneva: WHO Mental Health Gap Action Programme.
- WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva: World Health Organization.
- WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012). *Assessing mental health and psychosocial needs and resources Toolkit for humanitarian settings*. Geneva: World Health Organization.
- WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013). *Building Back Better: Sustainable Mental Health Care after Emergencies*. Geneva: World Health Organization.
- WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015). *Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies: mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG)*. Geneva: World Health Organization.
- Wynn, S. (2015). Natural Disasters: Planning for Psychological First Aid. *Journal Of Christian Nursing : A Quarterly Publication Of Nurses Christian Fellowship*, 34(1), 24-28.