CADERNO TÉCNICO DE TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO-TEPT

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

CADERNO TÉCNICO DE TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO-TEPT

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÁTRIA AMADA BRASIL GOVERNO FEDERAL

PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Jair Messias Bolsonaro

MINISTRO DA JUSTIÇA

Sérgio Fernando Moro

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

Luiz Pontel de Souza

SECRETÁRIO NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA

Guilherme Cals Theophilo Gaspar de Oliveira

DIRETOR DE POLÍTICAS DE SEGURANÇA PÚBLICA

Marcelo Aparecido Moreno

CADERNO TÉCNICO DE TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO-TEPT

Consultora: Anelise Salazar Albuquerque

Brasília – DF

2019

Ministério da Justiça e Segurança Pública

Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP
Diretoria de Políticas de Segurança Pública
Coordenação-Geral de Políticas para os Profissionais de Segurança Pública
Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Palácio da Justiça Raymundo Faoro, Anexo II, 5º andar, sala 506.
Brasília, DF, CEP 70064-900

EDIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO

Ministério da Justiça e Segurança Pública

EQUIPE RESPONSÁVEL- PROGRAMA NACIONAL DE QUALIDADE DE VIDA - PRÓ-VIDA

Allan Quint – Coordenador Geral/CGPP
João Amaral – Coordenador/PSP
Atílio Guedes
Anésia Sarmento Corrêa
Charles de Azevedo Gonçalves
Crislaine dos Santos Lacerda
Danielle Braz
Diemerson Gomes Santana
Maristela Amaral Gois
Sidiclei Silva de Araújo
Thiago Machado de Araújo

CONSULTORA

Anelise Salazar Albuquerque

155.916
C122T Caderno técnico de tratamento do transtorno de estresse pós-traumático – TEPT / Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Segurança Pública -- Brasília : Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENAP, 2019.
194 p.

ISBN 978-85-5506-080-9

1. Transtorno de estresse traumático - tratamento - Brasil. 2. Dano psicológico - prevenção - Brasil. 3. Saúde do trabalhador - Brasil. 4. Doença profissional - proteção - Brasil. 5. Segurança pública, estresse profissional - Brasil. I. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Segurança Pública.

CDD

Elaborada por Luciene Maria Sousa – CRB-1/ 1655

MENSAGEM INSTITUCIONAL

A Lei n. 13. 675, de 11 de junho de 2018, que instituiu o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) e criou a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social (PNSPDS), estabeleceu no inciso II do Art. 4º como princípios a proteção, a valorização e o reconhecimento dos profissionais de Segurança Pública.

Ainda tendo a Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social como referência legal para orientar e nortear a elaboração de políticas públicas na área da Segurança Pública, destacamos dois objetivos que potencializam o citado princípio, quais sejam: os incisos XXI e XXII do Art. 6º da Lei n. 13. 675, que estabelecem, respectivamente, estimular a criação de mecanismos de proteção dos agentes públicos e de seus familiares e estimular e incentivar a elaboração, a execução e o monitoramento de ações nas áreas de valorização profissional, de saúde, de qualidade de vida e de segurança dos servidores que compõem o Sistema Nacional de Segurança Pública.

A implantação da Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social adota estratégias que visam garantir a valorização e a proteção dos profissionais de Segurança Pública, conforme disposto no Art. 7º da Lei n. 13.675, reforçando o princípio concebido no inciso II.

A Lei do SUSP, como ficou conhecida a Lei n. 13.675, também definiu como meio e instrumento da implementação da Política Nacional de Segurança Pública e Defesa Social, o Programa Nacional de Qualidade de Vida para Profissionais de Segurança Pública (Pró-Vida) que, segundo o Art. 42, tem por objetivo elaborar, implementar, apoiar, monitorar e avaliar, entre outros, os projetos de programas de atenção psicossocial e de saúde no trabalho dos profissionais de Segurança Pública e Defesa Social, bem como a integração sistêmica das unidades de saúde dos Órgãos que compõem o SUSP, robustecendo ainda mais o princípio estabelecido na PNSPDS.

Evidenciada a necessidade de formular políticas públicas que protejam, valorizem e reconheçam os profissionais de Segurança Pública, é preciso adentrar e acompanhar a realidade diária dos profissionais de Segurança Pública, os riscos inerentes à profissão, as condições de trabalho, os ambientes onde estão sendo exercidas as atividades laborais, as adversidades, a saúde física, mental e social, identificando e mapeando as mazelas que impactam no desempenho das atividades dos agentes de Segurança Pública, afastando-os e incapacitando-os, temporária ou definitivamente do labor e interferindo negativamente no cumprimento da missão da Instituição, na sua imagem institucional e na carga de trabalho daqueles que permanecem operativos.

Assim, tomando conhecimento dessa realidade da Segurança Pública, verificando o crescimento dos índices de morbidade e de afastamentos, decorrentes do estresse profissional cumulativo, Transtorno de Estresse Agudo (TEA) e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e constando a falta de normatização de procedimentos de atendimento padronizado para esses profissionais, que têm o cotidiano marcado por tensão e constantes exposições ao perigo, à agressão e à violência, tornando a tarefa bastante propícia à produção de transtornos psíquicos, percebeu-se a necessidade de elaborar um Caderno que funcionasse como um guia de orientações sobre ações e procedimentos de intervenção, com embasamento técnico-científico, permitindo o melhor enfrentamento possível das dificuldades e das demandas da área de Segurança Pública, no tocante à ocorrência de incidentes críticos no cotidiano dos profissionais e à prevenção do estresse pós-traumático, e que respeitasse as peculiaridades de cada Instituição e das Unidade da Federação.

Dessa forma, com esta ação, buscamos colaborar com o que foi definido pela PNSPDS, ou seja, proteger e valorizar o maior patrimônio da Segurança Pública – seus recursos humanos – com o firme propósito de reduzir os impactos negativos decorrentes dos afastamentos e de incapacitações que tenham origem nos elevados níveis de estresse causados por incidentes críticos nas atividades de Segurança Pública, de sensibilizar os gestores das Instituições e de estabelecer procedimentos para a prevenção e para os tratamentos de nossos profissionais de Segurança Pública.

Guilherme Cals Theophilo Gaspar de Oliveira

Secretário Nacional de Segurança Pública

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **11**

1 INTRODUÇÃO **12**

2 COMPREENDENDO O TEPT **14**

2.1 CONCEITO 14

2.2 DIAGNÓSTICO E SINTOMATOLOGIA 17

2.2.1 Diagnóstico Diferencial 22

2.3 PREVALÊNCIA 24

2.4 COMORBIDADES 25

2.5 FATORES DE RISCO 27

2.6 FATORES DE PROTEÇÃO 30

3 CONHECENDO AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DO TEPT **33**

3.1 VISÃO GERAL DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PRIMÁRIA 33

3.2 *CRITICAL INCIDENT STRESS MANAGEMENT* - CISM: UM MODELO DE GESTÃO DE ESTRESSE EM INCIDENTES CRÍTICOS 35

3.3 *DEFUSING* E *DEBRIEFING* PSICOLÓGICO: TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE 38

3.3.1 *Defusing* 39

3.3.2 *Debriefing* psicológico 40

3.3.2.1 *Critical Incident Stress Debriefing* – CISD 42

3.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO INTERVENÇÃO PRECOCE 45

4 CONHECENDO AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA TRATAMENTO DO TEPT **47**

4.1 VISÃO GERAL DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO SECUNDÁRIA 47

4.2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO INTERVENÇÃO SEGUNDÁRIA 50

4.2.1 Promovendo resiliência na psicoterapia 53

4.2.1.1 Técnicas de exposição e reestruturação cognitiva 54

4.2.2 *Biofeedback* 56

4.2.2.1 Um pouco de psicofisiologia 56

4.2.2.2 *Biofeedback* cardíaco 57

4.2.3 *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* - EMDR 60

4.3 FARMACOTERAPIA 63

4.4 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES 64

4.4.1 Acupuntura 69

4.4.2 Meditação 72
4.4.3 *Yoga* 73
4.4.4 *Reiki* 74
5 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NA SEGURANÇA PÚBLICA BRASILEIRA 76
5.1 SOBRE PROGRAMAS NACIONAIS NA SEGURANÇA PÚBLICA 79
5.1.1 LEVANTAMENTO DOS PROGRAMAS NACIONAIS (2018) 81
5.1.2 DETALHAMENTO DE PROGRAMAS NACIONAIS ESPECÍFICOS PARA TEPT (2018). 87
5.1.2.1 PROGRAMA DO ESTADO DO MATO GROSSO – PMMT, PCMT, CBMMT, POLÍCIA CIENTÍFICA. 87
5.1.2.2 PROGRAMA DO DISTRITO FEDERAL – CBMDF. 103
5.1.2.3 PROGRAMA DO ESTADO DE SÃO PAULO – PMSP 105
5.1.2.4 PROGRAMA DO ESTADO DO PARANÁ – PMPR4 E CBMPR 111
5.1.2.5 PROGRAMA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – PCSC 113
5.1.3 LEVANTAMENTO DOS PROGRAMAS NACIONAIS NÃO ESPECÍFICOS PARA PREVENÇÃO DE TEPT (2018). 116
5.1.3.1 PROGRAMA DO ESTADO DO GOIÁS - CBMGO 116
5.1.3.2 PROGRAMA DO DISTRITO FEDERAL - PCDF 116
5.1.3.3 PROGRAMA DO ESTADO DE SERGIPE - PMSE, PCSE, CBMSE, POLÍCIA CIENTÍFICA 119
5.1.3.4 PROGRAMA DO ESTADO DE RORAIMA - PMRR, PCRR, CBMRR, POLÍCIA CIENTÍFICA 124
5.1.3.5 PROGRAMA DO ESTADO DO PARÁ - PMPA. 125
5.1.3.6 PROGRAMA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - PMERJ 125
5.1.3.7 PROGRAMA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - BRIGADA MILITAR, CMBRS. 126
6 O PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO EM INCIDENTES CRÍTICOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO TEPT NA SEGURANÇA PÚBLICA 127
6.1 FINALIDADE DO PROTOCOLO. 127
6.2 OBJETIVO DO PROTOCOLO 128
6.3 METODOLOGIA PARA A ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO 128
6.3.1 Construção do Protocolo 128
6.3.2 Validação do Protocolo 128
6.4 ESTRUTURA NECESSÁRIA À IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO EM INCIDENTES CRÍTICOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO TEPT. 128

6.4.1 As Comissões de Gestão Integrada de Atenção à Saúde dos Servidores de Segurança Pública - CGIAS 128
6.4.2 Os Núcleos Integrados de Atenção Biopsicossocial - NIAB 129
6.4.3 As equipes técnicas de prevenção e tratamento do TEPT 130
6.5 OS PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DO TEPT 130
6.5.1 Primeiro procedimento: notificação imediata do incidente crítico 130
6.5.2 Segundo procedimento: preenchimento do Registro do Incidente Crítico - RIC 131
6.5.3 Terceiro procedimento: aplicação de técnicas de intervenção precoce 131
6.5.3.1 Primeira etapa: *debriefing* psicológico ou *defusing* 131
6.5.3.1.1 O *debriefing* psicológico como primeira opção 131
6.5.3.1.2 O *defusing* como segunda opção 134
6.5.3.2 Segunda etapa: entrevista de triagem e hipótese diagnóstica 136
6.5.4 Quarto procedimento: elaboração de relatório técnico 137
6.5.5 Quinto procedimento: encaminhamentos 137
6.5.6 Sexto procedimento: alimentação do banco de dados 138
6.6 OS PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO PARA TRATAMENTO DO TEPT 138
6.6.1 Primeiro procedimento: realização do atendimento psicoterapêutico como estratégia principal de tratamento 138
6.6.2 Segundo procedimento: aplicação de outras técnicas de intervenção como estratégia auxiliar de tratamento 139
6.6.2.1 *Biofeedback* cardíaco 139
6.6.2.2 *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* - EMDR 140
6.6.2.3 Acupuntura 140
6.6.2.4 Meditação - *Mindfulness* 141
6.6.2.5 *Yoga* 142
6.6.2.6 *Reiki* 143
6.6.3 Terceiro procedimento: elaboração de relatório técnico 143
6.6.4 Quarto procedimento: encaminhamentos 143
6.6.5 Quinto procedimento: alimentação do banco de dados 144
6.7 O ACOMPANHAMENTO DOS FAMILIARES DO PROFISSIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA ACOMETIDO PELO TEPT 144
6.7.1 Intervenção de apoio e aconselhamento 144
6.7.1.1 Primeiro procedimento: composição de grupos 145
6.7.1.2 Segundo procedimento: realização da intervenção 145
6.7.1.3 Terceiro procedimento: encaminhamentos 145

7 A EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA PREVENÇÃO E GERENCIAMENTO DO TEPT COMO ESTRATÉGIA COMPLEMENTAR AO PROTOCOLO 145

7.1 OS OBJETIVOS DE UM PROCESSO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA 145

7.2 AS ESTRATÉGIAS PARA A EDUCAÇÃO CONTINUADA 146

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 146

APÊNDICE A – Fluxograma do Protocolo de Intervenção em Incidentes Críticos para Prevenção e Tratamento do TEPT 151

APÊNDICE B – Registro do Incidente Crítico – RIC 152

ANEXO A – Componentes do CISM de acordo com EVERLY e MITCHELL 153

ANEXO B – Levantamento dos Programas Nacionais (2011) 155

ANEXO C – Detalhamento dos Programas Nacionais Específicos para Prevenção de TEPT (2011) . . 161

ANEXO D – Descrição dos Programas Nacionais Não Específicos para Prevenção de TEPT (2011). . 192

APRESENTAÇÃO

O Governo Federal, por meio do Ministério da Justiça e Segurança Pública, reconhecendo a gravidade do problema de Segurança Pública no Brasil, iniciou uma nova etapa na história da Segurança Pública brasileira, tendo como foco principal de ação a implantação do Sistema Único de Segurança Pública – SUSP, que propôs a implementação do Programa Nacional de Qualidade de Vida para os Profissionais de Segurança Pública e Defesa Social. Nesse sentido, a Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENASP se consolidou como o Órgão Central no planejamento das ações de Segurança Pública em todo o Brasil, sendo responsável por contribuir para a qualificação, padronização e integração das ações executadas pelas Instituições de Segurança Pública e atualmente implementa o Programa Nacional de Qualidade de Vida para os Profissionais de Segurança Pública e Defesa Social com acompanhamento à saúde mental e física, abordando temas, como prevenção ao suicídio, gerenciamento de estresse, prevenção ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT, dependência química, tabagismo, obesidade, distúrbios do sono e outros". Para a criação de um programa de prevenção do TEPT na Segurança Pública brasileira, procedeu-se à contratação de consultoria especializada por meio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, em 2011, tendo como produto final a construção de um Caderno Técnico com procedimentos para implementação de ações de intervenção em incidentes críticos, com vistas à prevenção e ao tratamento do estresse pós-traumático na Segurança Pública.

Em 2018, foi realizada uma atualização do conteúdo do caderno técnico com base na publicação do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª. edição (DSM-V, 2013), sendo inseridos estudos mais recentes na área de TEPT. Foi realizada uma nova pesquisa com as Instituições de Segurança Pública em todos os estados brasileiros para conhecimento e levantamento da existência de programas de prevenção e/ou tratamento do TEPT em cada Instituição.

O Caderno Técnico tem como foco, prover conhecimento técnico sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático e estabelecer procedimentos de prevenção e tratamento para os profissionais de Segurança Pública, tendo em vista o dever dos gestores de garantir condições e processos dignos de trabalho com foco na promoção de saúde, a fim de valorizar o profissional e evitar a banalização dos eventos traumáticos. O propósito do Caderno Técnico é instituir fluxo de atendimento padronizado para as Instituições de Segurança Pública, funcionando como um guia de orientações sobre ações e procedimentos de intervenção com embasamento técnico científico, permitindo o melhor enfrentamento das dificuldades e demandas da área de Segurança Pública no tocante à ocorrência de incidentes críticos no cotidiano desses profissionais e à prevenção do estresse pós-traumático, respeitando-se as peculiaridades de cada Instituição e Unidade da Federação.

1 INTRODUÇÃO

Este Caderno Técnico surgiu da necessidade de se reduzir o índice de morbidade e de afastamento, decorrentes do estresse profissional cumulativo, Transtorno de Estresse Agudo (TEA) e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) dos profissionais de Segurança Pública e da necessidade de normatização de procedimentos de atendimento padronizado para esses profissionais que têm seu cotidiano marcado por tensão e constante exposição ao perigo, à agressão e à violência, o que torna a tarefa bastante propícia à produção de sofrimento psíquico.

Especialistas são unânimes em afirmar que as atividades dos profissionais de Segurança Pública são tidas como uma das ocupações mais estressantes, devido à exigência de elevada especialização e às circunstâncias de trabalho adversas, nas quais se faz de tudo, com grande carga de responsabilidade e pouca autoridade para a decisão. Lidar com emergências, exige elevada capacidade de lidar com mudanças, pois, nas situações-limite, o desafio é a superação da impotência e do desamparo.

As taxas de mortalidade e de morbidade por agressões de que são vítimas os policiais, por exemplo, dentro e fora das corporações, são mais elevadas que as da população em geral (SOUZA & MINAYO, 2005). Cada vez mais são criadas novas modalidades de crime e na internet circulam alertas quanto aos perigos dos novos golpes, o que reforça a cultura vigente do medo. Os marginais têm armamentos cada vez mais potentes, de forma que os policiais, quando em serviço, são alvo de ataques súbitos que subtraem suas vidas e, durante sua folga, têm que esconder suas identidades profissionais, pois poderão ser mortos se identificados. A realidade atual desses profissionais é a do confronto armado, da rotineira troca de tiros, incursões e ocupações em favelas, abordagem de veículos e de pessoas, sem nunca saber o que os espera.

Estudos sobre reações e sequelas relacionadas ao uso de força letal com armas de fogo mostram que, sob o ponto de vista psicológico, as reações assumem um caráter de modificação ativa que poderá ser transitória ou duradoura como condição decorrente de uma situação traumática (SPANIOL, 2009).

Essas reações traumáticas podem se transformar em sequelas que poderão ou não modificar o comportamento dos profissionais expostos a essas situações, sendo aconselhável submetê-los, logo após o ocorrido, a um acompanhamento psicológico. Pesquisas mostram que, considerando-se o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático e a natureza do trauma experimentado, a violência interpessoal é tida como um forte fator causal e, comparada às catástrofes naturais e acidentes, seus efeitos são mais duradouros. Na fase inicial de transtornos causados por terremotos, furacões e acidentes pode haver consideráveis sintomas relacionados ao trauma, mas os efeitos tendem a diminuir mais rápido que no caso de violência interpessoal.

Outro grande foco de estudos e pesquisas científicas, refere-se à efetividade dos programas ou atendimentos psicossociais. Situações anormais para o instinto de vida e de sobrevivência do ser humano são naturalizadas na rotina de trabalho desses profissionais e geram ansiedade, expectativa e medo. São situações de risco evidente que deixam a morte iminente no cotidiano desses profissionais, com extremas ameaças, que afrontam o instinto de vida, incessantemente. Reafirma-se a necessidade de estudos e propostas de ação que sejam efetivas e tornem os agentes de Segurança Pública menos vulneráveis.

A maioria das medidas sugeridas para diminuir a vitimização desses profissionais passa por propostas de modernização dos seus processos de trabalho, das estratégias de sua atuação e

dos equipamentos de produção dos serviços, esquecendo-se do aspecto da saúde mental desses indivíduos que lidam no seu dia a dia com situações de risco. No exterior, especialmente nos Estados Unidos, grande atenção é dada ao atendimento despendido ao profissional após eventos críticos, como ocorrências relacionadas a confronto com armas de fogo, observação de morte, suicídio ou grandes tragédias e riscos à integridade física, psíquica ou moral do profissional.

O campo de saúde do trabalhador atualmente, para ser coerente com a realidade do mundo do trabalho, não pode se omitir a pensar as categorias que atuam na Segurança Pública, um dos segmentos mais vulneráveis à morbidade e à mortalidade. É dever dos gestores de Segurança Pública garantir condições e processos dignos de trabalho aos profissionais de Segurança Pública, tendo em vista que os contextos laborais podem desencadear processos de adoecimento.

Deve-se levar em consideração que nosso maior patrimônio é o capital humano e a excelência das ações de Segurança Pública depende do bem-estar e da qualidade do trabalho do profissional. A natureza do trabalho do profissional de Segurança Pública e o risco exigido tornam necessário o desenvolvimento de certas habilidades, como prontidão para iniciativas, raciocínio rápido para uso de alternativas na solução dos problemas, concentração para dominar a situação, criatividade, trabalho em equipe. Por ser estressante e demandar contínua atenção, o trabalho desse profissional tem características especiais que trazem consequências de natureza fisiológica, como grande quantidade de toxinas derramadas na corrente sanguínea a cada enfrentamento decorrente da atuação profissional, resultado do desequilíbrio biológico causado pelo estresse; de natureza psicológica expressa no medo (fugir ou enfrentar o risco) e na raiva (descontrole emocional) vividos na situação de risco e na identificação emocional com a vítima e também consequências legais relativas à pressão pelos prazos de entrega dos procedimentos à Justiça e nos depoimentos em audiências jurídicas para os quais são intimados a comparecer (SILVA *et al*, 2006).

Faz-se necessária a prevenção e o tratamento do TEPT com o objetivo de permitir que o profissional de Segurança Pública desenvolva seu trabalho e viva de forma mais saudável. Isso é benéfico não só do ponto de vista do profissional mas também da instituição, na qual ele atua, uma vez que um profissional estressado ou "adoecido" se torna improdutivo para si mesmo e para a sua organização.

Todo trabalho com urgências e emergências exige elevado conhecimento e habilidades. É um saber com muitas implicações, exatamente por ser um assunto localizado nos limites entre a vida e a morte. A vulnerabilidade humana diante da natureza e das próprias ações humanas coloca esse tema no centro das contradições do mundo contemporâneo. O imprevisível incomoda, desequilibra e silencia a onipotência de todo ser humano. Viver uma situação-limite pode fragilizar ou, também, pode ser um momento de fortalecimento, que propicia uma nova visão de mundo, frequentemente relativa à aquisição de valores, até então, desconhecidos no projeto de vida pessoal.

Há pessoas que vão lidar melhor com as experiências negativas, que vão demonstrar mais competência, maior autoestima, sentimentos de autoeficácia, revelando-se mais positivas em relação à vida, com capacidade de dar significado às experiências, ainda que traumáticas. Os fatores protetores e resilientes amenizam a reação ao estresse, reduzem a chance de perturbação e podem até gerar o "crescimento pós-traumático", com mudanças de valores e uma nova atitude de maior valorização da vida.

O vivenciar ou testemunhar um incidente crítico pode provocar reações emocionais intensas que interferem na capacidade de funcionar adequadamente. O TEPT está associado à ideação suicida e tentativas de suicídio e a presença do transtorno pode indicar quais indivíduos com essa ideação acabam elaborando um plano de suicídio ou de fato tentam cometê-lo (DSM-V, 2013). As políticas públicas precisam garantir um acompanhamento efetivo e eficaz para os profissionais de Segurança Pública que podem ser não somente vítimas secundárias como também vítimas diretas de um acontecimento emocionalmente significativo, inesperado e traumático que ameaça de forma grave a sua própria vida e a segurança de terceiros, sendo capaz de desencadear sofrimento incomum em uma pessoa saudável ao que se denomina "incidente crítico".

Na Segurança Pública, operações especiais com dano ou prejuízo físico ou psíquico (próprio ou de terceiros), catástrofes, presenciar suicídios ou ter envolvimento próximos de pessoas que cometeram suicídio são alguns exemplos de incidentes críticos. Para tanto, é necessário desenvolver estratégias para minimizar os efeitos do evento traumático, dando mais suporte, capacitação e estrutura aos profissionais que atendem vítimas de acidentes e violência, incluindo um trabalho com seus familiares, em alguns casos.

Além disso, é preciso prestar atenção aos tipos de suporte social que serão oferecidos, tendo como referência a ideia de reforço da rede social da vítima como melhor estratégia. É preciso sensibilizar profissionais de todas as áreas, profissionais da saúde e gestores públicos para se mostrar com evidências a extensão e magnitude das sequelas causadas por eventos traumáticos na vida do agente de Segurança Pública; a necessidade de uma maior organização para abordagem do tema e a necessidade de se estabelecerem parâmetros e estratégias de cuidado para policiais e bombeiros, a fim de que possam ser devidamente acolhidos e apoiados dentro da proposta conhecida como "cuidando dos cuidadores".

É preciso articular estratégias de prevenção e enfrentamento das sequelas decorrentes dos incidentes críticos no dia a dia desses profissionais. A interrelação entre as condições de trabalho e a saúde desses profissionais demanda ações preventivas para evitar patologias e adoecimentos entre esses indivíduos, as quais devem ser desenvolvidas de forma integrada e sistêmica, visando à promoção de saúde mental do agente Segurança Pública. É nesta perspectiva, que foi construído o Protocolo Nacional de Intervenção em Incidentes Críticos para Prevenção e Tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático nas Instituições de Segurança Pública brasileiras e será apresentado neste Caderno.

2 COMPREENDENDO O TEPT

2.1 CONCEITO

O estresse é um dos termos mais amplamente utilizados na vida cotidiana e configura-se em um estado de tensão que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo quando a pessoa necessita responder a alguma demanda que ultrapassa sua capacidade adaptativa (EVERLY, 1990).

O termo estresse foi introduzido na ciência da saúde pela primeira vez em 1926 por Hans Selye, então estudante de medicina, quando observou que pessoas sofriam de uma ampla variedade de doenças físicas, todas parecendo ter um conjunto de sintomas, incluindo perda

de apetite, de força muscular, pressão sanguínea elevada, dentre outras, às quais ele chamou de "síndrome de apenas estar doente". Mais adiante, Selye definiu estresse como "resposta não específica do corpo a uma demanda", até chegar ao conceito de estresse como uma reação fisiológica ou resposta a um estímulo estressor, o qual evoca uma resposta de estresse (EVERLY JR. & LATING, 2013).

Segundo Girdano, Dusek e Everly (2009), há duas formas primárias de estressores: estressores psicossociais (incluindo estressores baseados em personalidade) e estressores biogênicos. Os primeiros decorrem da interpretação cognitiva do evento que consiste no significado que é dado ao evento, ainda que alguns estressores sejam inerentemente mais estressantes que outros e permitam menor variação da interpretação cognitiva do evento, como ameaças à segurança física, risco de morte, dentre outros, mas, mesmo nesses casos, a interpretação cognitiva exerce um papel de ajustamento ao estressor e serve para aumentar ou reduzir a resposta ao estresse.

Evidências de dissonância afetiva cognitiva predizem sinais e sintomas de doença física, assim como os comportamentos mal adaptativos de enfrentamento. Os estressores biogênicos, por outro lado, não demandam uma avaliação cognitiva para assumirem sua qualidade de "estressores", pois o estímulo biogênico possui uma qualidade estimulante inerente. Essas características estimulantes são encontradas em alguns produtos, como o café, alguns chás, anfetaminas, cocaína, e podem causar diretamente a excitação fisiológica sem a necessidade de uma avaliação cognitiva, o que não contradiz os resultados dos trabalhos que mostram o papel crucial da interpretação cognitiva dos eventos estressores na resposta ao estresse (GIRDANO, DUSEK & EVERLY, 2009).

O estresse, em princípio, não é uma doença, mas um mecanismo necessário e benéfico ao organismo, pois faz com que o ser humano fique mais atento e sensível diante de situações de perigo ou de dificuldade e pode ser concebido como uma preparação do organismo para lidar com as situações que se apresentam, ou seja, é uma resposta individual a um determinado estímulo e varia de pessoa para pessoa (SILVA *et al*, 2006).

Quando um indivíduo percebe sua vida em risco, ele vive uma situação de estresse, pois enfrenta um desequilíbrio biológico, em que componentes físicos e psicológicos se manifestam. Em uma visão biopsicossocial, França e Rodrigues (1997) afirmam que o estresse se constitui como uma relação particular entre a pessoa, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetida. Quando essa relação é avaliada como uma ameaça ou exige da pessoa mais que suas próprias habilidades ou recursos, o estresse põe em perigo o seu bem-estar.

De acordo com Lipp (2001), o conceito de estresse inclui quatro elementos: 1. o acontecimento estressor; 2. a modificação do equilíbrio psicológico e fisiológico do organismo depois do acontecimento; 3. o desequilíbrio que se manifesta por um estado de ativação marcada por consequências neuropsicológicas, cognitivas e emocionais para o indivíduo e 4. mudanças que dificultam a adaptação do indivíduo. Os sintomas do indivíduo num momento de estresse incluem taquicardia, boca seca, respiração ofegante, dor no estômago, agitação, sudorese, dentre outros e a fonte do estresse pode ser tanto externa ao próprio organismo como uma exigência de algo ou alguém, quanto interna, como uma autodemanda ou autocobrança (LAZARUS, 1966), mas isoladamente o estresse não é suficiente para desencadear uma enfermidade ou uma disfunção importante na vida da pessoa. O prolongamento ou a exacerbação de uma situação específica é que, de acordo com as características da pessoa naquele momento, podem gerar alterações indesejáveis. Os transtornos então podem ser considerados como respostas inadaptadas a um

estresse grave ou persistente, na medida em que eles interferem nos mecanismos adaptativos e criam dificuldades no funcionamento social do indivíduo.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), assim como o Transtorno de Estresse Agudo, eram classificados no DSM-IV (1994) como Transtornos de Ansiedade. Com a publicação do DSM-V (2013), ambos foram colocados numa nova classificação, denominada "Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores". Os transtornos relacionados a trauma e a estressores incluem transtornos nos quais a exposição a um evento traumático ou estressante está listada explicitamente como um critério diagnóstico e reúnem o Transtorno de Apego Reativo, o Transtorno de Interação Social Desinibida, os Transtornos de Adaptação, além do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e o Transtorno de Estresse Agudo (TEA).

O sofrimento psicológico subsequente à exposição a um evento traumático ou estressante é bastante variável. Em alguns casos, os sintomas podem ser bem entendidos em um contexto de ansiedade ou medo. Entretanto está claro que muitos indivíduos que foram expostos a um evento traumático ou estressante exibem um fenótipo no qual, em vez de sintomas de ansiedade ou medo, as características clínicas mais proeminentes são sintomas anedônicos (perda da capacidade de sentir prazer) e disfóricos (depressão, ansiedade, inquietude), externalizações de raiva e agressividade ou sintomas dissociativos.

Em virtude dessas expressões variáveis de sofrimento clínico depois da exposição a eventos catastróficos ou aversivos, esses transtornos foram agrupados em uma categoria distinta: Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores. Não é incomum que o quadro clínico inclua uma combinação dos sintomas mencionados (com ou sem sintomas de ansiedade ou medo). Esse quadro heterogêneo há muito já foi reconhecido também nos transtornos de adaptação. A negligência social, ou seja, a ausência de cuidados adequados durante a infância, é uma exigência diagnóstica tanto do transtorno de apego reativo quanto do transtorno de interação social desinibida. Embora esses dois transtornos compartilhem uma mesma etiologia, o primeiro é manifestado como um transtorno internalizante com sintomas depressivos e comportamento retraído, enquanto o último é marcado por desinibição e comportamento externalizante.

A característica essencial do Transtorno de Estresse Pós-Traumático é o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos e o TEPT não pode ser diagnosticado até que se tenha passado pelo menos um mês da ocorrência do estressor traumático. O TEPT é precipitado necessariamente por um trauma e é peculiar entre outros diagnósticos psiquiátricos devido à grande importância dada ao estressor traumático, uma vez que, sem ele, não se faz possível diagnosticar o TEPT.

Os eventos traumáticos são claramente diferentes dos estressores muito dolorosos que constituem as vicissitudes normais da vida, como divórcio, falha, rejeição, doença grave, reveses financeiros e afins. Esta dicotomização entre estressores traumáticos e estressores não traumáticos se baseou na suposição de que, embora a maioria dos indivíduos tenha a capacidade de enfrentar estresse comum, suas capacidades adaptativas provavelmente são superadas quando confrontados com um estressor muito traumático. Seriam situações essencialmente violentas, como acidentes naturais (enchentes, incêndios, soterramentos), acidentes automobilísticos, assaltos, sequestros, estupros, torturas, ataque terrorista, receber o diagnóstico de uma doença que traz risco de vida, dentre outros.

Um evento estressor pode ser pensado como um incidente crítico que tem o potencial de conduzir a uma resposta de crise em muitos indivíduos, sendo um evento fora da escala usual de

experiência e desafios com os quais um indivíduo é capaz de lidar, com potencial de levar a uma condição de crise por sobrecarga das defesas psicológicas e mecanismos de enfrentamento usuais do indivíduo. O incidente crítico é um evento emocionalmente significativo, com características impactantes e de conteúdo muito diferenciado da experiência cotidiana das pessoas, capaz de desencadear sofrimento incomum em uma pessoa saudável e provocar mudança ou ruptura profunda no funcionamento fisiológico e/ou psicológico do indivíduo, representando, no contexto da Segurança Pública, uma quebra na rotina de trabalho no cotidiano do profissional (catástrofes, desastres naturais, morte ou criança gravemente ferida, morte de um companheiro de trabalho, acidentes com múltiplas mortes, confrontos entre policiais e infratores, tiroteio, violência no local de trabalho, dentre outros).

2.2 DIAGNÓSTICO E SINTOMATOLOGIA

Os critérios diagnósticos do DSM-V para TEPT diferem significativamente dos critérios do DSM-IV-TR (2002). A classificação do DSM-IV-TR (2002) considera a característica essencial do TEPT como o desenvolvimento de sintomas característicos após a exposição a um estressor traumático extremo (Critério A1), cuja resposta deve envolver intenso medo, impotência ou horror (Critério A2). No DSM-V (2013), o critério do estressor (Critério A) é mais explícito no que se refere aos eventos que se qualificam como experiências "traumáticas" e o Critério A2 do DSM-IV-TR (reação subjetiva, p. ex., experimentar "medo, impotência, desespero, horror") foi eliminado. Em alguns indivíduos, sintomas de revivência do medo, emocionais e comportamentais, podem predominar; em outros, estados de humor anedônicos ou disfóricos e cognições negativas podem ser mais perturbadores. Em alguns outros, a excitação e sintomas reativos externalizantes são proeminentes, enquanto que, em outros, sintomas dissociativos predominam. Por fim, algumas pessoas exibem combinações desses padrões de sintomas.

Enquanto havia três dimensões de sintomas no DSM-IV-TR (2002): 1. revivência persistente do evento traumático (Critério B); 2. esquiva persistente de estímulos associados ao trauma com embotamento da responsividade geral (evitação/entorpecimento - Critério C) e 3. excitação aumentada persistente (alterações na excitabilidade e reatividade - Critério D), existem agora quatro grupos de sintomas no DSM-V (2013), porque o grupo da evitação/entorpecimento está dividido em dois grupos distintos: evitação e alterações negativas persistentes nas cognições e no humor. Esta última categoria, que conserva a maior parte dos sintomas de entorpecimento do DSM-IV-TR (2002) também inclui sintomas novos ou reconceitualizados, como os estados emocionais negativos persistentes. O grupo final "alterações na excitabilidade e reatividade" conserva a maior parte dos sintomas de excitabilidade aumentada do DSM-IV-TR (2002), incluindo também comportamento irritável ou explosões de raiva e comportamento indiferente ou autodestrutivo.

O TEPT, a partir do DSM-V (2013), tornou-se sensível ao nível de desenvolvimento, na medida em que os limiares diagnósticos foram diminuídos para crianças e adolescentes. Além disso, critérios separados foram acrescentados para crianças de menos de seis anos com esse transtorno. A exposição recorrente e prolongada a múltiplos eventos traumáticos de natureza interpessoal, como, por exemplo, situações de abuso e violência familiar, negligência de cuidados físicos e emocionais durante a infância, pode levar os indivíduos a apresentarem um quadro clínico complexo.

Apesar de não haver consenso sobre a nomeação destes quadros clínicos, é possível que estejam associados ao diagnóstico de Trauma Complexo (TC). Tal quadro difere-se dos sintomas descritos pelo DSM-IV para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático e também dos sintomas estabelecidos pelo DSM-V para os Transtornos Relacionados ao Trauma e Estresse. Dentre o conjunto de sintomas relatados por estes indivíduos pode-se destacar a presença de sintomatologia depressiva intensa, dificuldades de modular sentimentos de raiva, recorrentes episódios dissociativos e de perturbação da identidade, incapacidade de confiar nos outros, comportamentos autodestrutivos, descontrole de impulsos e instabilidade nos relacionamentos interpessoais, além de dores crônicas e alterações no funcionamento cognitivo.

Em razão de tais sintomas irem além da caracterização do TEPT, diversos autores defendem a necessidade de inclusão de uma nova definição nos manuais diagnósticos que contemple esses sintomas distintos do diagnóstico dos transtornos pós-traumáticos. Tal proposta fundamenta-se em observações clínicas que apontam para diferenças marcadas nas reações pós-traumáticas de indivíduos que sofreram um trauma único (p.ex., situações de assalto, estupros e acidentes automobilísticos) em comparação a indivíduos que sofreram múltiplos traumas de natureza interpessoal ao longo do seu desenvolvimento, principalmente por parte dos cuidadores os quais espera-se que fossem fontes de segurança, proteção e estabilidade (VIOLA, KLUWE-SCHIAVON, RENNER, & GRASSI-OLIVEIRA, 2011).

Os critérios diagnósticos a seguir aplicam-se a adultos, adolescentes e crianças acima de seis anos de idade, conforme estabelece o DSM-V (2013).

Critério A: Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o evento traumático.

2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas.

3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.

4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p.ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil). Este critério não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.

Os eventos traumáticos do Critério A sofridos diretamente incluem exposição a guerra como combatente ou civil, ameaça ou ocorrência real de agressão física (ataque físico, assalto, furto, abuso físico infantil), ameaça ou ocorrência real de violência sexual (penetração sexual forçada ou facilitada por álcool/droga, contato sexual abusivo, abuso sexual sem contato, tráfico sexual), sequestro, ser mantido refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra, desastres naturais, acidentes automobilísticos graves, dentre outros (em crianças, eventos sexualmente violentos podem incluir experiências sexuais inapropriadas em termos do estágio de desenvolvimento sem violência física ou lesão).

Uma doença potencialmente fatal ou uma condição clínica debilitante não são consideradas necessariamente eventos traumáticos. Alguns incidentes médicos são qualificados como eventos traumáticos e como eventos súbitos (p. ex., despertar durante uma cirurgia e choque anafilático). Eventos testemunhados como observação de ameaça de lesão ou lesão

real grave, morte natural, abuso físico ou sexual de outra pessoa por agressão violenta, violência doméstica, acidente, guerra ou um incidente médico envolvendo um filho como, por exemplo, uma hemorragia potencialmente fatal, são considerados eventos traumáticos. A exposição indireta por ter conhecimento do evento se limita a experiências que afetam parentes ou amigos próximos e experiências violentas ou acidentais, como ataque pessoal violento, suicídio, acidente grave e lesão grave. O TEPT pode ser especialmente grave ou duradouro quando o estressor é interpessoal e intencional (p. ex., tortura, violência sexual).

Critério B: Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência:

1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático (em crianças acima de 6 anos de idade, pode ocorrer brincadeira repetitiva na qual temas ou aspectos do evento traumático são expressos).

2. Sonhos angustiantes recorrentes, nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático. Esses sonhos angustiantes repetem o evento em si ou são representativos ou relacionados tematicamente às ameaças principais envolvidas no evento traumático (em crianças, pode haver pesadelos sem conteúdo identificável).

3. Reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente; é como se a vítima se "transportasse" à situação traumática, revivendo-a. A revivência ou *flashback* seria um dos sintomas mais distintivos do TEPT. Ocorre uma perda relativa da distinção entre o presente e o passado, pois a sensação é de que o evento está para ocorrer ou está acontecendo novamente. Essas reações podem ocorrer em um *continuum*, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor. A pessoa pode sofrer estados dissociativos que duram desde alguns segundos até várias horas ou até mesmo dias, durante os quais aspectos do evento são revividos e a pessoa se comporta como se o evento estivesse ocorrendo naquele momento (em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira ou em estados dissociativos).

4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

O evento traumático pode ser revivido de várias maneiras. Ocorrem lembranças fixas, que não se alteram com o tempo, carregadas de forte componente afetivo e emocional, trazendo muita angústia e sofrimento. Tais lembranças são espontâneas, involuntárias e, quando surgem, não são facilmente interrompidas. São frequentemente eliciadas por estímulos relacionados ao evento traumático, desde os mais específicos aos mais genéricos (chuva, trovões, telefone, noticiários, tiros, dentre outros). Muitas vezes as lembranças estão fragmentadas em forma de imagens, sons, odores, sensações físicas (náuseas, tonturas) ou emoções (medo, pavor, horror) não conectadas umas às outras. Com a elaboração psíquica da experiência, essas recordações, que muitas vezes estão guardadas em fragmentos sensoriais com pouco ou nenhum componente de linguagem, vão se integrando e chegando, com o correr do tempo, a se constituir em narrativa que conseguiria traduzir o ocorrido. Como no soldado cujo trauma principal envolvia a participação numa rebelião de presos e que, ao se deparar com aglomerados de pessoas, frequentemente não só revia a cena dos amotinados correndo em fuga como se preparava para combatê-los (CÂMARA FILHO, 1999).

Outro sintoma que pode acontecer com algumas pessoas é o da reexposição compulsiva a novos eventos potencialmente traumáticos, sendo esta outra forma particular da revivência traumática, que não envolve primariamente os processos do pensamento, da lembrança ou do sonho, mas os da ação, do reexperimentar, vivenciar situações que possam se assemelhar ao evento inicial. Um soldado, por exemplo, ao se reformar, pode vir a procurar atividades em que venha a se expor novamente a situações de perigo.

Critério C: Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos:

1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes associados ao evento traumático. O indivíduo costuma fazer esforços deliberados para evitar pensamentos, lembranças, sentimentos ou diálogos a respeito do evento traumático (p. ex., utilizando técnicas de distração para evitar recordações internas).

2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes associados ao evento traumático. A pessoa luta para se afastar de conversas, situações e atividades associadas ao trauma como um mecanismo de defesa contra a ansiedade gerada pelo fenômeno intrusivo. Os estímulos associados ao trauma são persistentemente evitados.

As estratégias de esquiva podem ser óbvias ou sutis, relativamente adaptativas ou claramente inadequadas. A pessoa pode se recusar a falar sobre o evento traumático, recorrer ao uso de bebidas alcoólicas ou drogas para obscurecer as memórias ou até envolver-se compulsivamente com atividades como trabalho, jogo, sexo, dentre outras. Foi observado em um grupo de policiais militares o comportamento de esquiva por meio da recusa a portar armas, dirigir automóveis, trabalhar em presídios e até vestir a farda (CÂMARA FILHO, 1999).

Critério D: Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático (geralmente devido à amnésia dissociativa e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).

2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., "sou mau", "não se deve confiar em ninguém", "o mundo é perigoso", "sempre tive pouco discernimento").

3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).

5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas que antes eram prazerosas.

6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros, a pessoa sente-se isolada dos outros.

7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação, ternura, amor).

A pessoa tem a constante preocupação de se defender da angústia do trauma e essa maior atenção aos estímulos ligados ao trauma leva a um menor envolvimento com situações potencialmente prazerosas e recompensadoras, contribuindo para a gradativa centralização do trauma na vida do indivíduo. O interesse por atividades sociais diminui, dado que sua energia psíquica está direcionada à evitação de lembranças e a sentimentos relacionados ao trauma. Como as pessoas com Transtorno de Estresse Pós-Traumático não conseguem tolerar emoções fortes, especialmente as associadas à experiência traumática, separam os aspectos cognitivos dos emocionais na experiência psicológica e percebem somente os primeiros. Tal "insensibilidade psíquica" é uma anestesia emocional que torna extremamente difícil para essas pessoas participarem de relações interpessoais significativas.

Critério E: Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos (p.ex., gritar com os outros, envolver-se em brigas).

2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo (p.ex., direção perigosa, comportamento automutilante, suicida, abuso de álcool ou drogas).

3. Hipervigilância: as pessoas estão sempre em guarda, esperam o pior e reagem como se estivessem sob contínua ameaça de aniquilação, constantemente avaliando o ambiente, como o indivíduo que, após ser assaltado, continuamente fica a olhar sobre os ombros, a espreitar o ambiente de um lado a outro à procura de sinais que possam se revelar ameaçadores. A pessoa com TEPT se torna hipersensível a ameaças potenciais, incluindo as relacionadas à experiencia traumática (p. ex., depois de um acidente de carro, fica muito sensível à ameaça potencial representada por carros) e as não relacionadas ao evento traumático (p. ex., medo de sofrer um infarto).

4. Resposta de sobressalto exagerada (as pessoas se assustam facilmente porque têm dificuldade em fazer uma avaliação adequada do estímulo). Indivíduos com TEPT podem se mostrar bastante reativos a estímulos inesperados, exibindo uma resposta intensa de sobressalto ou tensão e nervosismo com ruídos elevados ou movimentos inesperados (p. ex., pular de susto em resposta ao toque de um telefone).

5. Problemas de concentração, incluindo dificuldade para lembrar de eventos diários (p. ex., o número do próprio telefone) ou participar de tarefas que exigem concentração (p. ex., acompanhar uma conversa por um determinado período).

6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado). Podem estar associados a pesadelos e preocupações com a segurança ou a hiperexcitação generalizada, que interfere no sono adequado.

Critério F: A perturbação (Critérios B, C, D, E) dura mais de um mês.

Critério G: A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

O TEPT está associado a níveis elevados de incapacidades sociais, profissionais e físicas, bem como a custos econômicos consideráveis e altos níveis de utilização de serviços médicos. O prejuízo ao funcionamento fica evidente nos domínios social, interpessoal, do desenvolvimento, educacional, da saúde física e profissional. Em amostras da comunidade e de veteranos de guerra,

o TEPT está associado a relações sociais e familiares empobrecidas, ausências ao trabalho, renda mais baixa e menor sucesso acadêmico e profissional.

Critério H: A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

O DSM-V estabelece a necessidade de determinação de um subtipo do TEPT, a saber:

Com sintomas dissociativos: esse subtipo ocorre quando os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios de TEPT, e, além disso, em resposta ao estressor, o indivíduo tem sintomas persistentes ou recorrentes de:

1. Despersonalização: experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (p. ex., sensação de estar em um sonho; sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou como se estivesse em câmera lenta).

2. Desrealização: experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor, sente-se distante do mundo (p. ex., o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).

Para usar esse subtipo, os sintomas dissociativos não podem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., apagões, comportamento durante intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões parciais complexas).

O DSM-V estabelece a necessidade de especificação do período em que ocorre o TEPT:

Com expressão tardia: se todos os critérios diagnósticos não forem atendidos até pelo menos seis meses depois do evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas).

2.2.1 Diagnóstico diferencial

Nem toda psicopatologia que ocorre em indivíduos expostos a um estressor extremo necessariamente deve ser atribuída ao TEPT. O diagnóstico requer que a exposição ao trauma preceda o início ou a exacerbação dos sintomas. Ademais, se o padrão de resposta sintomática ao estressor extremo satisfaz critérios de outro transtorno mental, esses diagnósticos devem ser dados em vez do, ou além do TEPT. Outros diagnósticos e condições são excluídos se forem mais bem explicados por TEPT (p. ex., sintomas de transtorno de pânico que ocorrem apenas depois da exposição a lembranças traumáticas). Se graves, os padrões de resposta sintomática ao estressor extremo podem justificar um diagnóstico em separado (p. ex., amnésia dissociativa).

Transtorno Depressivo Maior: a depressão pode ou não ser precedida por um evento traumático e deverá ser diagnosticada se outros sintomas de TEPT estiverem ausentes. Geralmente o TEPT é acompanhado de depressão, porém o transtorno depressivo maior não inclui nenhum sintoma do Critério B (sintomas intrusivos associados ao evento traumático) ou do Critério C (evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático) do TEPT nem uma série de sintomas dos Critérios D (alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático) ou E (alterações na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático) desse transtorno. As lembranças intrusivas no TEPT são distintas das ruminações depressivas, no sentido de que só se aplicam a recordações angustiantes involuntárias e intrusivas. A

ênfase é nas lembranças recorrentes do evento, as quais normalmente incluem componentes comportamentais sensoriais, emocionais ou fisiológicos.

Transtorno de Adaptação: há o desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um ou mais estressores identificáveis que podem ser de qualquer gravidade ou tipo, em vez dos exigidos pelo Critério A (exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual) de TEPT. O diagnóstico de um transtorno de adaptação é usado quando a resposta a um estressor que satisfaz o Critério A de TEPT não satisfaz todos os outros critérios do transtorno (ou critérios de outro transtorno mental). Um transtorno de adaptação também é diagnosticado quando o padrão sintomático de TEPT ocorre em resposta a um estressor que não satisfaz o Critério A de TEPT (p. ex., separação/abandono conjugal, demissão do trabalho). Transtornos de adaptação podem ser diagnosticados imediatamente e persistir por até seis meses depois da exposição ao evento traumático, enquanto o TEPT não pode ser diagnosticado até que se tenha passado pelo menos um mês da ocorrência do estressor traumático. A pessoa com transtorno de adaptação não foi exposta a um evento traumático, ainda que exiba o perfil sintomático de transtorno de estresse agudo ou TEPT.

Transtorno de Estresse Agudo (TEA): é distinto do TEPT porque seu padrão sintomático é restrito à duração de 3 dias a 1 mês depois da exposição ao evento traumático enquanto os sintomas do TEPT surgem geralmente após 1 mês da exposição ao evento traumático e persistem por mais de 1 mês após o evento traumático. O diagnóstico de TEA diferencia-se do TEPT essencialmente por causa do período de tempo transcorrido desde o evento traumático. Com frequência, a reação de um indivíduo a um trauma satisfaz inicialmente os critérios para Transtorno do Estresse Agudo imediatamente após o trauma. Se os sintomas persistirem por mais de um mês e satisfizerem os critérios de TEPT, o diagnóstico muda de Transtorno do Estresse Agudo para Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Portanto, caso o Transtorno de Estresse Agudo não seja diagnosticado e tratado rapidamente ele pode evoluir para Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Transtornos de Ansiedade e Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC): no TOC, existem pensamentos intrusivos recorrentes, mas estes satisfazem os critérios de uma obsessão. Os pensamentos intrusivos não estão relacionados a um evento traumático vivenciado como no TEPT. No TOC, compulsões costumam estar presentes. Nem os sintomas de excitação e dissociativos do transtorno de pânico, nem a evitação, a irritabilidade e a ansiedade do transtorno de ansiedade generalizada estão associados a um evento traumático específico.

Transtornos da Personalidade: dificuldades interpessoais que tiveram seu início ou ficaram extremamente exacerbadas depois da exposição a um evento traumático podem ser um indicativo de TEPT em vez de um transtorno da personalidade, no qual essas dificuldades seriam esperadas independentemente de qualquer exposição traumática.

Transtornos Dissociativos: amnésia dissociativa, transtorno dissociativo de identidade e transtorno de despersonalização-desrealização podem ou não ser precedidos pela exposição a um evento traumático ou podem ou não ter sintomas de TEPT concomitantes. Quando os critérios plenos de TEPT também são atendidos, no entanto, o subtipo de TEPT "com sintomas dissociativos" deverá ser considerado.

Transtorno Conversivo ou Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais: o surgimento de novos sintomas somáticos no contexto de sofrimento pós-traumático pode ser uma indicação de TEPT em vez de transtorno conversivo.

Transtornos Psicóticos: é preciso distinguir os *flashbacks* do TEPT dos delírios, alucinações e outras perturbações da sensopercepção que podem ocorrer na esquizofrenia, no transtorno psicótico breve e em outros transtornos psicóticos; nos transtornos depressivo e bipolar com aspectos psicóticos; no *delirium*; nos transtornos induzidos por substância ou medicamento; e nos transtornos psicóticos devidos a outra condição médica.

Lesão Cerebral Traumática (LCT): quando uma lesão cerebral ocorre devido a um evento traumático como um acidente de carro ou à explosão de uma bomba, por exemplo, sintomas de TEPT podem surgir. Um evento que causa traumatismo craniano também pode constituir um evento traumático psicológico e sintomas neurocognitivos relacionados à lesão cerebral traumática não são mutuamente excludentes e podem ocorrer de forma concomitante. Sintomas como cefaleias, tontura, sensibilidade a luz ou som, irritabilidade, *déficits* de concentração podem ocorrer em pessoas com e sem lesão cerebral, incluindo indivíduos com TEPT. Na medida em que os sintomas de TEPT e os sintomas cognitivos relacionados à lesão cerebral traumática podem se sobrepor, um diagnóstico diferencial entre TEPT e sintomas de transtorno neurocognitivo atribuíveis a LCT pode ser possível com base na presença de sintomas distintos de cada apresentação. Enquanto a revivência e a evitação são características do TEPT, e não efeitos de LCT, a desorientação e a confusão persistentes são mais específicas de LCT (efeitos neurocognitivos) do que de TEPT.

2.3 PREVALÊNCIA

O diagnóstico de TEPT foi um recurso básico do corpo médico dos Estados Unidos durante as guerras do Iraque e Afeganistão, pois 20% dos soldados sofreram de TEPT (SELIGMAN, 2011). Reinherz *et al* (1993) observou uma prevalência do 6,3% entre adolescentes, sem que tal prevalência se modificasse com o nível socioeconômico, uma vez que era similar tanto nas classes mais diferenciadas quanto nas menos favorecidas. Estima-se que o TEPT afete até 25% dos indivíduos que foram expostos a eventos traumáticos (GREEN, 1994).

Pesquisas de Helzer *et al* (1987) e Kessler *et al* (1995) apontam que a prevalência do TEPT na população geral ao longo da vida é aproximadamente de 1 a 4%. Kessler *et al* (1995) relataram que as taxas de prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático são de 5 e 10%, respectivamente, em homens e mulheres americanos. Outros autores encontraram índices mais elevados de prevalência do TEPT em função do gênero, relatando índices de 7,6% e 19,4% em homens e mulheres respectivamente (BROMET, SONNEGA & KESSLER, 1998).

Corroborando esse dado relativo ao gênero, resultados de pesquisas de Foa e Street (2001) sugerem que as mulheres possuem uma prevalência duas vezes maior ao longo da vida do que os homens, mesmo quando enfrentando várias situações/exposições estressantes similares. Estudos posteriores (KESSLER *et al*, 2005) demonstram uma prevalência estimada de TEPT ao longo da vida de 6,8%. Estudos recentes da prevalência do TEPT têm demonstrado que este é o quarto distúrbio psiquiátrico mais comum, afligindo em média 10,3% dos homens e 18,3% em mulheres em algum momento de suas vidas.

Com relação à prevalência de TEPT em pessoas que passaram por traumas relacionados a guerras ou terrorismo, pesquisas internacionais encontraram 33% de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em vítimas civis israelenses (SHALEV, 1992); 23% de TEPT em vítimas do terrorismo na Irlanda do Norte (LOUGHREI, 1988); 18% de TEPT em vítimas de atentados na França de 1982 a

1987 (ABENHAIM, 1992) e o número alarmante de 54% de incidência do Transtorno por Estresse Pós-Traumático nas vítimas de terrorismo e de tortura (WEISAETH, 1989).

De acordo com o DSM-V (2013), nos Estados Unidos, o risco ao longo da vida projetado para TEPT usando critérios do DSM-IV (1994), aos 75 anos de idade é de 8,7%. A prevalência em 12 meses entre adultos norte americanos é de aproximadamente 3,5%. Estimativas menores são vistas na Europa e na maioria dos países da Ásia, da África e da América Latina, agrupando-se em tomo de 0,5 a 1,0%. Comparados a brancos norte-americanos não latinos, taxas maiores do transtorno foram relatadas entre latinos norte-americanos, afro-americanos e nativos americanos, e taxas menores relatadas entre americanos asiáticos, depois de ajustes por exposição traumática e variáveis demográficas. Apesar de grupos distintos terem níveis diferentes de exposição a eventos traumáticos, a probabilidade condicional de desenvolver TEPT depois de um nível semelhante de exposição pode variar entre os grupos culturais. As taxas mais altas (desde um terço a mais da metade dos expostos) são encontradas entre sobreviventes de estupro, combate e captura militar, em sobreviventes de campo de concentração e genocídio com motivação étnica ou política.

O DSM-V (2013) explicita que a prevalência do TEPT pode variar de acordo com o desenvolvimento. Crianças e adolescentes, incluindo crianças em idade pré-escolar, geralmente têm exibido uma prevalência menor depois da exposição a eventos traumáticos graves; entretanto, esse fato pode se dever às informações insuficientes, nos critérios prévios, quanto ao desenvolvimento. A prevalência de TEPT completo também parece ser menor entre adultos mais velhos comparados à população em geral, havendo evidências de que apresentações subclínicas são mais comuns do que TEPT completo na velhice e de que esses sintomas estão associados a um prejuízo clínico substancial.

2.4 COMORBIDADES

A coexistência de transtornos psiquiátricos com o TEPT é intrigantemente alta. Dados recentes de um levantamento nacional americano sobre comorbidades indicam que há prevalência comórbida de pelo menos outro transtorno em 88,3% dos homens e 79% das mulheres, sendo mais comuns o alcoolismo e o abuso de outras substâncias psicoativas, depressão e distimia, transtornos de conduta, transtornos de ansiedade (transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, fobias) e mania (KESSLER *et al*, 1995).

Pacientes com TEPT teriam probabilidade três vezes maior de apresentar sintomas de somatização e probabilidade duas vezes maior de apresentar outro transtorno e maior risco para Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), transtorno maníaco depressivo (incluído o episódio depressivo maior e/ou maníaco) e abuso de substâncias psicoativas. Outro estudo nacional epidemiológico americano encontrou prevalência comórbida em 80% das pessoas com TEPT (HELZER, ROBINS & MCEVOY, 1987). O DSM-V (2013) corrobora esses dados, relatando que indivíduos com TEPT são 80% mais propensos do que aqueles sem o transtorno a ter sintomas que satisfazem os critérios diagnósticos de pelo menos um outro transtorno mental (p. ex., transtornos depressivos, bipolares, de ansiedade ou por uso de substância), sendo os transtornos por uso de substância e o transtorno da conduta comórbidos mais comuns no sexo masculino do que no feminino. Em uma amostra de policiais militares brasileiros atendidos em ambulatório, Câmara Filho (1999) encontrou a presença de transtorno comórbido em 53,3% dos pacientes com TEPT, destacando a depressão e o alcoolismo.

De acordo com os estudos deste autor, as patologias comórbidas mais frequentes nos policiais pesquisados são: transtornos de humor, especialmente depressão em 46% a 51% dos casos; abuso/dependência de substâncias psicoativas em 27% a 80%; transtornos de ansiedade em 29% a 56,1% dos casos; transtorno obsessivo-compulsivo em 13% dos casos. Entre militares e veteranos de combate norte-americanos enviados para as guerras recentes no Afeganistão e no Iraque, a concomitância de TEPT e Lesão Cerebral Traumática (LCT) branda é de 48% (DSM-V, 2013). Saxe *et al.* (1993) encontraram TEPT em 90% dos pacientes com quadros dissociativos internados em hospital psiquiátrico. Estudos entrevistando pessoas com TEPT constataram que aproximadamente 80% delas apresentavam outro diagnóstico psiquiátrico, comparado com 30% a 44,3% dos indivíduos sem TEPT (HELZER & MCEVOY, 1987).

As pessoas que inicialmente configuram o TEPT podem desenvolver o TEPT crônico, que apresenta risco três vezes maior para manifestação de comorbidades como transtorno depressivo, transtorno somatoforme e transtorno de pânico. As dores crônicas são também possíveis comorbidades decorrentes dos traumas psicológicos e esta relação é ainda pouco conhecida.

Estudos recentes publicados no *Current Pain Headache Repport* mostram associações significativas entre TEPT e dores crônicas como cefaleia e fibromialgia (PERES, 2009), assim como entre TEPT e transtorno neurocognitivo maior (declínio cognitivo significativo) e alguns sintomas sobrepostos entre esses transtornos (DSM-V, 2013). Ao se comparar os critérios diagnósticos do TEPT com, por exemplo, os do transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico ou depressão, nota-se que eles compartilham entre si vários sintomas como insônia, diminuição da concentração, irritação, isolamento, desinteresse, pessimismo especificamente na depressão e no TEPT (os próprios sintomas relacionados à constrição afetiva e ao distanciamento emocional confundem-se com o humor depressivo), hiperexcitação autonômica, reações de sobressalto especificamente nos transtornos ansiosos e no TEPT.

A ansiedade está invariavelmente presente no Transtorno de Estresse Pós-Traumático. É importante estar atento às diferentes formas de resposta do indivíduo aos eventos estressores, uma vez que algumas pessoas podem desenvolver reação aguda ao estresse e/ou TEPT, enquanto outras podem apresentar, por exemplo, crises de pânico ou depressão. Dentre os diversos motivos para as elevadas taxas de comorbidade nas pessoas com TEPT podem ser destacados os diagnósticos errôneos e tardios, o aumento do risco para a ocorrência de TEPT em função de história prévia de outra doença mental (depressão e ansiedade, por exemplo, são fatores de risco) e a relação entre TEPT e elevado risco de desenvolvimento de outros transtornos.

As elevadas taxas de comorbidades podem diminuir as chances de um diagnóstico do TEPT já que quadros mais conhecidos são diagnosticados primeiramente. Os estudos na área propõem que o TEPT e suas comorbidades sejam entendidos como um "complexo efeito somático cognitivo afetivo comportamental de um trauma psicológico".

Apesar de a história de trauma ser comum na população em geral, o TEPT ainda é subdiagnosticado e, enquanto não se tratar do TEPT como diagnóstico primário, não será possível cuidar das demais morbidades. O diagnóstico diferencial com outras patologias faz com que, muitas vezes, os sintomas de pessoas com TEPT não sejam reconhecidos e permaneçam sem o tratamento adequado, com agravamento do quadro, vivência de incompreensão e vergonha diante do desajustamento sentido. Isso evidencia a necessidade de se treinarem as equipes de saúde para o diagnóstico comum e o diagnóstico do estresse pós-traumático e suas respectivas comorbidades. O diagnóstico correto e o tratamento adequado poderão melhorar o atendimento às pessoas vitimadas por eventos traumáticos.

2.5 FATORES DE RISCO

Ainda que o agente etiológico do TEPT seja perfeitamente conhecido, um evento traumático de natureza extrema por si só não é suficiente para desencadeá-lo. A exposição a um incidente crítico pode levar algumas pessoas a vivenciarem apenas um estresse emocional intenso, cujo somatório de fontes externas e internas é mediado pelas estratégias individuais de enfrentamento e vulnerabilidades ao estresse e não necessariamente apresentarem sintomas de um Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993), o Transtorno de Estresse Pós-Traumático seria uma reação normal a um acontecimento anormal em que o evento estressor seria a causa exclusiva do Transtorno e esse estado mórbido poderia ocorrer facilmente a qualquer pessoa porque um estresse de tal magnitude seria traumático para qualquer indivíduo.

Na contramão do proposto pela CID-10 (OMS, 1993) com relação à ênfase no evento estressor para o desenvolvimento do TEPT, a literatura, com base no DSM-IV-TR (2002), já tinha sugerido que o desenvolvimento do TEPT não depende somente da gravidade do trauma em si, parecendo evidente que as experiências subjetivas são, no mínimo, tão importantes como as características objetivas do trauma. Isso porque, em muitas ocasiões, a maioria dos indivíduos expostos ao trauma não desenvolve nenhum transtorno, pelo que se poderia afirmar que o acontecimento traumático seria necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. O DSM-V (2013) mantém a ênfase em fatores subjetivos para o desenvolvimento do TEPT e estabelece os principais fatores de risco ao transtorno, dividindo-os em pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos.

Fatores pré-traumáticos

Temperamentais: problemas emocionais na infância até os 6 anos de idade (p. ex., exposição traumática pregressa, problemas de ansiedade ou externalizações) e transtornos mentais prévios (p. ex., transtorno de pânico, transtorno depressivo, TEPT ou transtorno obsessivo compulsivo).

Ambientais: *status* socioeconômico mais baixo; grau de instrução inferior; exposição anterior a trauma (especialmente durante a infância); adversidades na infância (p. ex., privação econômica, disfunção familiar, separação ou morte dos pais); características culturais (p. ex., estratégias de enfrentamento pessimistas ou de autoacusação); inteligência inferior; status de minoria racial/ étnica e história psiquiátrica familiar. O apoio social antes da exposição ao evento é protetor.

Genéticos e fisiológicos: gênero feminino e idade mais jovem no momento da exposição ao trauma (para adultos). Alguns genótipos podem ser ou protetores, ou promotores do risco de desenvolver TEPT depois da exposição a eventos traumáticos.

Fatores peritraumáticos

Ambientais: envolve a gravidade (dose) do trauma, ou seja, quanto maior a magnitude do trauma, maior a probabilidade de TEPT; ameaça percebida à vida; lesão pessoal; violência interpessoal, particularmente trauma perpetrado por um cuidador ou envolvendo uma ameaça presenciada a um cuidador em crianças e, para indivíduos militares, ser um perpetrador,

testemunhar atrocidades ou matar o inimigo. Por fim, a dissociação que ocorre durante o trauma e persiste subsequentemente é um fator de risco.

Fatores pós-traumáticos

Temperamentais: avaliações negativas, estratégias de enfrentamento inapropriadas e desenvolvimento de transtorno de estresse agudo.

Ambientais: exposição subsequente a lembranças desagradáveis repetidas, eventos de vida adversos subsequentes e perdas financeiras ou outras perdas relacionadas ao trauma. O apoio social, incluindo estabilidade familiar para as crianças, é um fator protetor que modera a evolução depois do trauma.

A teoria do processamento cognitivo sugere que eventos traumáticos produzem mudanças na avaliação de pensamentos e crenças. Schnurr, Lunney e Sengupta (2004) concluíram que o risco para o desenvolvimento e para a manutenção do TEPT estão relacionados ao processamento cognitivo que ocorre antes, durante e após um evento traumático. A falha na recuperação das recordações autobiográficas está relacionada, primeiramente, aos fatores que ocorrem durante e após o evento. O risco para o desenvolvimento do TEPT varia, então, de acordo com o número de cognições pré, peri e pós-traumáticas. Dos modelos que se tem proposto para o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, com base na teoria do processamento cognitivo, Foa *et at* (1995) também propõem componentes pré, peri e pós-traumáticos predisponentes do TEPT:

1. fatores constitucionais e de predisposição pessoal: as variáveis sociodemográficas - sexo, idade, raça, nível socioeconômico, estado civil e os fatores de ajuste emocional pré-mórbido - depressão, ansiedade, história psiquiátrica prévia, estresse, experiências prévias. Esses fatores poderiam influenciar os esquemas (estruturas de cognição com significado) prévios de pensamento e consciência que a pessoa tem sobre sua segurança, perigo e vulnerabilidade. Os esquemas não são nunca adaptativos ou mal-adaptativos, sendo classificados assim com relação a um contexto específico. Assim os esquemas evoluem para facilitar a adaptação da pessoa ao ambiente no qual está inserida. No processamento cognitivo pré-traumático estão incluídas as crenças prévias ao evento estressor traumático. Crenças muito rígidas prévias ao trauma – tanto negativas quanto positivas – sobre o *self* e o mundo tornam os indivíduos mais vulneráveis a desenvolver o transtorno (FOA & ROTHBAUM, 1998). Modelos cognitivos como o de Foa e colaboradores (1999) sustentam que o TEPT é mantido basicamente por dois tipos de crenças negativas: pensamentos extremos sobre a periculosidade do mundo e sobre o *self* como incompetente;

2. componente circunstancial: vinculado às lembranças do acontecimento traumático, às relações entre a vítima e o agente causal, à percepção de risco de vida. O impacto do trauma produz uma desorganização intrapsíquica caracterizada pela incapacidade de processar adequadamente as intensas emoções de medo, raiva, ansiedade e as lembranças traumáticas. São caracterizadas por um senso de que as coisas não são reais (irrealização), alteração no sentido do tempo e sensações de desconexão com o *self* (despersonalização). Os sentimentos são semelhantes a como se a pessoa estivesse assistindo a um filme de si mesma, porque o evento é uma descrição comum da experiência de dissociação (OZER & WEISS, 2004). Segundo os autores, esse tipo de dissociação e a probabilidade de desenvolver TEPT estão altamente relacionadas e, inclusive, alguns pesquisadores têm conseguido comprovar que a dissociação peri-traumática é preditora de TEPT (OZER & WEISS, 2004)

3. processamento psíquico pós-traumático: as reações imediatas, tais como pavor, medo, depressão, desespero, o esquema de superação do trauma que apresenta a vítima, os efeitos posteriores de evitação e a persistência de outros sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Influenciam ainda nesse terceiro elemento (pós-traumático) as sensações de ameaças do entorno, os sentimentos de culpa, a autorreprovação do que possa ter feito durante a experiência traumática e o suporte social que recebe depois. Particularmente, crenças e pensamentos relacionados ao evento estressor traumático podem predizer o desenvolvimento do TEPT. Por essa razão, a avaliação das cognições pós-traumáticas é importante na identificação daqueles indivíduos que, após a experiência de um evento estressor, apresentam risco elevado para o desenvolvimento do TEPT.

Pesquisas apontam que indivíduos com sentimento de insegurança, falta de controle pessoal e alienação aos outros têm maior probabilidade de vivenciar elevados níveis de depressão e sintomas de TEPT subsequentes à exposição a eventos traumáticos. Pessoas incapazes de confiar nos outros, sensíveis à rejeição sentem-se facilmente feridas e possuem dificuldade em fazer amigos, experimentando níveis mais elevados de sofrimento que seguem a um evento potencialmente traumático. Meta-análises revelam também como preditores de TEPT a fragmentação do núcleo familiar, baixo grau de instrução e prévio histórico de internação psiquiátrica (PERES, MERCANTE & NASELLO, 2005).

Com relação às variáveis demográficas, estudos mostram que faixas etárias mais jovens e do sexo feminino têm se mostrado mais propensas ao risco para TEPT crônico; os idosos apresentam maior probabilidade de desenvolverem o TEPT devido aos mecanismos mais rígidos de enfrentamento para lidarem com as experiências traumáticas e as crianças pequenas ainda não possuem mecanismos de enfrentamento adequados para lidarem com estressores extremos e se tornam mais vulneráveis ao TEPT (BRESLAU *et al*, 1998). Cerca de 80% das crianças que sofrem uma queimadura extensa mostram sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático um a dois anos após o ferimento. Os eventos traumáticos que podem desencadear o TEPT podem ocorrer em qualquer momento da vida de uma pessoa.

As pesquisas de Major *et al* (1997) mostram que conflitos pré-existentes nos relacionamentos significativos podem afetar negativamente a recuperação do trauma, particularmente naqueles que são motivados a obter o suporte dos outros para lidar com as consequências do estresse grave. Histórico familiar de psicopatologia, vinculações inseguras, histórico de estresse, exposição subsequente a fatores ambientais reativadores e reação inicial do indivíduo ao trauma (estresse agudo) exercem influência no desenvolvimento do TEPT. Um alto grau de excitação psicofisiológica no estado agudo do trauma também se associa ao risco elevado de TEPT crônico (YEHUDA, MCFARLANE & SHALEV, 1998). Geralmente, os sintomas de excitação impactam negativamente as tentativas dos indivíduos para voltarem à rotina diária e afetam a capacidade de descansar e dormir, aumentando a atividade cardíaca basal, o que agrava ainda mais os níveis de estresse e excitação. Isto sugere que intervenções precoces devem focar na hiperexcitação das vítimas dos traumas com treinamento em métodos de alívio de ansiedade e gerenciamento do estresse para quem vai prestar ajuda ao vitimado.

Devido a estas diferenças individuais em relação ao mesmo estímulo (estressor traumático), é difícil predizer quais as pessoas que reagirão negativamente, dessa ou daquela maneira, ante um acontecimento em particular. Ainda que a chave para compreender a base científica e a expressão clínica do Transtorno de Estresse Pós-Traumático seja o conceito de "trauma", o aspecto subjetivo do fenômeno do TEPT é muito presente.

O significado emocional do "estressor" para o indivíduo com Transtorno de Estresse Pós-Traumático engloba todo o seu universo subjetivo. Essa subjetividade é evidenciada pelo fato de que somente passar por uma situação extremamente estressante não determina a ocorrência de TEPT. Ballone (2002) e Scarpato (2004) afirmam que apesar de algumas situações serem mais traumáticas que outras, a severidade e a cronicidade (persistência) dos sintomas não são proporcionais apenas à magnitude do acontecimento, mas, sobretudo, ao grau de vulnerabilidade da vítima, composto pela sensibilidade afetiva da vítima e pela sua inclusão em grupos de risco como militares, policiais e determinados profissionais de especial relevância.

Reforçando esta ideia, Kapczinski e Margis (2003) consideram que diferentes aspectos estão envolvidos neste transtorno como a natureza do evento traumático, o número de exposições, a vulnerabilidade do indivíduo, a reação deste frente ao estressor, a rede de apoio após o evento, dentre outros. De acordo com Scarpato (2004), o significado que um indivíduo atribui ao trauma depende da sua história singular de agressões e estresses em sua vida e com isso, cada um associa o evento agressivo atual a experiências específicas de seu passado, o que pode determinar os limites entre o assimilável e o excessivo. A exposição anterior a um trauma é um indicador de risco para TEPT crônico. Em particular, uma história de exposição à violência interpessoal, na infância ou na idade adulta, aumenta substancialmente o risco de exposição crônica à TEPT. A hipótese é de que a história de trauma prévio sensibiliza vítimas ao estressor novo, potencializando seu impacto. A avaliação da história do trauma é essencial para melhorar os esforços de intervenção precoce. Embora haja aspectos subjetivos da exposição traumática, este transtorno pode também se desenvolver em indivíduos sem quaisquer condições predisponentes se o estressor for especialmente extremo como estupro, tortura, genocídio e intenso estresse de zona de guerra, pois estes são eventos experimentados como traumáticos por quase a totalidade das pessoas.

Seligman (2011) descreve um estudo que acompanhou 5.410 soldados ao longo de suas carreiras militares de 2002 a 2006. Nesse período, 395 soldados receberam o diagnóstico de TEPT. Avaliações anteriores demonstraram que mais da metade deles já estava na faixa mais baixa de 15% nas estatísticas de saúde mental e física, o que, segundo Seligman (2011) demonstra que as pessoas que estão em más condições psicológicas têm maior risco de desenvolver TEPT do que pessoas psicologicamente aptas. O TEPT, portanto, mostra-se como uma reação vivencial anormal diante de um acontecimento também anormal e inclui uma complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

2.6 FATORES DE PROTEÇÃO

Embora existam algumas diferenças qualitativas significativas em como as pessoas traumatizadas e não traumatizadas processam e categorizam suas experiências, alguns estudos buscam descobrir o que faz alguns indivíduos submetidos aos mesmos eventos estressores desenvolverem patologias e outros não, verificando os fatores preditores de resultados positivos diante de uma situação traumática.

Para tanto é preciso refletir sobre a relação entre as dinâmicas psicológicas individuais e a maneira como os eventos traumáticos são processados. Pesquisas mostram que a grande maioria das pessoas expostas a eventos traumáticos não desenvolve TEPT, sugerindo que a resistência emocional média das pessoas é elevada. A ênfase das pesquisas tem se deslocado dos fatores puramente externos para os fatores internos/subjetivos das pessoas. É fato que não se pode fazer

um diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático sem a existência do evento estressor traumático. Porém a experiência clínica com o diagnóstico do TEPT tem mostrado que há diferenças individuais com referência à capacidade de enfrentar o estresse traumático, de modo que, enquanto algumas pessoas expostas a eventos catastróficos não desenvolvem Transtorno de Estresse Pós-Traumático, outras prosseguem para o desenvolvimento da sintomatologia completa. Tais observações comprovam que o trauma, como a dor, não é fenômeno externo que possa ser completamente objetivado, pois a experiência traumática é filtrada por meio de processos cognitivos e emocionais.

Devido às diferenças individuais neste processo de avaliação, pessoas diferentes parecem ter diferentes limiares de trauma, algumas mais protegidas e outras mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas clínicos depois de exposição a situações extremamente estressantes.

Resiliência

Pessoas mais protegidas ao impacto de um evento traumático possuem maior resistência psicológica à pressão e a reações de estresse, grande capacidade de vencer dificuldades ainda que impactantes e traumáticas, sendo capazes de se recuperar a partir de uma experiência traumática. A resistência ao estresse é relativa e não absoluta, variando ao longo do tempo e de acordo com as circunstâncias, portanto não é uma qualidade fixa (RUTTER,1985). Essa capacidade é chamada de resiliência e corresponde a um processo que liga um conjunto de recursos individuais ou capacidades adaptativas a uma trajetória positiva de funcionamento e adaptação após um distúrbio.

Trata-se de um processo interativo entre o indivíduo e seu meio, sendo uma variação individual no que se refere a respostas ao risco, de maneira que os mesmos fatores causadores de estresse podem ser vivenciados de diversos modos por diferentes pessoas. Alguns estudos mostram que existem **fatores individuais associados à resiliência** como **enfrentamento, afeto positivo, pensamento positivo, controle do comportamento, altruísmo** e alguns fatores familiares como **comunicação entre os membros da família, suporte emocional, intimidade, cuidados parentais**. Em um estudo realizado em 2003, a resiliência e os fatores de ajustamento que se seguiram aos eventos estressores foram mediados pela experiência de emoções positivas, tais como solidariedade, gratidão, interesse e amor (FREDRICKSON, TUGADE, WAUGH, & LARKIN, 2003).

A resiliência envolve comportamentos, pensamentos e ações que podem ser aprendidos e desenvolvidos em qualquer pessoa, o que denota grande possibilidade de ação preventiva na área do TEPT, pois existem maneiras de promovê-la com foco nos aspectos sadios do desenvolvimento humano, aumentando assim a capacidade do indivíduo de superação das adversidades e prevenindo transtornos mentais (WOLFF, 1995). A resiliência é um processo que se consolida dia após dia, sobretudo, diante circunstâncias atípicas, inusitadas, inesperadas e potencialmente ameaçadoras. Indivíduos que nunca sofreram ameaça significativa não podem ser considerados resilientes. O entendimento da resiliência conduz à observância de atitudes resilientes, as quais envolvem **aprendizagem positiva das experiências, autoestima, autoconfiança e tranquilidade** (PERES, MERCANTE & NASELLO, 2005).

Em nível familiar, a promoção de resiliência pode ocorrer por meio do estímulo à coesão e ao apoio mútuo a fim de que a união familiar amorteça o impacto do estresse traumático sobre seus membros e em nível individual por meio do incremento da capacidade do indivíduo para

lidar com o estresse traumático por meio de estratégias adaptativas como comportamentos de proteção, controle das respostas fisiológicas ou procura ativa por apoio social (FRIEDMAN, 2009).

A Psicologia Positiva nos mostra que é possível ajudar o indivíduo a identificar seus pontos fortes e utilizá-los em proveito próprio, pois, quando as pessoas trabalham a partir de sua maior força em vez de tentar remediar pontos fracos, elas fazem melhor. Pessoas mais resilientes podem sair de um evento traumático até mais fortalecidas do que antes da sua ocorrência. Há um número significativo de pessoas que apresenta depressão e ansiedade após uma adversidade extrema e chegam a um nível de funcionamento psicológico superior ao anterior ao trauma ("o que não me mata me fortalece" – Nietzsche), o denominado crescimento pós-traumático.

De acordo com os resultados de uma pesquisa de Seligman (2011), indivíduos que haviam passado por um evento terrível demonstravam mais forças pessoais do que pessoas que nunca tinham passado por um trauma, assim como indivíduos que tinham vivido dois eventos terríveis eram mais fortes do que os que tinham vivido um e os que tinham vivido três eventos traumáticos eram mais fortes do que os que viveram dois. O trauma cria condições próprias para o crescimento. Após uma "tragédia" ocorre, na maior parte das vezes, uma significativa transformação pessoal caracterizada pela valorização da ideia de se estar vivo, pela ação a partir de novas possibilidades, pelos relacionamentos melhorados e pelo aprofundamento espiritual (SELIGMAN, 2011).

A aprendizagem das competências relacionadas à resiliência é de suma importância. O modelo ABCDE de Albert Ellis (SELIGMAN, 2011) nos mostra que as consequências emocionais, ou seja, emoções ou ações geradas pelos pensamentos do indivíduo (C) não derivam diretamente das adversidades (A), mas, sim, das crenças do indivíduo sobre as adversidades (B), ou seja, a adversidade não desencadeia diretamente a emoção.

É importante o indivíduo ser capaz de identificar pensamentos específicos que mobilizam determinadas emoções, como, por exemplo, pensamentos sobre transgressão que mobilizam raiva, pensamentos sobre perda que mobilizam tristeza, pensamentos sobre perigo que mobilizam ansiedade e medo. O foco da intervenção neste ponto deve ser encontrar as "armadilhas do pensamento" que são crenças limitantes e arraigadas, funcionando como *icebergs* (p.ex: "pedir ajuda é sinal de fraqueza", "homem não chora"), que levam a reações emocionais desajustadas.

Identificado o *iceberg* (crença limitante) que está mobilizando uma emoção desproporcional, o indivíduo deve se perguntar se aquela crença continua a ser significativa para ele, se ela é correta em dada situação, se é excessivamente rígida essa crença e se ela é útil. Descobertos os *icebergs*, é o momento de minimizar o pensamento catastrófico. É preciso aprender a **avaliar realisticamente o pensamento** relativo à catástrofe, colocando-o em perspectiva para poder visualizar o pior caso, o melhor caso e o mais provável. Identificada a consequência mais provável, é preciso desenvolver um plano para enfrentar a situação. Seligman (2011) propõe três estratégias para desafiar as crenças catastróficas: reunir evidências, usar de otimismo e colocar os fatos em perspectiva. O indivíduo que passou pelo trauma desenvolveria as habilidades de considerar uma coisa de cada vez, dominar a situação e assumir a responsabilidade apropriada.

3 CONHECENDO AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DO TEPT

3.1 VISÃO GERAL DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PRIMÁRIA

Embora algumas vítimas sejam capazes de lidar com incidentes críticos e depois voltar a uma rotina diária normal, muitas pessoas não possuem essa capacidade e várias intervenções têm sido desenvolvidas para evitar comprometimento da saúde mental de um indivíduo, ainda que o sucesso de uma intervenção preventiva seja variável tendo em vista os fatores individuais predisponentes ao desenvolvimento do TEPT.

Somente nos anos setenta uma série de desastres levou à identificação de que pessoas dos serviços de emergência, salvamento e saúde envolvidas no incidente crítico, ainda que indiretamente, estavam em risco significativo de desenvolvimento do TEPT. Segundo Everly e Mitchell (1999), indivíduos podem experimentar eventos como vítimas diretas (vítimas primárias) ou como testemunhas desses atos dolorosos à medida que ocorrem na vida de outras pessoas (vítimas secundárias). Mais recentemente foi reconhecido que pessoas que têm uma responsabilidade significativa formalmente ou informalmente sobre a vida de outras pessoas estão expostas a níveis elevados de estresse quando algum incidente crítico acontece.

Levando-se em conta a ocorrência de incidentes críticos inerentes a determinadas atividades profissionais, a prevenção do TEPT depende, dentre outras coisas, da adoção de uma série de medidas no âmbito do contexto de trabalho em que o indivíduo está inserido. O profissional precisa receber suporte e apoio psicológico após a ocorrência do evento a fim de que possa haver uma contribuição para uma possível amenização dos danos causados pelo trauma e esse processo deve abarcar não somente o profissional envolvido em um incidente crítico, mas a organização como um todo. A esse respeito, o manual do Ministério da Saúde é enfático ao dizer que a prevenção do estresse pós-traumático relacionado ao trabalho envolve uma complexa rede de medidas de prevenção de acidentes, segurança e promoção de condições de trabalho, incluindo condições organizacionais de trabalho que respeitem a subjetividade dos trabalhadores (BRASIL, 2001).

Diferentes abordagens teóricas têm sido empregadas numa tentativa de explicar as implicações do processamento cognitivo da experiência traumática para o desencadeamento, a manutenção e o agravamento dos sintomas traumáticos. As intervenções em incidentes críticos têm avançado em três etapas: as abordagens tradicionais individuais de intervenção, os *debriefings* psicológicos de grupo e, mais recentemente, os modelos de gestão de estresse em incidente crítico baseados em uma proposta de multicomponentes. Abordagens de intervenção em incidentes críticos focam na prevenção primária através da intervenção precoce para evitar a formação de padrões comportamentais e cognitivos mal adaptativos que possam prejudicar a vítima severamente por um longo período de tempo.

Para alcançar este objetivo, os procedimentos de intervenção se concentram em voltar a vítima a um nível adaptativo de funcionamento independente (EVERLY & MITCHELL, 1999). De acordo com os estudos de Soares e Lima (2003), na prevenção do TEPT, quando não há outro quadro associado como depressão ou outro transtorno de ansiedade, são indicadas, exclusivamente, intervenções não farmacológicas. Essas intervenções podem ser indicadas imediatamente após o evento ou dentro de curto intervalo de tempo e podem ser desde procedimentos mais simples, como uma única entrevista, até intervenções psicoterápicas mais complexas.

As intervenções mais utilizadas na prevenção do TEPT, segundo os autores, são: 1. aconselhamento com enfoque em medidas adaptativas e não no trauma propriamente dito por meio da identificação das crenças pessoais sobre o evento traumático e expectativas sobre a resolução do problema; implicação do sujeito no processo de mudança; transmissão de uma nova perspectiva sobre o problema, informação personalizada e auxílio no desenvolvimento de estratégias para lidar com o trauma; realizada geralmente em uma ou mais sessões individualmente; 2. *debriefing* psicológico, intervenção breve que consiste na discussão sobre o evento estressor e "normalização" das reações psicológicas associadas, realizada geralmente em uma única sessão e em grupo; 3. terapia breve na abordagem cognitivo-comportamental com foco no alívio dos sintomas e promoção de resiliência por meio de técnicas como exposição imaginária; exposição real; exposição prolongada; terapia de imagens; reestruturação cognitiva.

O TEPT com frequência pode ser visto mais como uma exacerbação de sintomas preexistentes de ansiedade e depressão do que uma primeira ocorrência. Essas descobertas sustentam a proposta de Seligman (2011) de treinamento em resiliência para soldados norte-americanos denominado "Programa de Aptidão Abrangente para Soldados", partindo do princípio de que fortalecer psicologicamente os soldados antes do combate pode prevenir alguns casos de TEPT.

O propósito do treinamento em resiliência era tornar os soldados psicologicamente "aptos". Este treinamento consistia em capacitar em resiliência sargentos do exército americano, os quais treinariam os soldados que seriam comparados com um grupo de controle. A proposta de Seligmam (2011) era mudar o foco na patologia da depressão, ansiedade, suicídio e TEPT na direção da resiliência e crescimento com o intuito não só de prevenir TEPT como ajudar os soldados a se recuperarem da adversidade. Os estudos científicos da Psicologia Positiva mostram que a resiliência, assim como a gratidão, a descoberta do sentido de vida e das próprias forças pessoais, formas de engajamento, relacionamentos positivos e emoções positivas também podem ser "ensinados" pela chamada "educação positiva".

A primeira etapa do Programa consistiu na aplicação do Instrumento de Avaliação Global (IAG) confidencial para medir o bem-estar psicossocial dos soldados quanto à aptidão emocional (usar as emoções para nosso maior benefício, identificar reações emocionais negativas, desenvolver mais emoções positivas que funcionam como produtoras de recursos); social (promover, engajar e sustentar relacionamentos sociais positivos, ênfase na empatia); familiar (aumentar a confiança, manter a amizade e a intimidade matrimonial, produzir e manter um relacionamento positivo com os filhos) e espiritual (buscar o autoconhecimento, a ação correta e o propósito de vida), avaliando forças e fraquezas, aspectos positivos e negativos, com alguns itens relativos à armadilha do pensamento cognitivo, chamada de "catastrofização" (ex.: "quando coisas ruins acontecem comigo imagino que mais coisas ruins acontecerão", "não tenho controle sobre as coisas que acontecem comigo", "reajo ao estresse tornando as coisas piores do que já estão").

Após a avaliação, cada soldado recebe um *feedback* a respeito de sua pontuação e seu perfil, junto com recomendações sobre que curso deve fazer, havendo um treinamento *online* imediato para melhorar a aptidão do soldado em cada campo, assim como um curso sobre crescimento pós-traumático para todos os soldados. O instrumento é aplicado anualmente, desde o momento de recruta até o retorno à vida civil, sendo os perfis psicológicos analisados com os resultados médicos e de desempenho.

Conforme a aptidão emocional cresce, os sintomas de TEPT diminuem e os custos com saúde também. A proposta do Programa de Aptidão Abrangente para soldados é aumentar a resiliência e promover o crescimento pós-traumático, exercendo um efeito preventivo sobre o TEPT. O otimismo e a gratidão são grandes colaboradores para o crescimento pós-traumático, segundo a Psicologia Positiva.

De acordo com Seligmam (2011), há cinco elementos que reconhecidamente contribuem para o crescimento pós-traumático e podem ser tomados como estratégias de intervenção: 1. compreensão da reação ao trauma em si: crenças abaladas sobre o eu, os outros e o futuro, reação normal ao trauma, não sendo um sintoma de TEPT; 2. redução da ansiedade: técnicas para controlar imagens e pensamentos intrusivos; 3. autorrevelação construtiva: encorajar o indivíduo que passou pelo trauma a contar a história do trauma, pois é mais provável que a contenção do trauma conduza a uma piora dos sintomas físicos e psicológicos; 4. criação de uma narrativa do trauma: a narrativa deve ser guiada, havendo aflição e gratidão, vulnerabilidade e força simultaneamente. O indivíduo deve detalhar quais forças pessoas são mobilizadas, como alguns relacionamentos são aperfeiçoados, como a vida espiritual fortaleceu a valorização da própria vida; 5. articulação de princípios e posições globais na vida mais fortes frente ao desafio, incluindo novas maneiras de ser altruísta, aceitar o crescimento sem a culpa de ter "sobrevivido", criação de uma nova identidade como sobrevivente ao trauma.

Embora não haja um único modelo de intervenção, há algumas estratégias comuns à maioria dos modelos como: intervir imediatamente; ouvir os fatos do evento refletindo os sentimentos da vítima; ações diretas e de facilitação do apoio social com o propósito de estabilizar a situação atual para fornecer alívio sintomático e reduzir os altos níveis de excitação causados pelo estresse a fim de confortar a vítima, mobilizando os recursos necessários para responder à realidade com base em tarefas (RAPHAEL, 1986; ROBINSON & MITCHELL, 1993).

A vítima é encorajada a falar sobre o evento a fim de ventilar qualquer afeto associado à situação traumática com o propósito de obter uma perspectiva sobre a situação (RAPHAEL, 1986). Abordagens de intervenção têm sido usadas em uma variedade de configurações, geralmente com vítimas primárias e são comumente realizadas pelos profissionais de saúde e por pessoas treinadas em emergências e crise (ROBINSON & MITCHELL, 1993; WOLLMAN, 1993).

Na abordagem do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, as intervenções psicoterápicas e psicossociais indicadas tanto para prevenção como tratamento do transtorno têm tido enfoque especial. A atenção voltada às abordagens em questão baseia-se no fato de que nem todos os indivíduos submetidos a traumas importantes desenvolvem o transtorno, o que pode estar relacionado a uma resposta individual ao estressor ou a uma predisposição única daquele indivíduo.

3.2 *CRITICAL INCIDENT STRESS MANAGEMENT - CISM:* UM MODELO DE GESTÃO DE ESTRESSE EM INCIDENTES CRÍTICOS

Na evolução do processo de intervenção em crises, CISM representa uma nova geração de tecnologias de intervenção partindo de propostas univariadas para modelos multivariados de intervenção em incidentes críticos. Mais especificamente, CISM representa uma abordagem integrada, um programa abrangente de intervenção que envolve multicomponentes de uma

crise, desde o momento pré-crise, passando pela fase de crise aguda até a fase pós-crise (EVERLY & MITCHELL, 1999).

A abordagem CISM é considerada um dos mais abrangentes programas de prevenção de TEPT e foi projetada para mitigar o sofrimento psicológico agudo associado à crise psicológica que pode surgir a partir de atos violentos e para evitar ou atenuar a intensidade das sequelas pós-traumáticas adversas. A natureza programática de multicomponentes CISM está emergindo como um padrão internacional de atendimento e variações do modelo CISM foram adotadas e normatizadas por numerosas organizações e diversificadas em uma ampla variedade de locais de trabalho, incluindo a Força Aérea dos Estados Unidos (*United States Air force* - USAF); a Administração de Aviação Federal (*Federal Aviation Administration* - FAA); a Guarda Costeira dos Estados Unidos; o Serviço Secreto dos Estados Unidos (*Federal Bureau of Investigation* - FBI); o Serviço Americano de Álcool, Tabaco e Armas de Fogo (*The U.S. Bureau of Alcohol, Tobacco and Firearms* - ATF); a Associação dos Pilotos Comerciais (ALPA); a Polícia Nacional Sueca; a Associação Islandesa de Equipes de Resgate; a Marinha e o Exército Australianos; o Departamento de Saúde Mental de Massachusetts; dentre outros.

Na abordagem CISM, diversas medidas são adotadas para minimizar as reações de estresse apresentadas pelos profissionais envolvidos em um incidente crítico, para reativar as suas funções cognitivas e processos afetados pelo incidente, bem como recuperar a capacidade para o trabalho, envolvendo toda a organização. *Critical Incident Stress Management* é um sistema integrado de serviços e procedimentos cuja finalidade é garantir assistência e apoio psicológico a quem estiver envolvido em um incidente crítico, no que tange às repercussões dos indivíduos que sofreram um acontecimento traumático. O CISM deve ser utilizado como um programa global, sistema guarda-chuva que inclui sete elementos centrais (componentes básicos) integrados, de acordo com a *International Critical Incident Stress Foundation* - ICISF:

1. Formação de preparação pré-crise (tanto individual quanto organizacional): pode ser pensada como uma forma de "imunização psicológica" e tem como objetivo fortalecer as vulnerabilidades em potencial e reforçar a resistência psicológica em indivíduos sob risco de crises psicológicas ou traumatizações psicológicas. Um aspecto importante da preparação pré-incidente é o fornecimento de informações. Muitas crises e traumas resultam de uma violação das expectativas, e sendo assim, estabelecer expectativas realísticas serve para proteger contra presunções violadas. Este componente inclui o fornecimento de informações básicas sobre gestão de estresse ("educação para gerenciamento de estresse"), treinamento de resistência ao estresse e treinamento para redução de crises para os indivíduos e as organizações por meio do desenvolvimento de habilidades de enfrentamento (*coping*). Um exemplo de desenvolvimento de habilidades de enfrentamento é o treino de **inoculação do estresse**, uma técnica baseada na premissa de que os indivíduos podem afetar sua capacidade de lidar com o estresse, modificando suas crenças e autodeclarações sobre seu desempenho em eventos estressantes, ativando os recursos adequados de enfrentamento. A técnica pode permitir que as pessoas lidem com uma situação futura de forma mais eficaz, reduzindo a resposta ao estresse geral e fornecendo uma compreensão de que a reação ao estresse é uma reação fisiológica normal. O treino de inoculação do estresse inclui três fases: 1. preparação cognitiva; 2. aquisição de competências e ensaio; 3. aplicação prática de técnicas de enfrentamento.

2. Procedimentos de gerenciamento de crise em larga escala: a instrução para gerenciamento de crise denominada *Crisis Management Briefing* - CMB refere-se a uma intervenção em crise para indivíduos ou grupos grandes de até 300 pessoas por vez. O CMB é ideal para crises em escolas,

crises empresariais e industriais, violência comunitária e desastres em massa. As intervenções podem incluir desmobilizações, aconselhamento de *staff* e instruções para gerenciamento de crises após desastres de massa. A *desmobilização* é uma oportunidade para a "descompressão" psicológica temporária imediatamente após exposição ao incidente crítico. Esta técnica foi desenvolvida originalmente para uso por profissionais dos serviços de emergência. Os objetivos são de neutralizar e diminuir rapidamente a reação intensamente avassaladora causada pelo evento e para normalizar as reações. O **aconselhamento** de *staff* se refere ao fornecimento de consultas psicológicas para *staff* de comando (equipes de serviços de emergência, militares ou equipes de resposta a desastres), bem como profissionais de gerência em contextos industriais ou empresariais. Desmobilização e aconselhamento fornecem informação e permitem a melhora psicológica e a gestão do estresse, permitindo também que a equipe CISM avalie a necessidade de mais esclarecimento formal (*debriefing*).

3. Defusing (desarmamento): discussão breve pouco estruturada e mais superficial, em grupos pequenos, projetado para auxiliar na redução dos sintomas agudos a partir de um processo socioeducacional de intervenção após a retirada do incidente crítico por meio de intervenções curtas de descompressão ou desativação para os propósitos de avaliação, triagem e minimização dos sintomas agudos. Trata-se de uma sessão rápida, constituindo-se de uma intervenção até 24 horas após a ocorrência do incidente crítico por meio de uma entrevista breve onde não são abordados aspectos emocionais profundos. É importante estabelecer uma atmosfera de apoio mútuo. O Escritório Federal Suíço de Defesa Civil descreve *defusing* como "teoricamente, uma versão abreviada do *debriefing*". Em alguns casos, o *defusing* pode fazer muito em termos de fomentar o processo de "encerramento" depois de um incidente crítico. Pela abordagem CISM, a sessão inicial de ***defusing*** deve ser seguida da aplicação do *debriefing*.

4. Debriefing psicológico (relato psicológico): refere-se a uma discussão estruturada e mais aprofundada a partir da técnica ***C****ritical Incident Stress Debriefing* - CISD, em grupos pequenos e homogêneos, consistindo de 7 fases: 1. introdução, 2. fato; 3. pensamento; 4. reação; 5. sintomas; 6. ensino e 7. reentrada. Tem o propósito de mitigar sintomas agudos, avaliar a necessidade de acompanhamento, e se possível, dar uma sensação psicológica de encerramento pós-crise psicológica (MITCHELL & EVERLY, 1997). Uma das grandes utilidades do CISD parece ser a facilitação da reconstrução psicológica. É uma técnica coletiva com os envolvidos no evento traumático que deve ser implementada nas primeiras 24 a 72 horas após o incidente onde os fatos são rememorados e os participantes expressam seus sentimentos e pensamentos naquele momento e posteriormente os sintomas que apresentaram. Em desastres em massa o *debriefing* deve acontecer em torno de 3 semanas ou mais após o incidente. É chamado de sessão de relato psicológico e devido à sua estrutura, a sessão CISD deve levar entre 2 e 3 horas para ser completa. O componente CISD será por vezes implementado num momento subsequente à instrução de gerenciamento e ao desarmamento. São sessões grupais, detalhadas e em profundidade, realizadas depois de um evento traumático para ativar o processo de integração das ocorrências. Seguindo uma abordagem estruturada, as reações emocionais à ocorrência do evento são tratadas a médio e em longo prazo. Os participantes podem verbalizar ou ouvir outras pessoas sobre a sucessão de eventos e relatos, que podem se tornar parte de sua própria história de vida. Quando a sessão de *debriefing* é bem administrada, sentimentos e emoções podem ser expressos. É essencial que não se produza um novo trauma. A evitação ou negação de emoções difíceis de controlar é um mecanismo de defesa útil, provavelmente uma necessidade de sobrevivência psíquica, que não deve ser desativada. As pessoas traumatizadas são estimuladas a retomar suas atividades ou, se necessário, designadas a desempenhar outras funções. O importante é que seja demonstrado

pela equipe CISM que todas as reações sentidas são normais e a mesma está disponível para total apoio. A técnica CISD é quase sempre seguida de intervenção de base individual com aqueles para quem se fizer necessária. A recomendação de intervenção de saúde mental mais formal pode ser feita neste momento.

5. Aconselhamento/intervenção individual (apoio psicológico para a crise aguda): esta forma de intervenção consiste, tipicamente, de um a três contatos com um indivíduo em crise. Alguns autores consideram que esta é a forma de intervenção CISM mais frequentemente usada. Embora seja flexível e eficiente, esta forma de intervenção em crise não goza da vantagem adicional do processo de grupo e não se trata de psicoterapia. Por sua natureza de extrema limitação temporal, neste tipo de intervenção, assim como em todas as intervenções em crise, é especialmente importante evitar o uso de intervenções paradoxais, interpretação de processos inconscientes ou técnicas de confronto (EVERLY & MITCHELL, 1999). Um membro da equipe estabelece o diálogo individualmente com o envolvido no incidente e busca retratar as condições presentes nos fatos ocorridos e emoções sentidas (aconselhamento). O membro da equipe mantém-se disponível para continuar a técnica nos dias seguintes, caso necessário.

6. Técnicas de intervenção de apoio familiar; aconselhamento ou treinamento: aplicadas aos familiares e às organizações dos grupos profissionais diretamente afetados. Representam a intervenção em crise no nível dos sistemas, promovendo suporte e comunicação à família, encerramento e, se possível, o encaminhamento de um membro da família, conforme a necessidade. De acordo com a *International Critical Incident Stress Foundation*, o impacto do incidente crítico e o estresse traumático secundário em familiares é devastador para a integridade da família. Tanto a intervenção familiar quanto a organizacional, quando realizadas de modo efetivo, terão elementos proativos (pré-crise) e reativos.

7. Procedimentos de acompanhamento e/ou encaminhamento: este elemento CISM foca no encaminhamento para avaliação psicológica ou tratamento por um profissional de saúde mental, quando necessário. Nenhum sistema de intervenção em crise é completo sem o reconhecimento de que alguns incidentes críticos são tão impactantes por sua própria natureza que requerem uma intervenção mais intensa e formalizada, talvez até mesmo com o uso de medicamentos psicotrópicos. É importante, portanto, construir dentro de cada sistema de intervenção em crise, um mecanismo para acompanhamento avaliativo e tratamento daqueles indivíduos para quem as técnicas de intervenção em crise aguda se revelarem insuficientes. Um aspecto importante deste elemento é a existência de um conjunto de princípios ou direcionamentos para a triagem psicológica.

Aos sete componentes centrais propostos pelo *International Critical Incident Stress Foundation*, Everly e Mitchell (1999) acrescentam a intervenção pastoral como mais uma proposta de intervenção CISM (Anexo A).

3.3 *DEFUSING* E *DEBRIEFING* PSICOLÓGICO: TÉCNICAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE

Defusing e *debriefing* psicológico são métodos de intervenção que podem ser acionados imediatamente após a ocorrência de um evento traumático para minimizar o desenvolvimento de síndromes anormais de resposta ao estresse que podem causar efeitos danosos ao indivíduo,

ao seu trabalho e à sua família, mobilizando recursos individuais e coletivos disponíveis e não suprimindo reações emocionais.

Para uma compreensão adequada, os profissionais de saúde mental devem estar atentos ao fato de que as práticas estão inseridas em um ambiente e cultura particulares, projetadas diariamente para o funcionamento de equipes em situações críticas. São estruturados em fases específicas, provavelmente porque os procedimentos ou os protocolos contemplam a forma como as tarefas são realizadas naquela cultura e em situações semelhantes, assim como os componentes cognitivo-comportamentais envolvidos.

Quadro 1: Principais características do *defusing* e do *debriefing* psicológico

Defusing	- a sessão inicial de desarmamento deve ser realizada nas primeiras 3 horas ou até 24 horas após o incidente crítico; - em geral, sessão única com duração entre 20 minutos a 1 hora; - lida com reações ao evento em curto prazo; - abordagem menos estruturada e mais informal; - objetivo geral: enfrentamento de reações a curto prazo; - objetivos específicos: 1. reduzir a intensidade das reações imediatas relacionadas ao estresse; 2. normalizar a experiência; 3. restabelecer a rede social do grupo; 3. educar o grupo sobre reações potenciais de estresse, fornecendo informações sobre suporte adicional; 4. estabelecer expectativas positivas sobre os resultados; 5. avaliar o grupo com relação às necessidades adicionais.
Debriefing	- a sessão de *debriefing* psicológico deve ser realizada nos dias subsequentes ao incidente crítico; - em geral, sessão única com duração média de 3 horas; - lida com reações ao evento em médio e longo prazo; - abordagem mais estruturada e formal; - objetivo geral: integração das vivências traumáticas relativas ao evento traumático; - objetivos específicos: 1. reduzir o impacto do incidente crítico baixando a tensão psicoemocional de forma a "normalizar" as reações psicológicas associadas ao incidente (reduzir sintomas agudos); 2. ativar o processo de integração das ocorrências traumáticas; 3. prevenir a fase crônica do TEPT e evitar o seu desenvolvimento, facilitando o processo de recuperação das pessoas envolvidas em incidentes críticos; 4. facilitar a expressão dos sentimentos e emoções em grupo relacionadas à experiência traumática vivida, com o propósito de reordená-la cognitivamente de forma mais adaptativa; 5. propiciar informação com relação ao manejo de estresse; 6. avaliar a necessidade de acompanhamento.

3.3.1 *Defusing*

A técnica do *defusing* é também chamada de sessão inicial de **desativação, descompressão** ou **desarmamento**. Trata-se de uma intervenção grupal, com duração entre 20 minutos a 1 hora, realizada logo após o evento traumático, sendo ideal dentro das primeiras 3 horas após o evento ou até 24 horas após a ocorrência do incidente crítico.

É proposto para grupos pequenos e útil quando um *debriefing* completo não pode ser fornecido, como, por exemplo, no caso de um incidente crítico prolongado. O *defusing* pode ser considerado uma entrevista breve, em que não são abordados aspectos emocionais

profundos, e possibilita às pessoas que vivenciaram um evento traumático uma oportunidade para se expressarem rapidamente até que tenham possibilidade de analisar mais profundamente sua experiência. A técnica do *defusing* como estratégia de intervenção precoce possibilita o enfrentamento de reações a curto prazo. Uma sessão de *defusing* é realizada em três fases: 1. introdução; 2. exploração; 3. fornecimento de informações para ajudar o grupo com relação às reações de estresse.

Durante a sessão, os participantes, com a ajuda do profissional facilitador ou coordenador do *defusing*, falam livremente sobre suas impressões e experiências vividas durante o evento. Enquanto os participantes falam, o coordenador do grupo deve identificar reações típicas de estresse e as reações que são características de trauma. O propósito é a identificação ou o reconhecimento de reações específicas e sintomas para que a pessoa aceite suas próprias reações como normais para aquela situação, considerando as circunstâncias de cada indivíduo. O coordenador do grupo também descreve as diferentes formas de lidar com o estresse e eventos traumáticos.

3.3.2 *Debriefing* psicológico

O termo *debriefing* é originário das Forças Armadas, mais especificamente da Força Aérea. Antes de cada missão, um esquadrão é reunido para "um resumo" que descreve a missão, seu objetivo e avalia as características da intervenção. Após a missão, o esquadrão se reúne novamente, analisa a intervenção, avalia seu impacto, registra as dificuldades encontradas e suas particularidades, o que se configuraria em uma sessão de *debriefing*.

Esta prática não só se estendeu à aviação civil, mas também a outros profissionais em situações de emergência. No final dos anos 70, esta prática, assume uma nova configuração, na qual *debriefings* técnicos passam então a incluir *debriefings* psicológicos. Infelizmente, o campo da saúde mental de emergência tem sido desnecessariamente complicado por causa da utilização imprecisa de alguns termos fundamentais. Embora o campo desfrute de uma história longa e rica, recentemente alguns termos têm sido distorcidos de suas formulações originais ou representações evolucionárias atuais. *Debriefing* em Psicologia é definido, de modo amplo, como um conjunto de procedimentos que incluem aconselhamento e informação dirigida à prevenção da morbidade psicológica e ao auxílio na recuperação após evento traumático. Segundo Mitchell (1983), esta definição de *debriefing*, enquanto ancorada na literatura histórica, falha na condução de investigações empíricas facilmente replicadas devido à falta de especificidade e padronização e falha também em justaposição com formulações mais recentes que evoluíram ao longo dos últimos 25 anos, nas quais o termo "*debriefing*" se refere a um grupo padronizado de intervenção em crise.

Um grupo de *debriefing* psicológico foi projetado originalmente para auxiliar o pessoal de serviço de emergência em situações estressantes graves que incluem morte, lesões graves, mortes de crianças e múltiplas causalidades (ROBINSON & MITCHELL, 1995). Os objetivos do *debriefing* são semelhantes aos dos procedimentos de intervenção em crise, tentando impedir respostas mal adaptativas aos incidentes críticos e utilizando o formato de grupo em oposição à intervenção individual. Técnicas de *debriefing* procuram restaurar o domínio pessoal razoável, a rede de apoio e cuidado de pessoas próximas e o sentido de vida das vítimas, exercendo a função de estabilizar a situação e proporcionar alívio sintomático.

Os *debriefings* são baseados nos pressupostos básicos dos processos de intervenção em crise, seguindo o princípio militar do imediatismo (intervenção precoce); proximidade com a ocorrência do evento (intervenção em proximidade física à manifestação de crise aguda); e expectativa de que a vítima retornará ao funcionamento adequado após o processo de intervenção focada no problema. O grande propósito do *debriefing* psicológico é promover o processamento emocional dos eventos traumáticos através da ventilação e normalização de reações e preparação para experiências futuras. Apesar de inicialmente ter sido concebido para ser utilizado em grupos, também tem sido utilizado com indivíduos, casais e famílias. É importante salientar que esta técnica não necessariamente impede o surgimento de um transtorno pós-traumático, mas fornece ferramentas para o indivíduo lidar com o evento traumático sob uma perspectiva de prevenção primária e sua eficiência é observada com o tempo (Raphael & Wilson, 2000).

Guimarães *et al.* (2007) elencam cinco modelos estruturados de *debriefing:* 1. *National Organization of Victim Assistance Debriefing* – NOVA; 2. *Didactic Debriefing* (Dunning, 1988); 3. *Critical Incident Stress Debriefing* – CISD (Mitchell, 1983); 4. *Psychological Debriefing* (Raphael, 1986); 5. *Crisis Intervention* (Cohen & Ahearn, 1980). Entretanto, de acordo com a Sociedade Britânica de Psicologia (2002), os modelos de *debriefing* psicológico mais utilizados na atualidade são, predominantemente, o modelo CISD de Mitchell (1983); o modelo de Raphael (1986); o de Dyregrov (1989) e o *Debriefing* de Múltiplos Estressores - MSD. Estes modelos são baseados, em parte, no modelo CISD de Mitchell, na medida em que também utilizam um formato estruturado passo a passo e são realizados através de reuniões formais de grupo, logo após a ocorrência do evento traumático.

Quadro 2: Principais características dos modelos de *debriefing* psicológico

Modelo de Mitchell - CISD	- uso para grupos de serviços de emergência; - foco na experiência do evento traumático; - sete fases envolvidas no processo (introdução; revelação do evento; pensamentos; sentimentos e reações; sintomas; estratégias de enfrentamento e finalização).
Modelo de Raphael	- menos diretivo que os modelos de Mitchell e de Dyregrov; - foco nos acontecimentos anteriores à ocorrência do evento traumático; - ênfase ao nível de treinamento recebido pelos participantes antes do evento; - encoraja os participantes a levarem em consideração os sentimentos dos outros participantes; - quatro fases envolvidas no processo (revelação de eventos, sentimentos e reações, estratégias de enfrentamento e finalização).
Modelo de Dyregrov	- uso em uma ampla variedade de grupos expostos a eventos traumáticos; - foco nas experiências dos participantes imediatamente anteriores ao evento; - busca reduzir a probabilidade de ocorrência de sentimentos de culpa.

Modelo de Múltiplos Estressores - MSD	- trabalha com os eventos traumáticos a longo prazo; - os eventos traumáticos se focam em desastres; - útil frente a situações de acidentes ou desastres que impliquem em múltiplos contatos realizados pelas equipes de trabalho; - não considera a possibilidade de que os participantes do grupo possam não resolver, ao término das intervenções de grupo, o processo relativo à experiência estressante; - quatro fases envolvidas no processo (revelação de eventos, sentimentos e reações, estratégias de enfrentamento e finalização).

3.3.2.1 *Critical Incident Stress Debriefing* – CISD

Idealizada por Jeffrey Mitchell em 1983, CISD é a técnica de *debriefing* psicológico mais reconhecida e utilizada no mundo. Esta técnica foi instituída inicialmente como um programa destinado a reduzir o estresse de trabalhadores dos serviços de emergência principalmente em situações de crise e desastres naturais (MITCHELL & EVERLY, 1997) e decorre da tradição de intervenção em crise normalmente aplicada às pessoas cujo trabalho envolve risco para a exposição ao trauma (policiais, técnicos de emergência médica, bombeiros, militares, trabalhadores em desastres). Uma das características particularmente atraentes do método CISD é a especial atenção para as necessidades específicas dos trabalhadores em risco de exposição ao trauma de outras pessoas, tendo como alvo a tensão intensa e o estresse de emergência na atividade de socorro. A técnica também responde à demanda das organizações por atender às necessidades dos seus trabalhadores e manter a coesão e a moral.

Um exemplo expressivo da aplicação do CISD remete-se aos ataques terroristas em Nova Iorque e no Pentágono em 11 de setembro de 2001, em que os funcionários da Cruz Vermelha, respondendo a membros das famílias enlutadas e presenciando o horror das vítimas, foram submetidos à técnica CISD. Outra característica do CISD é que não se trata de uma intervenção clínica, sendo apenas um apoio para a discussão com foco em um evento traumático (incidente crítico).

O CISD foi desenvolvido exclusivamente para grupos pequenos e homogêneos que têm em comum um poderoso evento traumático, destinando-se à redução do sofrimento e à restauração da coesão do grupo e do seu desempenho. Tem como objetivos centrais: 1. reduzir o impacto de um incidente traumático, educando as pessoas sobre as reações de estresse e maneiras de lidar adaptativamente com elas; 2. facilitar os processos normais de recuperação e restauração das funções adaptativas em pessoas psicologicamente saudáveis que estão angustiadas por um evento incomum perturbador, incutindo mensagens sobre a normalidade das reações a traumas; 3. promover o processamento emocional e a partilha do evento; 4. identificar pessoas que podem se beneficiar de serviços de apoio profissional adicional.

A abordagem CISD visa aumentar a resistência a reações de estresse, construir resiliência, promovendo capacidade de recuperação a partir de uma experiência traumática, de forma a facilitar tanto a recuperação de um estresse traumático e um retorno ao normal quanto as funções saudáveis do indivíduo. Esses fatores levaram à aplicação generalizada e de rotina da técnica CISD em ocupações de risco, sendo atualmente considerado componente do *Critical Incident Stress Management* (CISM). A técnica deve ser aplicada por profissionais da área da saúde mental,

especificamente treinados, a grupos de pessoas que tenham vivenciado um evento traumático, nas primeiras 24 a 72 horas após o incidente crítico. Na maioria dos casos se intervém no próprio local dos fatos por meio de uma sessão com três a quatro horas de duração em que o incidente crítico é revisto. Essas pessoas são convidadas a assistir a uma sessão CISD independentemente do seu grau de sintomas agudos ou prejuízo funcional. O pressuposto da abordagem CISD é de que todos expostos a um incidente crítico estão em risco de uma reação de TEPT e que todos poderiam se beneficiar de uma oportunidade de compartilhar suas experiências e aprender sobre trauma e enfrentamento adaptativo. O modelo não incorpora a investigação epidemiológica que tem mostrado que nem todas as pessoas estão igualmente em risco para desenvolvimento de TEPT após a exposição a um evento traumático. Além disso, o CISD evita avaliação formal dos sintomas e dos resultados, a fim de enfatizar a natureza não clínica da intervenção e para criar confiança na natureza confidencial do grupo. Assim, os participantes de um CISD poderiam estar livres de sintomas agudos com pouco risco para o TEPT crônico ou os indivíduos poderiam estar passando por um transtorno de estresse agudo grave.

O CISD é liderado por uma equipe especialmente treinada de 2 a 4 pessoas, dependendo do tamanho do grupo. Normalmente é um membro da equipe para cada 5 a 7 participantes do grupo. A equipe mínima é de duas pessoas, mesmo com o menor dos grupos. Um dos membros da equipe é um profissional de saúde mental e os outros funcionam como pessoal de apoio. Uma característica única do CISD é que esse pessoal de apoio é treinado e composto por "pares de suporte", ou seja, pessoas da mesma profissão dos membros do grupo ou que partilham algo semelhante aos membros do grupo com o propósito de aumentar a credibilidade da equipe e prover legitimidade em termos da cultura e especificidade de um trabalho em particular. Policiais treinados na técnica, por exemplo, são selecionados para trabalhar com policiais que já passaram por evento traumático, bombeiros são escolhidos para trabalhar com o grupo de bombeiros submetidos a eventos traumáticos, médicos treinados na técnica ou militares serão colocados em equipes CISD com seus respectivos grupos e assim por diante.

A técnica CISD consiste em facilitar a expressão dos sentimentos e emoções em grupo relacionadas à experiência traumática vivida com o propósito de reordená-la cognitivamente de forma mais adaptativa. De acordo com Mitchell e Everly (1997), o sucesso do *debriefing* psicológico é alcançado através de sete fases ou etapas de acordo com a técnica CISD. Em termos de conteúdo, muitos dos estágios compartilham algumas características de gestão do estresse baseada no padrão cognitivo-comportamental de tratamento para TEPT, bem como em termos gerais, a terapia de exposição. O *debriefing* psicológico a partir do modelo CISD é proposto nas sete fases a seguir:

1. introdução: momento em que são fornecidas informações ao grupo sobre o que vai acontecer durante a sessão e esclarecidas quaisquer dúvidas dos participantes, com ênfase sobre a confidencialidade,

2. o fato: momento em que os participantes são solicitados a descreverem o estressor e o que aconteceu durante o evento;

3. o pensamento: descrição dos pensamentos dos participantes durante o incidente - redução das reações defensivas de enfrentamento;

4. a reação: foco nas respostas emocionais no momento do evento traumático, na experiência do momento atual e no significado que atribuem a essas experiências - reformulação e integração da experiência;

5. os sintomas: discussão de reações de estresse típico e esclarecimento;

6. ensino: informação sobre reações de estresse e estratégias de manejo do estresse;

7. reentrada ou **finalização:** síntese do que foi debatido na sessão e processo de encaminhamento.

O modelo CISD de *debriefing* visa facilitar a busca de apoio e preparar os indivíduos para os desafios da recuperação ao longo do tempo. Nos manuais publicados sobre o CISD, há mensagens explícitas sobre *debriefing* psicológico como uma condição necessária, mas não suficiente para indivíduos gravemente traumatizados que possuem sintomas perturbadores ou condições predisponentes ao TEPT, sendo imprescindível tratamento específico após o *debriefing*. Não somente o CISD como qualquer outro *debriefing* não devem ser utilizados como intervenção única, porque podem maximizar os sintomas. É importante destacar que o CISD não é um processo único e desvinculado, deve ser utilizado dentro de um pacote de procedimentos de intervenção em crise sob o leque de Gerenciamento de Incidentes Críticos de Estresse (RAPHAEL & WILSON, 2000). O CISD deve estar ligado com outros serviços de apoio, incluindo educação pré-incidente, serviços de apoio à família e acompanhamento, intervenção individual e encaminhamento para cuidados profissionais, se necessário, programas de ensino pós-incidente.

Algumas falhas no uso do CISD decorrem da sua aplicação por pessoas não treinadas devidamente para prestar o serviço conforme os padrões da técnica. Por exemplo, CISD tem sido usado para indivíduos ao invés de grupos homogêneos. Quando um processo de grupo concebido para grupos homogêneos é usado individualmente, muda-se a natureza intrínseca do próprio processo e, também, o que está sendo medido. Alguns estudos mostram que a falibilidade do modelo CISD de intervenção pode ocorrer devido ao tipo de incidente crítico em questão. Os Estudos de revisão de Cochrane mostram a aplicação do CISD em vítimas de mordida de cão (9% dos estudos), vítimas de acidentes de automóveis (45% dos estudos), vítimas de queimaduras (9% dos estudos), parentes de vítimas reais de um departamento de emergência (9% dos estudos), vítimas de agressão sexual e as mulheres que tiveram um aborto, uma cesariana, depressão pós-parto e outras situações de gravidez difícil (28% dos estudos). O processo CISD não foi projetado para gerenciar esses tipos de casos. Ele foi desenvolvido para uso com pequenos grupos homogêneos, como bombeiros, policiais, militares e serviços de emergência, devendo-se evitar a sua aplicação a vítimas primárias.

Em síntese

Debriefing psicológico pela técnica CISD

- pressuposto: todos expostos a um incidente crítico estão em risco de uma reação de TEPT;
- direcionado a trabalhadores de serviços de emergência (bombeiros, pessoal de resgate, pessoal da sala de emergência, policiais);
- oportunidade de compartilhar experiências e aprender sobre trauma e enfrentamento adaptativo;
- destina-se a grupos pequenos e homogêneos;
- deve ser realizado nas primeiras 24 a 72 horas após o evento traumático;
- na maioria dos casos se intervém no próprio local dos fatos;
- sessão única executada em sete fases com duração de 3 a 4 horas em que o incidente crítico é revisto;
- equipe de 2 a 4 pessoas especialmente treinadas (um profissional de saúde mental e os pares de suporte; um membro da equipe para cada 5 a 7 participantes do grupo; mínimo 2 pessoas na equipe mesmo com o menor dos grupos);
- foco na redução do sofrimento e na restauração da coesão do grupo e do seu desempenho;
- visa aumentar a resistência a reações de estresse, construir resiliência promovendo capacidade de recuperação a partir de uma experiência traumática de forma a facilitar a recuperação de um estresse traumático e o retorno às funções saudáveis do indivíduo;
- faz as pessoas se sentirem validadas sobre seu sofrimento e facilita o enfrentamento mais adaptativo.

Ressalvas:

- técnica adequada desde que não terapêutica (não é intervenção clínica);
- pode exacerbar os sintomas e não fazer diferença substantiva a longo prazo de ajuste se aplicado como técnica única;
- várias sessões não são eficazes.

3.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO INTERVENÇÃO PRECOCE

Para a maioria das pessoas, os sintomas decorrentes da exposição a um evento traumático diminuem naturalmente e a pessoa recupera-se do trauma. Contudo, para uma minoria de pessoas, isso não acontece e podem vir a desenvolver o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. As explicações sobre as razões pelas quais algumas pessoas se recuperam do trauma, e outras não, têm sido alvo de inúmeros estudos. Explicações recaem no conjunto de fatores de risco já explicitados, dentre os quais se destacam alguns elementos constitucionais que podem ser alvo de intervenção terapêutica como os esquemas prévios de pensamento sobre segurança, perigo e vulnerabilidade; crenças rígidas sobre si relativas à incompetência e sobre a periculosidade do mundo; insegurança; falta de controle pessoal; histórico de estresse. Sabe-se, com relativa segurança, que a forma como a pessoa se recupera do trauma está relacionada com a sua estrutura cognitiva preexistente (crenças e esquemas cognitivos).

Schnurr, Lunney e Sengupta (2004) concluíram que o risco para o desenvolvimento e para a manutenção do TEPT estão relacionados ao processamento cognitivo que ocorre antes, durante e após um evento traumático. Sob a ótica da vulnerabilidade psicológica ao estresse emocional, o "pensamento" é o que faz com que ela passe do estado latente para a ação, ou seja, para o estresse propriamente dito. Desse modo, Lipp (2001) propõe reduzir a predisposição ao desenvolvimento da reação do estresse emocional por meio de medidas psicológicas que se baseiam na reestruturação cognitiva e que tenham por objetivo a reformulação de pensamentos

estressores. É nessa perspectiva que predominam não só as ações preventivas como também as "curativas" na área do TEPT.

O pressuposto básico dessa perspectiva teórica é a interpretação que um indivíduo faz de determinada situação, a qual pode ser interpretada das mais variadas maneiras por pessoas diferentes, sendo essas interpretações que definirão a resposta emocional e comportamental do sujeito. De acordo com a terapia cognitiva, as nossas interpretações são determinadas pelos nossos esquemas e crenças, funcionais ou disfuncionais. Essas crenças, quando ativadas, geram pensamentos automáticos (positivos ou negativos), que, por fim, interferem no nosso comportamento. Crenças negativas criam emoções desagradáveis e comportamentos problemáticos ou insalubres, podendo tornar-se "pontos de bloqueio" na recuperação da pessoa. O objetivo desse modelo é modificar emoções e comportamentos, intervindo sobre a forma de o indivíduo processar informações, ou seja, interpretar, representar ou atribuir significado a eventos, em uma tentativa de promover mudanças em seu sistema de esquemas cognitivos e crenças. Essas intervenções têm como objetivo proporcionar uma reestruturação cognitiva do paciente, o que o levará a processar informação no futuro de novas formas.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), integrando técnicas e conceitos vindos da abordagem cognitiva e da comportamental, tem sido considerada a terapia de escolha para o tratamento do Transtorno de Estresse Agudo (TEA), sendo empregada como forma de prevenção e tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Um dos principais benefícios do diagnóstico precoce nos quadros pós-traumáticos é a possibilidade de adoção de intervenções que busquem não apenas minimizar o sofrimento atual, mas ainda prevenir o estabelecimento de TEPT. Recentes investigações da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para os indivíduos traumatizados têm demonstrado resultados promissores na prevenção do desenvolvimento do TEPT (BRYANT *et al*., 2011). Intervenções cognitivo-comportamentais breves enquanto estratégias de intervenção precoce representam tentativas para prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas pós-traumáticas em vítimas de traumas recentes por meio de técnicas de **exposição e reestruturação cognitiva** com foco no alívio dos sintomas por meio da mudança na interpretação negativa do evento traumático e da promoção de resiliência, sendo também utilizadas para o tratamento do TEPT.

A **terapia de exposição** apresenta resultados promissores para tratamento do TEA e prevenção do TEPT. Muitos estudos têm sido realizados sobre tratamentos com base na exposição, o que implica na reexperimentação do evento traumático pelo vitimado, havendo fortes evidências para a eficácia da terapia de exposição (RESICK *et al.*, 2002). A terapia de exposição destina-se a ajudar o paciente a obter o controle do medo e da angústia que foram esmagadores no trauma e deve ser realizada com muito cuidado para não "retraumatizar" o paciente. Em alguns casos, as memórias de trauma ou lembranças podem ser confrontadas de uma só vez ("inundação"), enquanto que, para outros indivíduos ou traumas, é preferível trabalhar gradualmente até o trauma mais grave, utilizando técnicas de relaxamento, podendo começar com estressores menos perturbadores ou por meio de dessensibilização. Terapia de exposição é tipicamente conduzida dentro de um relacionamento psicoterapêutico com um terapeuta treinado e experiente com a técnica e exercícios de enfrentamento relacionados.

A terapia de exposição baseia-se em intervenções que reduzem a ansiedade do indivíduo submetido a um evento traumático por meio das seguintes técnicas: **1. exposição imaginária:** o indivíduo conta ou imagina detalhadamente o evento estressor; **2. exposição real** (viva ou *in vivo*): envolve confronto com situações reais que ficaram associadas ao trauma e causam medo

e tensão; **3. exposição prolongada:** há exposição repetida às recordações sobre o trauma e situações que vêm sendo evitadas; **4. terapia de imagens:** os indivíduos fazem exercícios com imagens agradáveis e utilizam aspectos cognitivo-comportamentais para lidar com imagens desagradáveis. Dessas abordagens, a **exposição prolongada** tem recebido mais atenção, a qual inclui tanto a **exposição imaginária** quanto a **exposição real** à situações que foram evitadas por provocarem lembranças traumáticas.

As abordagens de TCC incluem também uma atenção considerável à **reestruturação cognitiva**. Há evidências consideráveis de que as respostas ao trauma agudo patológico são caracterizadas por estilos cognitivos catastróficos e há diversos estudos de tratamento do TEPT em que a reestruturação cognitiva é eficaz na redução dos sintomas (TARRIER *et al.*, 1999) e pode ser ofertada logo após o trauma para fins preventivos. A técnica de reestruturação cognitiva tem o propósito de lidar com os pensamentos distorcidos sobre o evento e as capacidades do paciente. Por meio da psicoeducação são transmitidas informações do terapeuta ao paciente a respeito do seu diagnóstico, sintomas e tratamento, permitindo que o paciente compreenda o que está se passando com ele, além de auxiliar na relação de confiança com o terapeuta, o que pode auxiliar na redução da ansiedade. A técnica permite a identificação das crenças desadaptativas e as respostas do paciente sobre o evento. O monitoramento de pensamentos é dado como tarefa de casa.

Estas intervenções compartilham algumas características com o *debriefing* psicológico, como por exemplo, a exposição às memórias traumáticas, o componente de educação destinado a informar as vítimas de trauma sobre reações pós-traumáticas e as suas sequelas. Ambas as abordagens tentam ensinar habilidades de enfrentamento para o gerenciamento de sintomas de estresse e ansiedade. Os resultados satisfatórios das intervenções cognitivo-comportamentais parecem refutar a ideia de que a exposição precoce por si só seja contraterapêutica. A inclusão de reestruturação cognitiva em sessões repetidas na TCC fornecida no início (logo após o trauma) é uma importante diferença entre as abordagens atuais de *debriefing* psicológico e a terapia cognitivo-comportamental enquanto estratégia preventiva.

4 CONHECENDO AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA TRATAMENTO DO TEPT

4.1 VISÃO GERAL DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO SECUNDÁRIA

Durante a última década, diversas práticas clínicas importantes e/ou tratamentos e/ou diretrizes para o TEPT têm sido desenvolvidos pela *American Psychiatric Association; Australian Center for Posttraumatic Mental Health; International Society for Traumatic Stress Studies; National Institute for Clinical Excellence; National Crime Victims Research and Treatment Center; Department of Veterans Affairs and Defense.*

Críticos de diretrizes de tratamento podem se concentrar no fato de que os tratamentos do TEPT não são perfeitos e não funcionam para todos, mas uma visão mais encorajadora é que já se fez um progresso real e agora há tratamentos eficazes a serem ofertados. Os tratamentos para TEPT abrangem um vasto leque de abordagens psicossociais e farmacológicas. Todos estes tratamentos têm partes interessadas e as pessoas precisam de informações precisas para avaliar afirmações conflitantes sobre o TEPT, diferenciar tratamentos e identificar os mais adequados.

Essas partes interessadas incluem os clínicos, pesquisadores e formuladores de políticas que querem saber quais os melhores tratamentos, assim como os custos e benefícios de fornecer vários tratamentos. As partes interessadas mais importantes são os indivíduos com TEPT que precisam saber quais tratamentos são mais propensos a ajudá-los.

Há diversas diretrizes advindas de diferentes agências federais, organizações profissionais e países que oferecem recomendações para o tratamento do TEPT. O *Institute of Medicine* (IOM) publicou um relatório em 2007 avaliando as evidências sobre o tratamento de TEPT, tendo sido revisadas as diretrizes de tratamento do TEPT a partir da literatura de pesquisas existentes na área e determinando o nível de suporte para os tratamentos com base na eficácia e/ou segurança. As diretrizes recomendam por unanimidade **terapias cognitivo-comportamentais** como o tratamento mais eficaz para o TEPT e a maioria das diretrizes recomendam também a **Dessensibilização e Reprocessamento através de Movimentos Oculares** (EMDR - *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). A Associação Americana de Psiquiatria, o National Institute for Clinical Excellence e a Sociedade Internacional para Estudos de Estresse Traumático destacam a Terapia Cognitivo-Comportamental como uma abordagem psicoterapêutica com eficácia comprovada para o tratamento do TEPT.

Tratamentos cognitivo-comportamentais tipicamente incluem diversos componentes como a **psicoeducação, a gestão da ansiedade, exposição e reestruturação cognitiva**, já destacadas e conceituadas anteriormente como estratégias de intervenção precoce. Exposição e reestruturação cognitiva têm sido consideradas estratégias eficazes para o tratamento do TEPT, pois intervenções cognitivas são amplamente apoiadas como diretrizes de tratamento.

Com base na teoria de processamento cognitivo, o foco primário é desafiar e modificar crenças disfuncionais relacionadas ao trauma, podendo ser incluído um componente de exposição escrita. Veteranos com sintomas crônicos relacionados com TEPT que receberam terapia de processamento cognitivo mostraram melhora no TEPT e sintomas comórbidos em relação ao grupo controle. Um estudo da terapia de processamento cognitivo examinou a utilidade relativa do protocolo completo em comparação com seus componentes: a terapia cognitiva e a exposição escrita, ambos separadamente. Os resultados indicaram uma melhora significativa no TEPT e na depressão para os participantes em todos os tratamentos. No entanto, a terapia cognitiva isoladamente resultou em melhora mais rápida do que a exposição escrita sozinha e os efeitos do protocolo completo da terapia de processamento cognitivo foram reduzidos à metade. Ambas, terapia de processamento cognitivo e exposição prolongada, têm mostrado grande sucesso em seus resultados. Um outro estudo randomizado controlado foi realizado com veteranos femininos e pessoal da ativa com TEPT e a utilização de técnicas de exposição prolongada. As mulheres que foram submetidas à exposição prolongada experienciaram maior redução de sintomas do TEPT em relação às mulheres que receberam terapia centrada no presente. Além disso, a exposição prolongada foi mais eficaz do que a combinação de exposição prolongada com treinamento de inoculação de estresse (*Stress Inoculation Training* - SIT). Alguns pesquisadores utilizaram outras técnicas combinadas no tratamento do TEPT. Um estudo comparou a terapia de exposição sozinha com a terapia de exposição seguida de terapia familiar comportamental (GLYNN *et al.*, 1999) e o outro estudo fez a comparação entre a exposição imaginária sozinha com a exposição imaginária mais reelaboração de imagens (ARNTZ, 2002). Em ambos os estudos, o tratamento combinado não resultou em uma maior redução da gravidade de TEPT, o que sugere que o novo componente não era necessário. No entanto, o poder estatístico pode ter sido muito baixo para comparar os tratamentos adequadamente.

Em um estudo comparativo, terapia de processamento cognitivo e o método de exposição prolongada foram igualmente eficazes no tratamento do TEPT e depressão em mulheres sobreviventes de violência sexual (RESICK *et al.,* 2002). Ehlers e Clark (2000) também desenvolveram uma terapia cognitiva para TEPT que visa modificar as avaliações excessivamente negativas, corrigindo distúrbios da memória autobiográfica e retirando problemáticas estratégias comportamentais e cognitivas. É preciso mudar as avaliações negativas idiossincráticas do trauma e/ou de suas sequelas, de forma que o paciente abandone comportamentos e estratégias cognitivas responsáveis pela manutenção de seu quadro. Ainda que o estressor tenha marcantes características objetivas, a resposta individual vai depender de como a pessoa percebe a ameaça. Por isso tem sido cada vez maior o interesse pelas estratégias cognitivas de enfrentamento, já que esse tipo de terapia se propõe a atuar na valorização da realidade percebida. Portanto, a aplicação de estratégias psicoterapêuticas que venham a favorecer o desenvolvimento de um novo padrão narrativo da memória traumática e que, assim, propiciem uma melhor compreensão e categorização da experiência por quem a vivencia tem se revelado como a conduta profissional mais indicada para tratamento do TEPT.

Pesquisas na área de neurociência sugerem que a dificuldade em sintetizar, categorizar e integrar a memória traumática em uma narrativa pode estar relacionada ao volume diminuído do hipocampo, à relativa diminuição na ativação do hemisfério esquerdo e à diminuição na atividade do córtex pré-frontal. As memórias carregadas de emoção não são estáticas e lembrar compreende a reconstrução de informações coerentes por meio de fragmentos disponíveis de modo que o conjunto faça sentido. A integração desses fragmentos mnêmicos (traços sensoriais das memórias traumáticas) em enredo narrativo é um desafio para as abordagens psicoterapêuticas aplicadas aos indivíduos traumatizados, de forma a transformar uma memória situacional em uma memória emocional autobiográfica, para o que se revelam eficazes as psicoterapias baseadas em exposição e reconstrução cognitiva. Assim, o passado é flexível e modifica-se com novas interpretações das recordações e reexplicações do que aconteceu. (PERES, MERCANTE & NASELLO, 2005).

As pesquisas de Soares e Lima (2003) também citam algumas intervenções mais utilizadas no tratamento do TEPT, corroborando os estudos já descritos: 1. Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) também com foco na promoção de resiliência e utilização de técnicas como exposição imaginária; exposição real; exposição prolongada; terapia de imagens; reestruturação cognitiva; 2. EMDR - *Movement Desensitization and Reprocessing* em que a estimulação bilateral dos olhos promove atividade cerebral específica, ativando o reprocessamento das memórias traumáticas com efetividade na redução de muitos sintomas do TEPT; 3. Manejo Afetivo, que consiste em uma forma de tratamento em grupo, focalizando a regulação do humor; 4. Psicoterapia Psicodinâmica, com enfoque nos mecanismos de defesa utilizados, interpretações e experiências anteriores do paciente; 5. Hipnoterapia; 6. Técnicas de Relaxamento.

Dentre as intervenções farmacológicas para tratamento do TEPT, as drogas citadas como mais utilizadas são os antidepressivos, principalmente os inibidores seletivos de recaptação de serotonina, como sertralina e paroxetina, e os antidepressivos tricíclicos, como amitriptilina e imipramina. Drogas sedativas, como benzodiazepínicos e mesmo antipsicóticos em baixa dosagem também são utilizados em alguns esquemas terapêuticos.

Um outro recurso terapêutico que tem se mostrado eficaz enquanto ferramenta complementar integrativa para prevenção e tratamento do TEPT são os procedimentos de *biofeedback* usados para orientar o indivíduo na aprendizagem do controle voluntário sobre o corpo e a mente, para ter um papel mais ativo na manutenção da saúde e um nível superior

mente-corpo de bem-estar. Dentre os vários equipamentos modernos de *biofeedback*, o que monitora a frequência cardíaca – *biofeedback* cardíaco – é atualmente um dos mais utilizados por psicólogos e psiquiatras para analisar as respostas "viscerais" que o cliente apresenta em determinadas situações de estímulos frente a eventos e lembranças de intenso conteúdo emocional (eventos traumáticos). O *biofeedback* cardíaco pode ser usado para diagnóstico, avaliação e documentação de tratamentos, estabelecimento de padrões psicofisiológicos (perfil de estresse, desuso aprendido, ação excessiva), auxílio na obtenção de dados objetivos de efeitos pré e pós-intervenção. Pode ser utilizado tanto na *anamnese* e na entrevista inicial, como para a avaliação quantitativa do estado emocional do paciente após o tratamento; bem como, pode ser útil depois do tratamento, servindo, portanto, como um instrumento pedagógico e de comprovação científica da alteração que ocorre nesses estados (COGHI & COGHI, 2015).

Em síntese, a abordagem cognitivo-comportamental utilizando terapias de exposição e de processamento cognitivo, Dessensibilização e Reprocessamento através de Movimentos Oculares, ferramentas auxiliares como o *biofeedback* cardíaco são considerados tratamentos de primeira linha para TEPT e têm bases fortes e boas evidências de eficácia. Componentes destes tratamentos têm sido combinados com outras intervenções sem aumentar os benefícios com relação aos tratamentos separados. A psicoterapia tem ajudado muitas pessoas traumatizadas a construírem caminhos de superação que ocorrem quando uma aliança de aprendizado com o sofrimento é construída, favorecendo benefícios adicionais à qualidade de vida anterior à ocorrência do trauma. Os conhecimentos adquiridos nesse processo não são restritos ao momento e beneficiarão também outros domínios da vida.

4.2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO INTERVENÇÃO SEGUNDÁRIA

Imediatamente após a ocorrência de eventos traumáticos, muitas pessoas experienciam sintomas de TEPT. Muitos se recuperam ao longo dos meses subsequentes, porém, um grupo significativo desenvolve TEPT crônico. O modelo de Ehlers e Clark (2000) postula que há três fatores que contribuem para a manutenção do quadro de TEPT, a saber: 1. pessoas com TEPT crônico demonstram avaliações excessivamente negativas do trauma e/ou sequelas que geram uma sensação atual de ameaça; 2. a natureza da memória traumática explica a ocorrência de sintomas recorrentes; 3. a avaliação por parte dos pacientes motiva uma série de comportamentos e estratégias cognitivas disfuncionais tais como supressão de pensamento, ruminação, comportamentos de busca de segurança que têm como intuito reduzir a sensação de ameaça, porém concorrem para a manutenção do problema ao impedirem mudanças em suas avaliações e da memória traumática, podendo ainda levar a um agravamento dos sintomas. Há evidências consideráveis de que as respostas ao trauma agudo patológico são caracterizadas por estilos cognitivos catastróficos.

Por meio de nossa história e com base em experiências relevantes desde a infância, desenvolvemos um sistema de esquemas, localizado em nível inconsciente ou em nossa memória implícita. Esquemas, neste sentido, podem ser definidos como superestruturas cognitivas que refletem regularidades passadas, conforme percebidas pelo sujeito. Ao processarmos eventos, os esquemas implicitamente organizam os elementos da percepção sensorial, ao mesmo tempo em que são atualizados por eles, em uma relação circular. Incorporadas aos esquemas, desenvolvemos crenças básicas e pressuposições intermediárias específicas para diferentes classes de eventos,

as quais são ativadas em vista de eventos críticos eliciadores. A ativação dessas crenças reflete-se em nosso pré-consciente nos conteúdos dos pensamentos automáticos que representam nossa interpretação do evento ou o significado atribuído a ele. Estes conteúdos, por sua vez, influenciam a qualidade e intensidade de nossa emoção e a forma de nosso comportamento frente à determinada situação. Para o modelo cognitivo, o eixo central é a capacidade para atribuição de significado. Nossas interpretações, representações ou atribuições de significado atuam como variável mediacional entre o real e as nossas respostas emocionais e comportamentais. Para modificar emoções e comportamentos, o terapeuta intervém sobre a forma como o indivíduo processa as informações, ou seja, sua forma de interpretar, representar ou atribuir significado a eventos, em uma tentativa de promover mudanças em seu sistema de esquemas e crenças.

Essas intervenções visam uma reestruturação cognitiva do paciente, o que o levará a processar informação de novas formas no futuro. Durante o desenvolvimento e em vista da regularidade do real interno e externo, indivíduos podem gradualmente perder sua flexibilidade cognitiva, isto é, a capacidade para atualizar continuamente seus esquemas em vista de novas regularidades. Estes esquemas enrijecidos se tornariam disfuncionais, predispondo o indivíduo a distorções cognitivas e à resistência ao reconhecimento de interpretações alternativas, que, em conjunto com fatores biológicos, motivacionais e sociais, originariam os transtornos emocionais. Fundamental, portanto, para o modelo cognitivo de psicopatologia e o modelo aplicado de intervenção clínica é a hipótese da vulnerabilidade cognitiva, segundo a qual indivíduos portadores de transtornos emocionais apresentam uma rigidez ou uma tendência aumentada a distorcer eventos no momento de processá-los. E uma vez feita uma atribuição resistem ao reconhecimento de interpretações alternativas. Outra hipótese básica para o modelo da abordagem cognitiva refere-se à primazia das cognições, segundo a qual as cognições têm primazia sobre as emoções e comportamentos, embora não de uma forma rigidamente causal e temporal. Além disso, pode ocorrer condicionamento do local e de elementos presentes na situação do trauma, que eliciam respostas de ansiedade não existentes anteriormente. Devido à produção de reações ansiogênicas, esses estímulos são evitados, assim como qualquer lembrança do trauma em si, o que promove alívio momentâneo da ansiedade. Desta forma, a evitação é reforçada negativamente, ocorrendo aumento de sua frequência.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tornou-se um método terapêutico muito popular, pois é eficaz e de curto prazo, apresentando eficácia comprovada no tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Alguns casos específicos apresentam baixa resposta, pois estão associados à exposição recorrente a eventos traumáticos, de natureza interpessoal, durante a infância. Apesar de não haver consenso sobre a nomeação destes quadros clínicos, é possível que estejam associados ao diagnóstico de Trauma Complexo (TC). A Terapia Cognitivo-Comportamental busca compreender os sentimentos e os pensamentos do indivíduo a fim de compreender seu comportamento, fornecendo a ele a consciência de lidar com problemas e comportamento destrutivo de uma maneira positiva, uma vez que amplia a compreensão do eu individual.

Ao longo da terapia, permite ao indivíduo identificar e mudar o comportamento que pode ser mal adaptado. É um processo terapêutico diretivo e estruturado, orientado à resolução de problemas de forma colaborativa, ou seja, reflete um processo em que ambos, terapeuta e paciente, têm um papel ativo e estabelecem colaborativamente metas terapêuticas, as agendas de cada sessão, tarefas entre sessões, etc. Requer a socialização do paciente ao modelo a fim de que ele possa desempenhar seu papel como colaborador ativo. Tarefas são estabelecidas ao

paciente entre as sessões, devendo ser a condução do tratamento focada no TEPT. Devido ao seu caráter didático, o objetivo da TCC não é unicamente ajudar o paciente com seus problemas, mas dotá-lo de um novo instrumental cognitivo e comportamental por meio da prática, a fim de que ele possa perceber e responder ao real de forma funcional.

Nesse sentido, as intervenções são explícitas, envolvendo *feedback* recíproco entre o terapeuta e o paciente. As reações normais aos estressores são mediadas por processos cognitivos que permitem ao indivíduo assimilar e processar novas informações. Eventos traumáticos podem acarretar um prejuízo dessa capacidade, levando a erros na cognição. O indivíduo que vivenciou uma experiência traumática pode ficar temporariamente incapaz de processar e assimilar adequadamente a situação ou lidar com seus efeitos, passando a perceber o mundo como extremamente perigoso e a percepção de si próprio como permanentemente incompetente e vulnerável, prejudicando a recuperação do trauma. Há uma forte relação entre as dinâmicas psicológicas individuais e a maneira como os eventos traumáticos são processados. A percepção de si mesmo e os diálogos internos após a ocorrência do evento traumático são preditores de resultados psicológicos satisfatórios ou não. Alguns sentimentos são "construídos" e não resultam diretamente em resposta ao evento traumático em si mesmo, mas na forma como a pessoa interpreta o evento. Pensamentos como "eu deveria ter salvo o outro", "porque fui o único a sobreviver?" ou "devo ser um fraco pois não consigo superar isto" podem gerar sentimentos de culpa, raiva de si mesmo, vergonha. Quanto mais a pessoa pensa desta forma sobre o evento, mais sentimentos negativos ela vai ter. Os pensamentos e interpretações sobre o evento podem tornar-se tão automáticos transformando-se em crenças distorcidas de tal forma que o paciente pode nem estar ciente de que as tem. Os diálogos internos de autopiedade, desamparo, autovitimização e autodepreciação podem realçar as emoções negativas relacionadas à memória traumática e exacerbar o sofrimento psicológico. As pessoas que cultivam diálogos internos de enfrentamento, procurando modificar o presente positivamente, superam com maior facilidade traumas psicológicos (PERES, MERCANTE & NASELLO, 2005).

As pessoas também têm reações diferenciadas a um evento estressor não extremo devido ao modo de pensar e avaliar os eventos da vida. Pessoas vulneráveis ao estresse normalmente possuem expectativas ilógicas e exageradas, demonstram uma hiperreatividade fisiológica perante as demandas psicossociais como se tivessem uma tendência crônica para o estresse (LIPP, 2001). A TCC trabalha com esse modo disfuncional de pensar sobre os eventos da vida e com os diálogos internos estabelecidos com o evento traumático e por meio dela é possível ajudar a pessoa a reconhecer e a modificar o que está a dizer para si mesma.

A TCC pode ser praticada em formato individual ou em grupo. A vantagem do grupo é que mais pacientes podem ser tratados em determinado período por terapeutas profissionais treinados do que individualmente. Alguns autores descobriram que em termos de tempo do terapeuta, os grupos oferecem eficiência até 50% superior quando comparados ao tratamento individual, podendo ser poupados recursos financeiros quando o formato utilizado é grupal (MORRISON, 2001).

Exemplos da eficácia da TCC em grupo remetem-se aos tratamentos de depressão, ansiedade, fobia social, TEPT, dentre outros, em que os pacientes podem reconhecer com maior prontidão os erros cognitivos cometidos por outros do que por si próprios e um grupo pode produzir muito mais exemplos de conexões entre pensamentos e sentimentos do que seria possível na terapia individual, envolvendo oportunidades de aprendizado significativas e trocas de informações e experiências. A psicoeducação enquanto compartilhamento de informações

didáticas, tradicional da TCC, está entrelaçada com as estratégias de mudança e no contexto grupal, as possibilidades de mudanças positivas oferecidas dentro do grupo devem ser enfatizadas. Outro aspecto grupal relevante é a universalidade, segundo a qual a reunião de indivíduos com transtornos semelhantes às vezes é a primeira ocasião que o indivíduo encontra de conhecer outro "portador" do mesmo problema, o que promove um senso de pertencimento.

O grupo pode oferecer muitas oportunidades para que os membros expressem altruísmo, as quais são propiciadas pelo próprio método socrático facilmente empregado no grupo. Quando o terapeuta faz perguntas sobre os fatos que apoiam um pensamento específico e as evidências que não o sustentam, sendo os membros do grupo estimulados a participarem desses questionamentos, há uma ajuda mútua para encararem os pensamentos e eventos de formas diferentes em busca de novas estratégias cognitivas e comportamentais por meio da discussão de planos de ação. O terapeuta pode encorajar os membros do grupo a ficarem contentes com o sucesso do outro percebendo como isso auxilia no progresso próprio. Essa coesão grupal propicia senso de confiança no outro e apoio social.

As técnicas terapêuticas da Terapia Cognitivo-Comportamental mais utilizadas para tratamento do TEPT são a psicoeducação, questionamento socrático, reestruturação cognitiva, relaxamento muscular progressivo, respiração diafragmática, exposição *in vivo* e imaginária (a reencenação mental do evento) para identificar significados associados. O tratamento, portanto, consiste em fornecer ferramentas que auxiliarão o paciente a identificar, avaliar a realidade de suas cognições e a modificá-las caso não sejam realistas (reestruturação cognitiva).

4.2.1 Promovendo resiliência na psicoterapia

A finalidade das psicoterapias aplicadas às vítimas de traumas psicológicos é atribuir gradualmente novos significados emocionais à experiência traumática passada que não ocorre mais no presente. A ciência psicológica tem dado maior atenção às terapias de exposição imaginária para a reestruturação cognitiva de eventos passados sob uma nova perspectiva de compreensão e aprendizagem.

O componente essencial do tratamento de exposição envolve repetidos confrontos com as memórias do estressor traumático (exposição de imagens). Os processos de percepção e memória estão diretamente relacionados à geração de comportamentos adaptativos e a reconstrução de memórias emocionais e traumáticas é contínua e dinâmica. Múltiplos sistemas de memória são ativados simultaneamente e podem interagir em várias ocasiões.

Pesquisas em neurociência têm demonstrado que o córtex médio pré-frontal exerce um papel-chave no processo de aprendizagem e a terapia de exposição e reestruturação cognitiva pode influenciar o desenvolvimento de um padrão mais narrativo do trauma. O efeito terapêutico não ocorre somente com o confronto, mas com a maneira como as memórias são confrontadas para promover a reestruturação cognitiva e terapêutica. O princípio terapêutico de confrontos repetidos deve ser alinhado aos preditores de resiliência, como, por exemplo, autoconfiança, empatia, otimismo, capacidade de enfrentar as adversidades ao invés de recriar o sofrimento. Assim, as memórias verbalmente acessíveis, alinhadas a atitudes resilientes como aprendizagem positiva das experiências, autoestima, autoconfiança e tranquilidade ao lidar com as dificuldades, podem ser parte desse imenso repertório e, consequentemente, podem participar do processo

de reconstrução da memória. É nessa proposta que se promove resiliência na psicoterapia pela abordagem cognitivo-comportamental.

A narração da memória traumática é enviesada pelo repertório individual de representações da realidade e dinâmicas psicológicas que configuram padrões interpretativos do evento. O psicoterapeuta deverá observar, além dos episódios emocionais ou traumáticos, o enredo interpretativo que aflora com o "conteúdo da memória". A resiliência pode ser desenvolvida e a psicoterapia pode favorecer bastante este processo de aprendizagem. Um fator muito importante ao desenvolvimento da resiliência é a forma como os indivíduos percebem sua capacidade de lidar com os eventos e controlar seus resultados e a compreensão do indivíduo traumatizado sobre a relação entre o conteúdo emocional e a dinâmica psicológica que mantém o sofrimento favorece uma psicoterapia eficiente.

4.2.1.1 Técnicas de exposição e reestruturação cognitiva

Serão descritas abaixo três fases principais que são necessárias para reconstruir terapeuticamente a memória traumática, com base na TCC a partir das técnicas de exposição e reestruturação cognitiva (PERES, MERCANTE E NASELLO, 2005):

Primeira fase – Resgate de atitudes resilientes: deve focar na valência positiva das memórias emocionais relacionadas às atitudes resilientes em que a autoestima, a autoconfiança e uma autointerpretação positiva são recuperadas e fortalecidas. No momento em que o psicoterapeuta se encontra pela primeira vez com seu paciente ou com o grupo de pacientes que se envolveram em eventos traumáticos, ele deve resgatar lembranças positivas dessas pessoas, situações em que elas superaram obstáculos e obtiveram sucesso. Segue um exemplo prático da primeira fase, em grupo, durante o resgate de atitudes resilientes: terapeuta – *"Pensem nas suas vidas e tentem lembrar-se de situações difíceis pelas quais vocês passaram e conseguiram superá-las?"; "Falem sobre como se sentiram no momento em que perceberam que foram capazes de superar aquela dificuldade ou aquela situação problemática."*

Segunda fase – Exposição imaginária ao evento traumático: implica na reexperimentação do evento traumático pelo vitimado**.** Os pacientes serão conduzidos a reviverem o evento traumático, fechando os olhos, imaginando o acontecimento e descrevendo-o em voz alta no tempo presente. Esta narrativa pode ser gravada e as vítimas encorajadas a usar esse áudio para repetir a exposição imaginária diariamente. Durante a narrativa, o terapeuta deve se atentar às crenças mal adaptativas de cada membro do grupo. Cada paciente ou membro do grupo evoca e narra a memória traumática para compreender, com a ajuda do terapeuta, as emoções e os estados de consciência que modularam a memória, a percepção, a interpretação e o relacionamento correspondente ao evento estressor. O indivíduo se torna consciente da dinâmica psicológica e das correspondentes interpretações que mantêm o sofrimento psicológico. A reconstrução terapêutica da memória traumática está ligada diretamente à interface com o banco de memória resiliente previamente reforçado. Durante a exposição imaginária o terapeuta solicita que o paciente ou cada membro do grupo traga para o momento presente a lembrança do evento traumático que vivenciou e tome consciência das emoções, sensações e pensamentos relacionados à sua percepção do evento traumático. Neste momento do processo, diversos sintomas podem ser eliciados e faz-se importante uma boa condução por parte do psicoterapeuta. É um momento em que podem ser inseridas técnicas de relaxamento para aliviar os sintomas e a alta carga emocional envolvida. O profissional deve ter prática em técnicas de relaxamento

para induzi-lo neste momento ao paciente ou ao grupo, lembrando os fatos de superação que foram relatados na primeira etapa do processo a fim de que consigam resgatar mais uma vez a memória de atitudes resilientes que já tiveram durante suas vidas. O psicoterapeuta pode pedir que inspirem profundamente, relaxem, sintam-se em posição confortável, observem a respiração tranquila e lembrem-se das memórias agradáveis que relataram anteriormente. É um momento em que o paciente ou o grupo podem tomar consciência das emoções, sensações e pensamentos positivos que já vivenciaram e devem falar no tempo presente sobre esse estado agradável. Segue um exemplo prático da segunda fase, em grupo, durante a exposição imaginária: terapeuta – *"Tragam agora a lembrança do tiroteio pelo qual vocês passaram... Tomem consciência das emoções/sensações/pensamentos relacionados às suas percepções desse evento..." "Agora inspirem profundamente, relaxem, sintam-se em posição bem confortável, observem sua respiração tranquila ..."* (após indução de relaxamento) *"Lembrem-se das memórias agradáveis que relataram, lembrem-se de quando superou o medo de avião; quando enfrentou o medo de sair de casa com apenas 18 anos e conseguiu morar sozinho em outra cidade; quando ..."* (citar os exemplos de atitudes resilientes que cada membro do grupo relatou na primeira fase). *"Tomem consciência das emoções / sensações / pensamentos positivos que vivenciaram e falem no tempo presente sobre esse estado."*

Terceira fase – Reestruturação Cognitiva: esse momento deve promover o "deslocamento" dos diálogos internos alinhados ao banco de memória resiliente com a finalidade de gerar novas interpretações que facilitarão a reestruturação terapêutica da memória traumática, levando o indivíduo a processar o real de uma nova forma. Ainda no momento em que foram propiciados o relaxamento e o estado agradável de força e capacidade de cada membro do grupo, o terapeuta pode pedir que recuperem a memória do evento traumático e observem como podem modificar a interpretação daquele evento. A possibilidade de interação dos circuitos neurais é um aspecto crucial no desenvolvimento de uma abordagem psicoterápica que pode favorecer a tradução integrativa da memória traumática num sistema declarativo e resiliente de memória. Uma vez que as dinâmicas psicológicas podem alimentar padrões disfuncionais de comportamento, a psicoterapia será mais eficiente quando o paciente compreender a relação entre as memórias carregadas de emoção e o sofrimento psicológico trazido como queixa. A maneira pela qual o indivíduo percebe, interpreta e se relaciona com o evento estressor por meio de suas memórias pode ser modificada terapeuticamente e o indivíduo submetido ao tratamento psicoterapêutico deve perceber, no decorrer do processo, que há interpretações alternativas para o evento estressor. A compreensão dessas dinâmicas facilita o direcionamento do indivíduo a construir novas escolhas preditoras de resiliência. Segue um exemplo prático da terceira fase, em grupo, durante a exposição imaginária e reestruturação cognitiva: terapeuta – *"Agora, preservando esse estado agradável de relaxamento, força e capacidade, recuperem a memória do tiroteio e observem como vocês podem modificar suas interpretações a respeito daquele evento". "Como se sentem em relação ao evento agora?".*

O terapeuta precisa possibilitar a cada membro do grupo a modulação de suas emoções, encorajando, por meio de questionamentos, uma reencenação mental da situação. Baseado nesse processo denominado intervenção funcional, o terapeuta pode questionar os membros do grupo sobre pensamentos e imagens que passam pela sua mente no momento em que começam a sentir a emoção negativa. É importante que o terapeuta identifique os pensamentos ou imagens que correspondam à qualidade e intensidade da emoção relatada. Identificada a cognição, o terapeuta deve avaliar o nível de crença na cognição e a intensidade da emoção associada. Para desafiar a cognição, o terapeuta pode buscar evidências que a apoiem ou a contrariem, interpretações alternativas, como por exemplo: *"De que forma alternativa vocês poderiam pensar*

sobre o acontecimento?"; "Como outra pessoa poderia pensar diante da mesma situação?"; "Como aconselhariam outra pessoa na mesma situação?" São utilizadas formas apropriadas à situação, de questionamento socrático, ou seja, formas aparentemente imparciais, a fim de encorajar o paciente a ressignificar ou reinterpretar a situação, utilizando outras linhas de raciocínio e outras perspectivas diante das mesmas classes de eventos. Ao final, o psicólogo deve pedir ao grupo que reavalie seus pensamentos e emoções originais, encorajando-os a definirem planos de ação para lidarem com os mesmos eventos no futuro a partir de uma nova forma de pensar, sentir e agir. Aos poucos a memória traumática carregada de emoção negativa vai enfraquecendo porque a interpretação do evento foi modificada e paulatinamente a situação traumática vai exercendo menos força e poder na vida dessas pessoas. Os pacientes também podem ser instruídos a monitorarem seus pensamentos negativos, sentimentos e distorções cognitivas usando um diário. A técnica de treino de inoculação do estresse é bastante benéfica ao tratamento do TEPT para desenvolver habilidades de enfrentamento positivo, pautada na premissa de que os indivíduos podem afetar sua capacidade de lidar com o estresse, modificando suas crenças e autodeclarações sobre seu desempenho em eventos estressantes, ativando os recursos adequados de enfrentamento. A técnica pode permitir que as pessoas lidem com uma situação futura de forma mais eficaz, reduzindo a resposta ao estresse geral e fornecendo uma compreensão de que a reação ao estresse é uma reação fisiológica normal.

Em síntese

- **Resgate de atitudes resilientes:** foco na valência positiva das memórias emocionais relacionadas às atitudes resilientes em que a autoestima, a autoconfiança e uma autointerpretação positiva são recuperadas e fortalecidas.
- **Exposição:** esta técnica comportamental requer que o paciente confronte os estímulos temidos, podendo ser por meio de exposição repetida e prolongada até que a situação traumática não elicie mais elevados níveis de ansiedade e desconforto. Por meio da exposição, a memória traumática pode ser alterada, integrando o trauma aos esquemas cognitivos pré-existentes e criando novos repertórios cognitivo-comportamentais ao paciente.
- **Reestruturação Cognitiva:** o paciente apresenta de forma gradual as situações traumáticas experimentadas e o terapeuta faz uma mediação para que a memória possa ser reinterpretada, ressignificada, buscando desativar o sistema de revivência anteriormente estabelecido. Possibilita que o paciente elabore uma releitura sobre o ocorrido, gerando uma explicação mais funcional e adequada para o evento traumático.

4.2.2 *Biofeedback*

4.2.2.1 Um pouco de psicofisiologia

Nossa memória inconsciente, também conhecida como memória não declarativa, é estabelecida no núcleo neural responsável pelas nossas reações de sobrevivência e relação com o meio ambiente externo e interno, a amígdala do hipocampo, cuja função principal é garantir a nossa existência. Centro do medo e da ansiedade, a amígdala se relaciona com diversos núcleos neurais e com o eixo endócrino, mantendo-se alerta a tudo que nos cerca e nos avisa quando uma situação de perigo iminente pode nos colocar em risco, sendo então disparada a reação inata de luta, fuga ou congelamento. Essas memórias inconscientes, quando negativas, afetam diretamente nosso comportamento e nossa fisiologia. Dentro da complexidade das interconexões neurais da amígdala, aquela relativa ao eixo do sistema nervoso simpático, em situações agudas, libera

adrenalina e noradrenalina (epinefrina e norepinefrina), disparando nossas reações fisiológicas, incluindo nosso coração. Um segundo eixo do estresse e da ansiedade, o eixo HPA (hipófise, hipotálamo e adrenal), é acionado em condições de estresse crônico, liberando o hormônio do estresse, o cortisol.

Este hormônio, quando em excesso, pode atuar em certos centros de nosso cérebro, reduzindo o volume do hipocampo em até 25%, uma vez que ele é neurotóxico, e, com isso, acaba prejudicando nossa memória de curto e longo prazo. Os níveis mais baixos de cortisol também podem influenciar a formação e o processamento da memória traumática.

Um evento traumático pode causar no indivíduo um desequilíbrio do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) que trabalha "automaticamente", independente de nossa vontade, e envia para a amígdala do hipocampo sinais de que o organismo está em perigo iminente, sendo o SNA responsável pela homeostase do organismo, comandando as glândulas, os órgãos viscerais e a musculatura cardíaca. Quando há hiperreatividade da amígdala do hipocampo, além dos sinais psicológicos, o indivíduo também sofrerá com os sintomas físicos do estresse. Quando a atividade da amígdala é estimulada diversas vezes, por situações reais ou imaginárias, como pensamentos e sentimentos negativos recorrentes, começa, então, a ocorrer o fortalecimento desses padrões neurais que estimulam sua reatividade. Uma das atividades mais importantes de nossa aprendizagem se dá pela formação de novos caminhos neurais, conhecido como condicionamento operante e ocorre por meio da neuroplasticidade. É a forma de aprendizagem que acontece pela repetição do mesmo padrão seguidas vezes.

O psicólogo Stephen Porges, professor de Psiquiatria da Universidade da Carolina do Norte, recebeu o Prêmio Pesquisa na 17ª Reunião Anual da Federação de *Biofeedback* da Europa, ocorrida em Veneza, pela sua contribuição à ciência da Psicofisiologia, ficando conhecido mundialmente por suas pesquisas sobre a relação entre estados mentais e emocionais e seus reflexos fisiológicos. Em 1995, Porges apresentou a chamada Teoria Polivagal, a qual associa a neurofisiologia à psicofisiologia e à filogenética, evidenciando que grande parte de nossa conduta social e emocional apresenta condicionamentos fisiológicos importantes que são regulados pelo nosso sistema nervoso autônomo. Porges demonstrou que diversas partes do nosso organismo estão mutuamente envolvidas nas respostas emocionais, como o córtex cerebral, a glândula suprarrenal, o hipotálamo, a hipófise, hormônios (ocitocina e vasopressina) e o nosso sistema imunológico e estariam incluídos na resposta ao estresse. Demonstrou, ainda, que vários distúrbios psicológicos e psiquiátricos podem estar relacionados a falhas nesse sistema de regulação que chamou de Polivagal, envolvendo ramos do nervo vago. Porges concebeu sua teoria usando equipamentos de *biofeedback* em suas pesquisas para monitorar a reatividade do sistema nervoso autônomo frente a diversos estímulos.

4.2.2.2 *Biofeedback* cardíaco

A Psicofisiologia utiliza-se de equipamentos de monitoração conhecidos como *biofeedback*. Esta foi uma das primeiras ferramentas científicas utilizadas por psicólogos para acompanhar a evolução de condicionamento operante, de forma que se pudesse quantificar alterações físicas relacionadas à provocação de certos estímulos psicológicos. Usado como ferramenta complementar integrativa, o *biofeedback* cardíaco é um equipamento que permite uma visualização, em tempo real, de como o paciente é estimulado pela abordagem psicoterapêutica adotada. Ele atua por meio da análise dos batimentos cardíacos e nos permite

visualizar, na tela do computador, reações emocionais que ocorrem quando uma pessoa revive momentos de tensão. Assim, esses aparelhos permitem que o terapeuta tenha uma visão, em tempo real, de reações fisiológicas frente a memórias, lembranças, sistemas de crença, muitas vezes inconscientes, que perturbam o paciente e nem ele mesmo tem consciência disso. Ajuda a entender como se processam as emoções e auxilia o profissional a explicar ao cliente como é a interação entre a mente e o corpo, de forma muito didática. Segundo a *Association of Applied Psychophysiology and Biofeedback*, dos Estados Unidos, o *biofeedback* "é um procedimento mente-corpo que usa instrumentos eletrônicos para ajudar os indivíduos a ganhar consciência e controle sobre processos psicofisiológicos".

Para recuperar a saúde mental, emocional e física, é necessário que o sistema nervoso autônomo volte a funcionar em equilíbrio. Segundo Coghi e Coghi (2015), na psicologia clínica, a coerência cardíaca/*biofeedback* cardiovascular é utilizada como terapia complementar integrativa auxiliar ao tratamento do TEPT, assim como no tratamento de estresse, ansiedade, depressão, síndrome do pânico, insônia, transtornos alimentares, transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), medo, insegurança. No caso do TEPT, ao ver, ouvir ou sentir o objeto ou cena da situação temida, ou mesmo uma lembrança intensa do fato, há um aumento imediato da frequência cardíaca. A coerência cardíaca é um estado psicofisiológico, quando a frequência cardíaca, a pressão arterial e a frequência respiratória se encontram em perfeita sincronia, ou seja, ela é caracterizada pela alteração da forma adquirida pela onda cardíaca, quando há sincronia entre os batimentos (sístoles ventriculares) cardíacos, a frequência respiratória e as ondas de pressão arterial sistêmica, ocorrendo, então, o fenômeno de ressonância.

Nesse estado, as ondas cardíacas assumem um perfil de uma função senoidal, de forma regular, arrastando outras funções cíclicas do organismo, como o sistema endócrino e o neuroimunológico. A coerência cardíaca é um estado de equilíbrio entre o ramo simpático e o vago (parassimpático) do sistema nervoso autônomo. Quando a pessoa entra em estresse e ansiedade, torna-se praticamente impossível manter-se em equilíbrio simpáticovagal, pois são estados antagônicos: não pode haver equilíbrio e desequilíbrio ao mesmo tempo, não pode haver paz e ansiedade convivendo simultaneamente, um se destaca em detrimento do outro. A coerência cardíaca promove relaxamento psicológico, aumento da resiliência, melhoria na autoestima e nos relacionamentos interpessoais, fortalece a pessoa para enfrentar situações ameaçadoras, melhora o foco e a clareza mental, tornando o raciocínio mais claro, além de deixar seu paciente mais tranquilo e relaxado para trabalhar os conteúdos que ele precisa trabalhar. O estado de coerência cardíaca ajuda a promover a homeostasia de forma natural, dando oportunidade à liberação da inteligência do corpo para estabelecer a autorregulação.

O *biofeedback* cardíaco permite ao psicoterapeuta, de forma segura e sem contraindicação, propor ao seu paciente uma série de exercícios de fácil realização que podem reduzir a hiperreatividade da amígdala, pois, com o equilíbrio do sistema nervoso autônomo, há atuação de forma natural no sistema límbico (sistema emocional) e, com isso, há redução da hiperreatividade da amígdala do hipocampo. Pesquisadores mostram que não só patologias físicas mas, também psicológicas, reduzem a capacidade do coração variar seus batimentos: estresse, ansiedade, pânico, estresse pós-traumático, fobias, além de drogas lícitas e ilícitas, entre outras. Uma das formas mais efetivas, encontradas pelos pesquisadores, de aumentar a variabilidade da frequência cardíaca é fazer exercícios cardiorrespiratórios em uma determinada frequência. Desta forma, ocorrem sincronismo e ressonância do sistema cardíaco, moduladas pelo sistema nervoso autônomo. Muitas alterações fisiológicas positivas são observadas quando o indivíduo

atinge e se mantém no estado de coerência cardíaca, por meio de exercícios diários, desfrutando de um estado duradouro de estabilidade emocional. Assim, a pessoa tem redução do estresse, da ansiedade, da hiperatividade, da desatenção, entre outros efeitos positivos do equilíbrio do sistema nervoso autônomo (SNA). Para que os exercícios sejam realizados de forma correta, é necessário que o paciente interaja com o equipamento de *biofeedback* cardíaco ou cardiovascular. Com o uso desse recurso simples e acessível aos profissionais e pacientes, é possível que a pessoa faça os exercícios de forma segura, fácil, tendo respostas em tempo real na tela do computador.

Por meio desses exercícios de *biofeedback* monitorados no computador, e em tempo real, a pessoa aprende a controlar suas próprias reações: é um aprendizado cognitivo e comportamental da regulação fisiológica. Com a prática desses exercícios, a pessoa vai aprendendo a se conhecer e a se controlar, evitando entrar em pânico devido a hiperreatividade emocional. Com isso, eventos que anteriormente desenvolviam ansiedade e estresse no indivíduo vão gradualmente reduzindo sua intensidade e isso ocorre devido à estabilização emocional, fruto imediato de tais exercícios.

No estado de coerência cardíaca, há reflexos positivos na fisiologia do sujeito com reequilíbrio do sistema nervoso autônomo. Como consequência, observa-se aumento da saturação de oxigênio no sangue e, com isso, uma melhor oxigenação do cérebro e do córtex pré-frontal; com redução da hipertensão; redução da tensão através de relaxamento muscular, redução de dores crônicas; redução da frequência cardíaca; redução do excesso de cortisol, pela atuação no eixo HPA (hipotálamo-hipófise-adrenal), com consequente aumento do hormônio da juventude (DHEA); melhorando o funcionamento do sistema cardiovascular. Assim, ocorre redução do estresse, ansiedade e depressão; também há redução da insônia, hiperatividade, e da falta de atenção. Ocorre, ainda, clareza de raciocínio, aumento da resiliência, maior socialização, formação de espírito de equipe, e melhora da autoconfiança. O estado de coerência cardíaca tende normalizar a hipertensão arterial, reduzir a hiperglicemia e reduzir o colesterol ruim (LDL). Tudo isso, pelo controle do estresse, propiciado pelo *biofeedback* cardiovascular, sendo ainda um poderoso auxiliar na mudança de crenças do paciente no processo psicoterapêutico, para colocar o usuário como "máster" no controle psicofisiológico e para aumentar a consciência do terapeuta.

Diversas pesquisas relacionadas à indução da coerência cardíaca por meio do *biofeedback* cardiovascular foram desenvolvidas em empresas da Europa e dos Estados Unidos com resultados surpreendentes (SERVAN-SCHREIBER, 2004). Coghi (2017) descreve uma pesquisa realizada com seis mil executivos de grandes empresas europeias e americanas como a Shell, *British Petroleum*, Unilever, Banco Hong Kong Shangai (HSBC), HP e da Motorola, além de funcionários do Governo do Estado da Califórnia, que se submeteram ao treinamento de coerência cardíaca por meio de *biofeedback* cardiovascular e relataram que houve ganho sob o ponto de vista físico, emocional e social.

Os resultados obtidos com o treinamento denotaram expressiva queda da pressão arterial sistêmica duas vezes maior do que a obtida através de dieta sem sal; melhora do equilíbrio hormonal (porcentagem de DHEA dobrou); porcentagem de cortisol (hormônio do estresse) caiu 23% em praticamente um quarto dos funcionários. Houve também redução dos sintomas pré-menstruais nas mulheres executivas que mostraram excelentes melhoras com menos irritabilidade, depressão e fadiga. Elas relataram declínio substancial dos sintomas comuns ao estresse, e os gerentes de empresas demonstraram que "aprender a induzir a coerência cardíaca" pode levar a um maior equilíbrio emocional. As palpitações frequentes (ou contínuas), estimuladas pela presença de um agente estressante, diminuíram de 47% para 25%, num curto espaço de tempo e a tensão física diminuiu de 41% para apenas 15%, também em curto espaço de tempo. Houve

entre os participantes deste programa redução substancial da insônia, de 34% para apenas 6%, redução de sentimentos e/ou de sensações de exaustão, redução de dores em geral (dor nas costas, etc.), de 30% para 6%; redução de 33% para 5% em pessoas que eram ansiosas na maior parte do tempo e redução da insatisfação no trabalho de 30% para 9%.

Todos os executivos descreveram que adquiriram novas habilidades para lidar com os próprios sentimentos, pois compreendiam exatamente quando ocorreriam episódios de raiva e de pensamentos negativos e relataram uma melhora da habilidade de controlar melhor essas sensações. Os testes com os executivos ocorreram sem a utilização de qualquer medicamento ou de hormônios sintéticos, tendo sido utilizada apenas a técnica de treinamento em Coerência Cardíaca com o uso do *Biofeedback*. Os pesquisadores acreditam que o paciente percebe que cada pensamento seu acaba influenciando a resposta dos sinais do sistema nervoso, captados pelo aparelho de *Biofeedback*. Quando uma pessoa tem pensamentos negativos, invasivos, distorcidos ou com supervalorização dos problemas, o aparelho capta os sinais e os digitaliza na tela do computador. Assim, o paciente percebe como o seu comportamento influencia o seu físico e como deve atuar para se sentir melhor. Nas empresas, a técnica de coerência cardíaca por *Biofeedback* pode ser utilizada para trabalhar o gerenciamento do estresse, da depressão, da tomada de decisões, da clareza mental, do controle da ansiedade, da fadiga crônica, da exaustão, da desistência profissional e para aumentar a resiliência, dentre outras coisas.

Dentre os aparelhos existentes, o *biofeedback cardioemotion* é encontrado no mercado nacional há alguns anos. Desenvolvido no centro de inovação da Universidade de São Paulo, o *cardioemotion* possui telas interativas onde tanto o terapeuta quanto o cliente podem fazer treinamentos de equilíbrio emocional, como também acompanhar a evolução da terapia. O equipamento capta os sinais do batimento cardíaco através de sensores de simples utilização, colocados na ponta do dedo ou no lóbulo da orelha. O software instalado no computador analisa o estado atual da fisiologia da pessoa. É uma tecnologia de ponta que já tem muitos adeptos e com diversos estudos científicos em universidades nacionais e internacionais aprovando sua eficácia. Monitorando o paciente com o *biofeedback* cardíaco, é possível ver em tempo real quando estados psicoemocionais disparam reações fisiológicas relacionadas a um determinado assunto, quando o tema tratado está relacionado a fortes emoções. Por meio de intervenção terapêutica adequada, quando o paciente não mais disparar seus batimentos ao ser confrontado com a fonte de seu trauma, poderá estar curado ou seu sofrimento muito amenizado. O *biofeedback* pode ser empregado de forma complementar e integrativa à Terapia Cognitivo Comportamental e ao EMDR. Ele pode ampliar os estados psicofisiológicos "tornando visível o invisível" (COGHI &. COGHI, 2015).

4.2.3 *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* - EMDR

O método de Dessensibilização e Reprocessamento através de Movimentos Oculares é apontado como um procedimento novo e empregado em larga escala no tratamento do TEPT, desenvolvido nos Estados Unidos no final dos anos 80 pela Dra. Francine Shapiro, país em que atualmente há mais de sete mil terapeutas que utilizam essa abordagem em psicoterapia. O EMDR tem sido considerado uma das mais importantes descobertas da década de 90 e inicialmente foi utilizado para tratar sequelas provocadas por Transtorno de Estresse Pós-Traumático com o propósito de acelerar a resolução de memórias traumáticas, abusos sexuais, estupros, assaltos, desastres naturais e outros tipos de violência. O processo de EMDR trabalha com a identificação

das memórias que formam os autoconceitos e comportamentos "negativos" e considera que "a maioria das patologias deriva de experiências anteriores de vida que põem em movimento um padrão continuado de afetos, comportamentos e cognições e consequentes estruturas de identidade" (SHAPIRO, 2001). Com o tempo, novos trabalhos também começaram a obter resultados promissores em aprimoramento de desempenho futuro, ansiedade generalizada, fobia, síndrome de pânico, manejo de dor crônica, luto, dependência química, adições de forma geral, depressões e doenças psicossomáticas. O método tem comprovações científicas de sua efetividade para tratar vítimas de violências, acidentes naturais ou provocados que precipitaram traumas psicológicos. A eficácia do EMDR é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e tem sido comprovada em mais de 200 pesquisas publicadas internacionalmente em revistas. A *American Psychiatric Association* (EUA), a *Royal College of Psychiatrists* (UK), a Administração de Veteranos (EUA), e o *International Society for Traumatic Stress Studies* o consideram como um tratamento efetivo para trauma e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (Associação Brasileira de EMDR, 2018).

O método EMDR exige profissional clínico devidamente capacitado (psicólogos com CRP, psiquiatras com CRM ou médicos com CRM e formação em psicoterapia), certificado pelo *Eye Movement Desensitization and Reprocessing Institute* dos Estados Unidos e pelo *EMDR International Association – EMDRIA*, devendo seguir as normas de EMDR Iberoamérica para a aplicação do método.

EMDR é um trabalho complexo que exige o conhecimento da história clínica do paciente, diagnóstico apropriado, desenvolvimento de uma relação empática terapeuta/paciente e a preparação do paciente para o EMDR em si. O método integra, principalmente, elementos da psicologia cognitiva e da neurofisiologia através de um protocolo que inicia com a evocação de uma memória do trauma (a "pior imagem") relatada pelo paciente e segue considerando as crenças positivas e negativas e demais intervenções verbais associadas às técnicas de movimentação ocular "que parecem permitir que as informações sejam liberadas e processadas" (SHAPIRO, 2001). Os movimentos oculares são realizados em conjunto com a psicoterapia para ajudar o cliente a integrar os traumas processados. O terapeuta mexe seus dedos por alguns segundos na frente do paciente ou usa um equipamento específico para essa estimulação. Após o paciente acompanhar com os olhos os movimentos do terapeuta, as emoções afloram e o procedimento pode ser repetido diversas vezes juntamente com o processo psicoterapêutico. Quando se pede ao paciente para lembrar-se de alguma situação ou sensação traumática e o terapeuta o auxilia a mexer os olhos de determinada maneira, permitindo a estimulação dos hemisférios cerebrais, onde as lembranças dolorosas são armazenadas, o cérebro recebe a ajuda necessária para processar o fato e arquivá-lo de uma forma funcional. Perde-se a carga negativa associada ao evento, e muitas vezes se recuperam as lembranças positivas vinculadas a isso. Muitas pessoas têm a sensação de que a lembrança após o tratamento com EDMR está realmente no passado e que já não incomoda quando se recordam dela.

O embasamento teórico para a eficácia do método EMDR é encontrado na teoria dos Movimentos Oculares Rápidos durante o sono REM (*Rapid Eyes Moviment*) quando ocorrem os sonhos, momento em que os olhos das pessoas mexem de um lado para o outro, havendo maior conexão entre os hemisférios cerebrais. O sono REM ajuda as pessoas a darem conta de incidentes desagradáveis, fazendo com que os pesadelos se tornem mais fáceis de lidar. As pessoas processam as experiências do dia durante as etapas do sono REM. Em situações normais, o cérebro "revisa" as experiências do dia, processa e arquiva as lembranças no seu enorme banco

de dados cerebral. Um choque nesse sistema como ser vítima de um evento traumático pode interromper esse processo natural, impedindo a pessoa de suportar a situação. É possível que os pesadelos sejam tentativas fracassadas do cérebro em processar as lembranças traumáticas. Quando se tem alguma experiência traumática, parece que o cérebro não consegue processar o evento e o incidente permanece armazenado como uma espécie de "nó neurológico".

Quando um trauma acontece, nosso mecanismo de processamento é rompido, deixa de funcionar, o cérebro entra em choque e passa a repetir aquela informação indefinidamente. Quando se faz o EMDR no consultório, ocorre uma 'reprodução" da fase REM do sono, ou seja, o cérebro começa a funcionar como se ele estivesse tentando reprocessar um sonho, recebendo ajuda para processar o fato "traumático" e arquivá-lo de forma que o terapeuta consegue abrir aquele processamento bloqueado e acelerá-lo.

De acordo com o método, quando os eventos traumáticos são identificados, podem ser processados e integrados, o que resulta em condutas funcionais e apropriadas. Para o caso do TEPT, a aplicação do EMDR é feita a partir da lembrança do evento traumático. O paciente deve procurar manter em mente uma cena, um sentimento, um som, um pensamento e, ainda, as crenças negativas relacionados ao evento, enquanto o terapeuta conduz os movimentos bilaterais. Os estímulos bilaterais são repetidos até que a lembrança seja menos perturbadora e possa ser associada a pensamentos e crenças pessoais mais positivas. A idealizadora do método EMDR, Dra. Shapiro, com o passar do tempo de utilização do método, percebeu que, além da estimulação bilateral ocular, também são eficazes a estimulação tátil e auditiva alternadas, estimulando-se também os dois hemisférios cerebrais para promover o reprocessamento de memórias traumáticas ou pensamentos perturbadores.

O EMDR, portanto, consiste em um método de aplicação de estímulo visual, auditivo e/ou tátil, por meio do qual é estimulada a rede onde ficou presa a lembrança. Dessa forma, se dá um "arranque" necessário ao mecanismo que restaura a capacidade de processamento do sistema, permitindo a busca de informações em outras redes neurológicas, onde o cliente possa encontrar o que precisa para compreender o que lhe aconteceu. As duas redes (onde está arquivado o trauma e onde estão as informações úteis à compreensão) trabalham juntas num tipo de associação livre denominado "Processamento Adaptativo de Informação." Cada série de movimentos continua soltando a informação perturbadora e acelera essa informação através de um caminho adaptativo até que os pensamentos, sentimentos, imagens e emoções tenham se dissipado e sejam espontaneamente substituídos por uma atitude positiva. Parte-se do princípio de que o cérebro possui recursos para realizar a cura de suas "feridas emocionais", da mesma forma que o corpo cura as feridas físicas. O processamento acelerado de informações propiciado pelo EMDR é feito de forma particular, ou seja, cada um irá processar suas associações, baseada em sua experiência pessoal e seus valores. É importante informar que o EMDR não é um tipo de hipnose e que a pessoa pode interromper os movimentos a qualquer momento. A proposta do método é de que a informação será integrada de forma positiva e resolvida de forma adaptativa e sempre estará disponível para ser usada no futuro. Um princípio fundamental da terapia com EMDR é que a saúde básica existe dentro de todos os indivíduos e o método tira o bloqueio causado pelas imagens, crenças e sensações corporais negativas advindas do evento traumático e permite que o estado normal de saúde emerja. A abordagem demanda que as sessões sejam individuais para que seus pressupostos sejam cumpridos.

4.3 FARMACOTERAPIA

Desde o ano 2000, um total de quase 50 ensaios clínicos randomizados foram publicados sobre a influência da farmacoterapia no TEPT, mais da metade desses estudos testando antidepressivos. Pesquisas mostram que a terapia cognitivo-comportamental tem consistentemente se mostrado mais eficaz do que a farmacoterapia. Além disso, quando se considera que mais de vinte diferentes medicamentos foram testados em diferentes populações em cerca de cinquenta estudos, não se têm muitas repetições de qualquer resultado positivo ou negativo.

Embora cada estudo revise em seus relatórios a dose prescrita de uma determinada medicação, nem sempre é claro o quanto a medicação foi recebida por cada participante do estudo por duas razões: há, muitas vezes, diferenças na adesão do paciente (por exemplo, o quão bem eles seguiram as instruções de dosagem) e, em segundo lugar, os pacientes que recebem a mesma dose de uma medicação dada e têm níveis diferentes de sangue por causa das diferenças individuais na capacidade metabólica. Alguns desses estudos, mas não a maioria, tentaram responder a estas preocupações através da medição dos níveis sanguíneos, o número de comprimidos que foram tomadas ou ambos os níveis de sangue e contagem de comprimidos. Por outro lado, a maioria dos estudos não fazem esse tipo de monitoramento. Por isso é algo a ter em mente quando se considera cada relatório.

Quanto aos grupos de controle, a maioria desses estudos tem utilizado um placebo inativo, então se poderia esperar que fosse fácil para os clínicos e os participantes distinguirem se eles estão em uma medicação ativa ou não. Normalmente, nem os pacientes nem os médicos podem dizer a diferença, porque as queixas sobre os efeitos colaterais são frequentemente manifestadas pelos que receberam o placebo e por aqueles que tomaram os agentes ativos. Quanto aos medicamentos, os antidepressivos têm recebido mais atenção. Dois medicamentos, a sertralina e a paroxetina, receberam aprovação da *US Food and Drug Administration* como indicados para tratamentos de TEPT e resultados positivos têm sido obtidos com essas medicações. Um grande estudo com a fluoxetina com militares veteranos também foi positivo. Por outro lado, alguns resultados negativos foram relatados em um estudo multicêntrico de sertralina entre veteranos americanos e com fluoxetina entre mulheres civis. A sertralina se mostrou melhor do que placebo em três ensaios clínicos, enquanto resultados mistos foram encontrados com mirtazapina. Agentes antiadrenérgicos como prazosina tem demonstrado eficácia consistente na prevenção de pesadelos traumáticos e inconsistente sucesso na redução de outros sintomas de TEPT (possivelmente porque foi administrado apenas uma vez por dia, ao deitar). Propranolol tem se mostrado promissor na prevenção de TEPT relacionado com a excitação psicofisiológica, mas não com o TEPT entre os pacientes de emergência que receberam a medicação dentro de seis horas após o evento traumático. Outro estudo piloto entre os indivíduos com TEPT crônico indicou que a administração de propranolol após a reativação das memórias traumáticas reduziu a excitação fisiológica durante as imagens mentais subsequentes ao evento. O tratamento com agentes antipsicóticos atípicos e com os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) nem sempre é eficaz, especialmente com pacientes crônicos.

Um modelo de condicionamento pavloviano clássico de medo tem proporcionado uma heurística muito útil para a compreensão da fisiopatologia do TEPT. Dentro deste contexto, a melhora do medo condicionado é realizada através do processo de extinção. Extinção ocorre porque novas respostas são aprendidas a estímulos condicionados de modo que alguns estímulos já não

provocam a resposta de medo condicionado ou expressão dos sintomas de TEPT. Nos últimos anos, pesquisadores têm mostrado que a extinção de respostas de medo pode ser acelerada através da administração do d-cicloserina, medicamento este que aumenta a extinção de respostas de medo. A exposição prolongada, baseada em um modelo de condicionamento de medo, é uma abordagem muito bem-sucedida destinada a promover a nova aprendizagem, que leva à extinção de sintomas do TEPT. Terapia de exposição combinada com d-cicloserina levou à extinção mais rápido do que com a terapia de exposição sozinha em acrofobia e fobia social. Pesquisas estão sendo realizadas para determinar se uma abordagem semelhante irá beneficiar pacientes com TEPT. Benzodiazepínicos e estabilizadores de humor também podem ser tratamentos eficazes para TEPT, porém isso não se aplica ao benzodiazepínico alprazolam, pois os resultados foram negativos. Portanto, há pouca evidência atual de que benzodiazepínicos e estabilizadores de humor sejam úteis como farmacoterapia para TEPT. A boa notícia é que os pesquisadores clínicos estão se movendo para além dos testes com antidepressivos e medicamentos convencionais para tratamento do TEPT. Muito mais pesquisa é necessária, especialmente com antiadrenérgicos e outros medicamentos atualmente em desenvolvimento (MATTHEW & FRIEDMAN, 2008).

4.4 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Medicina Complementar/Alternativa (MT/MCA), conforme WHO, 2002. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de práticas eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. As Medicinas Tradicionais e Complementares são compostas por abordagens de cuidado e recursos terapêuticos que se desenvolveram e possuem um importante papel na saúde global, podendo ser apontadas como práticas que podem auxiliar o tratamento do TEPT. A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde.

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo aprovada e implementada pela Portaria n. 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) instituiu no SUS abordagens de cuidado integral à população por meio de outras práticas que envolvem recursos terapêuticos diversos. Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às seguintes Práticas Integrativas e Complementares: **– Acupuntura:** intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, fundamentada na Medicina Tradicional Chinesa, utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares com vistas a obter meios de equilibrar essa dualidade; **– Homeopatia:** reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução n. 1000, de 21 de julho de

1980), baseia-se no princípio vitalista (existência de um princípio vital presente em cada indivíduo) e no uso da lei dos semelhantes, onde o sujeito é compreendido nas dimensões física, psicológica, social e cultural, sendo o adoecimento a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. A relação médico-paciente é um elemento fundamental da terapêutica, estimulando o autocuidado e a autonomia do indivíduo, atuando em doenças crônicas não transmissíveis, doenças respiratórias e alérgicas, transtornos psicossomáticos. Com caráter preventivo, reduz a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais e contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a farmacodependência; **– Plantas Medicinais e Fitoterapia:** uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. A OMS tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, tendo em conta que 80% da população mundial utiliza essas plantas ou preparações destas no que se refere à atenção primária de saúde. O Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, aponta a necessidade de se "investir na pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira, favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde, de acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica"; **– Termalismo Social/Crenoterapia:** uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde. A Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 343, de 7 de outubro de 2004, é um instrumento de fortalecimento da definição das ações governamentais que envolvem a revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de mecanismos de prevenção, de fiscalização, de controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área.

Em 2017, O Ministério da Saúde incluiu 14 novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) por meio da Portaria n. 849 de 27 de março de 2017, a saber: **– Arteterapia:** utiliza a arte como base do processo terapêutico pela pintura, desenho, sons, música, modelagem, colagem, mímica, tecelagem, expressão corporal, escultura, dentre outras. Pode ser realizada de forma individual ou em grupo - princípio de que o processo criativo é terapêutico e fomentador da qualidade de vida, por meio da arte, a reflexão é estimulada sobre possibilidades de lidar de forma mais harmônica com o estresse e experiências traumáticas, sendo promovida a ressignificação dos conflitos e a reorganização das próprias percepções; – **Ayurveda:** a OMS reconhece sua utilização para prevenir e curar doenças e que este não é apenas um sistema terapêutico, mas uma maneira de viver. A investigação diagnóstica leva em consideração tecidos corporais afetados, humores, local em que a doença está localizada, resistência e vitalidade, rotina diária, hábitos alimentares, gravidade das condições clínicas, condição de digestão, detalhes pessoais, sociais, situação econômica e ambiental da pessoa. Considera que a doença se inicia muito antes de ser percebida no corpo, aumentando o papel preventivo deste sistema terapêutico, tornando possível tomar medidas adequadas e eficazes com antecedência. Os tratamentos levam em consideração a singularidade de cada pessoa, de acordo com o *dosha* (humores biológicos - *Vata*, a energia vital; *Pitta*, o fogo essencial e *Kapha*, a energia mental) do indivíduo, considerado uma ponte entre as suas características emocionais e fisiológicas, sendo cada tratamento planejado individualmente. São utilizadas técnicas de relaxamento, massagens, plantas medicinais, minerais, posturas corporais, técnicas respiratórias, exercícios e o cuidado alimentar; **– Biodança**: busca restabelecer as conexões do indivíduo consigo, com o outro e com o meio ambiente, a partir do núcleo afetivo e da prática coletiva. Sistema de integração humana, renovação orgânica, integração psicofísica, reeducação afetiva e reaprendizagem das funções originais da vida. Sua

metodologia consiste em induzir vivências coletivas integradoras, num ambiente com músicas, cantos, exercícios e dinâmicas capazes de gerar experiências que estimulam a plasticidade neuronal e a criação de novas redes sinápticas, configurando-se como um sistema de aceleração dos processos integrativos existenciais: Psicológico, Neurológico, Endocrinológico e Imunológico (PNEI), ativando a totalidade do organismo, gerando processos adaptativos e integrativos por meio da otimização da homeostase do organismo; **– Dança Circular:** as pessoas dançam juntas e em roda, internalizando os movimentos aos poucos, liberando a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos, os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades. Propicia estados emocionais positivos, trabalha a concentração e estimula a memória, tornando-se um recurso importante no contexto de grupos, uma vez que estimula a cooperação, desperta o respeito ao outro, a integração, a inclusão e o acolhimento às diversidades. No círculo trabalha-se o equilíbrio entre o indivíduo e o coletivo, o sentimento de pertinência e do prazer pela participação plena dos processos internos de transformação, promovendo o bem-estar, a harmonia entre corpo-mente-espírito, a elevação da autoestima; a consciência corporal; **– Meditação:** prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, entendida como a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos. A prática torna a pessoa atenta, experimentando o que a mente está fazendo no momento presente, desenvolvendo o autoconhecimento e a consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo. Permite ao indivíduo enxergar os próprios padrões de comportamento e a maneira através da qual cria e mantém situações que alimentam constantemente o mesmo modelo de reação psíquica/emocional; **– Musicoterapia:** utilização da música e seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), em grupo ou de forma individualizada, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. Promove relaxamento, estimula o afeto, conforto e prazer no convívio social, sendo a socialização e o movimento corporal expressões de processos saudáveis de vida. Favorece o desenvolvimento criativo, emocional e afetivo e, fisicamente, ativa o tato e a audição, a respiração, a circulação e os reflexos. Também contribui para ampliar o conhecimento; **– Naturopatia:** por meio de métodos e recursos naturais, apoia e estimula a capacidade intrínseca do corpo para curar-se. Baseia-se na existência de um princípio vital presente em cada indivíduo que influencia seu equilíbrio orgânico, emocional e mental. Utiliza plantas medicinais, águas minerais e termais, aromaterapia, trofologia (a ciência que nos ensina a cultivar ou restabelecer a saúde mediante uma alimentação adequada às necessidades do nosso corpo), massagens, recursos expressivos, terapias corpo-mente e mudanças de hábitos. O tratamento é individualizado, seguindo seis princípios fundamentais: usar métodos que minimizam o risco de efeitos colaterais, identificar e tratar as causas fundamentais ao invés de suprimir os sintomas, ensinar os princípios de uma vida saudável, tratar o indivíduo como um todo compreendendo fatores físicos, mentais, emocionais, espirituais, genéticos, espirituais, ambientais e sociais únicos que contribuem para a doença; dar ênfase à prevenção de agravos e doenças e à promoção da saúde, dando suporte ao poder de cura do organismo por meio do reconhecimento e remoção dos obstáculos que interferem no processo de autocura do corpo; **– Osteopatia:** método diagnóstico e terapêutico que atua no indivíduo de forma integral a partir da manipulação das articulações e tecidos, partindo do princípio de que as disfunções de mobilidade articular e teciduais contribuem no aparecimento das enfermidades. Envolve profundo conhecimento anatômico, fisiológico e biomecânico global, diferenciando-se de outros métodos de manipulação porque busca trabalhar de forma integral proporcionando condições para que o próprio organismo busque o equilíbrio/homeostase. Divide-se em três classes:

osteopatia estrutural; osteopatia craniana; osteopatia visceral. Baseia-se no princípio de que o ser humano é uma unidade funcional dinâmica, em que todas as partes se interrelacionam e que possui seus próprios mecanismos para a autorregulação e a autocura. O foco do tratamento osteopático é detectar e tratar as chamadas disfunções somáticas, que correspondem à diminuição de mobilidade tridimensional de qualquer elemento conjuntivo, caracterizadas por restrições de mobilidade (hipomobilidades). A Osteopatia diz respeito à relação de corpo, mente e espírito na saúde e doença, enfatizando a integridade estrutural e funcional do corpo e a tendência intrínseca do corpo, direcionada à própria cura; **– Quiropraxia:** utiliza elementos diagnósticos e terapêuticos manipulativos, visando o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuro-músculo-esquelético e dos efeitos destas na saúde em geral por meio das mãos para aplicar uma força controlada na articulação, pressionando além da amplitude de movimento habitual. É comum se ouvir estalos durante as manipulações, isso ocorre devido à abertura da articulação, que gera uma cavitação. O ajuste articular promovido pela Quiropraxia é aplicado em segmentos específicos e nos tecidos adjacentes com objetivo de causar influência nas funções articulares e neurofisiológicas a fim de corrigir o complexo de subluxação, cujo modelo é descrito como uma disfunção motora segmentar, o qual incorpora a interação de alterações patológicas em tecidos nervosos, musculares, ligamentosos, vasculares e conectivos; **– Reflexoterapia:** também chamada de reflexologia, é a prática que utiliza estímulos em áreas reflexas como pés, mãos e orelhas, com finalidade terapêutica com base nos meridianos que atravessam o corpo e o dividem em diferentes regiões, cada uma com seu reflexo, principalmente nos pés ou nas mãos. São massageados pontos-chave que permitem a reativação da homeostase e equilíbrio das regiões do corpo nas quais há algum tipo de bloqueio ou inconveniente. A planta dos pés apresenta mais de 72.000 terminações nervosas e na existência de um processo patológico, vias eferentes enviam fortes descargas elétricas que percorrem a coluna vertebral e descendo pelos nervos raquidianos, pelas pernas, as terminações nervosas livres, que se encontram nos pés criam um campo eletromagnético que gera uma concentração sanguínea ao redor de determinada área. Quanto maior a concentração de sangue estagnado, mais crônicas e mais graves são as patologias; **– Reiki**: prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral, estimulando a energização dos órgãos e centros energéticos; **– Shantala:** prática de massagem para bebês e crianças, composta por uma série de movimentos pelo corpo, que permite o despertar e a ampliação do vínculo cuidador e bebê, promovendo a saúde integral, reforçando vínculos afetivos, a cooperação, confiança, criatividade, segurança, equilíbrio físico e emocional. Harmoniza e equilibra os sistemas imunológico, respiratório, digestivo, circulatório e linfático. Permite ao bebê e à criança a estimulação das articulações e da musculatura auxiliando no desenvolvimento motor, facilitando movimentos como rolar, sentar, engatinhar e andar; **– Terapia Comunitária Integrativa (TCI):** prática de intervenção nos grupos sociais com vistas à criação e ao fortalecimento de redes sociais solidárias, aproveitando os recursos da própria comunidade. Baseia-se no princípio de que a comunidade e os indivíduos possuem problemas, mas também desenvolvem recursos, competências e estratégias para criar soluções para as dificuldades. É um espaço de acolhimento do sofrimento psíquico, que favorece a troca de experiências entre as pessoas. A TCI é desenvolvida em formato de roda, visando trabalhar a horizontalidade e a circularidade. A partilha de experiências objetiva a valorização das histórias pessoais e assim favorece o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da autoconfiança, a ampliação da percepção e da possibilidade de

resolução dos problemas, o fortalecimento de vínculos positivos, promovendo redes solidárias de apoio e otimizando recursos disponíveis da comunidade. É fundamentalmente uma estratégia integrativa e intersetorial de promoção e cuidado em saúde e baseia-se na Pedagogia de Paulo Freire, na Teoria da Comunicação, no Pensamento Sistêmico, na Antropologia Cultural e na Resiliência. Tendo a possibilidade de ouvir a si mesmo e aos outros participantes, a pessoa pode atribuir outros significados aos seus sofrimentos, diminuído o processo de somatização e complicações clínicas; **– Yoga:** prática que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento, atuando como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema músculo-esquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. Para harmonizar a respiração, são praticados exercícios de controle respiratório. Também, preconiza o autocuidado, uma alimentação saudável e a prática de uma ética que promova a não-violência. A prática de Yoga melhora a qualidade de vida, reduz o estresse, diminui a frequência cardíaca e a pressão arterial, alivia a ansiedade, depressão e insônia, melhora a aptidão física, força e flexibilidade geral.

Em 2018, o Ministério da Saúde incluiu 11 novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC por meio da Portaria n. 702, de 21 de março de 2018, a saber: **– Apiterapia:** método integrativo que utiliza os produtos produzidos pelas abelhas em suas colmeias como a apitoxina, geléia real, pólen, própolis, mel e outros para promoção e manutenção da saúde e auxílio complementar no tratamento de algumas condições alteradas; **– Aromaterapia:** uso de concentrados voláteis extraídos de vegetais, os óleos essenciais, a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene de modo a estabelecer o reequilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo; **– Bioenergética:** uma visão diagnóstica que, aliada à compreensão etiológica do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e os exercícios terapêuticos em grupos, por exemplo, e movimentos sincronizados com a respiração, trabalhando o conteúdo emocional por meio da verbalização, da educação corporal e da respiração, com exercícios direcionados a liberar as tensões do corpo e facilitar a expressão dos sentimentos; **– Constelação familiar:** técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família - existência de um inconsciente familiar, além do inconsciente individual e do inconsciente coletivo. Abordagem capaz de mostrar a origem de um distúrbio e levar o indivíduo a um outro nível de consciência em relação ao problema; – **Cromoterapia:** utiliza as cores nos tratamentos das doenças com o objetivo de harmonizar o corpo - as cores, em suas frequências, podem ser utilizadas para neutralizar as condições excessivas do corpo e restabelecer a saúde; **– Geoterapia:** uso da argila, rica em elementos minerais e estruturas cristalográficas que permitem reações bioquímicas e vibracionais nos tratamentos de saúde, diluída em água, podendo ser aplicada no corpo para ferimentos, cicatrização, lesões, processos inflamatórios e doenças osteomusuculares; **– Hipnoterapia:** conjunto de técnicas que por meio de intenso relaxamento, concentração/ foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permite alterar comportamentos indesejados como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas, podendo favorecer o autoconhecimento e, em combinação com outras formas de terapia, auxiliar na condução de uma série de problemas; **– Imposição de mãos:** esforço meditativo para a transferência de energia vital por meio das mãos com intuito de reestabelecer o equilíbrio do campo energético humano auxiliando no processo saúde-doença - a energia do campo universal sustenta todos os tipos de organismos vivos e este campo de energia universal tem a ordem e o equilíbrio como base; **– Medicina Antroposófica/ Antroposofia Aplicada à Saúde:** abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a

integralidade do cuidado em saúde. Considerada uma abordagem terapêutica integral com base na antroposofia, avalia o ser humano a partir dos conceitos da trimembração, quadrimembração e biografia, oferecendo cuidados e recursos terapêuticos específicos. Atua de maneira integrativa e utiliza diversos recursos terapêuticos para a recuperação ou manutenção da saúde, conciliando medicamentos e terapias convencionais com outros específicos de sua abordagem; **– Ozonioterapia:** aplicação de uma mistura dos gases oxigênio e ozônio por diversas vias de administração com finalidade terapêutica utilizada há décadas na Itália, Alemanha, Espanha, Portugal, Rússia, Cuba, China, entre outros. A molécula de ozônio é molécula biológica, presente na natureza e produzida pelo organismo sendo que o ozônio medicinal (sempre uma mistura de ozônio e oxigênio), nos seus diversos mecanismos de ação, representa um estímulo que contribui para a melhora de diversas doenças, uma vez que pode ajudar a recuperar de forma natural a capacidade funcional do organismo humano e animal. Alguns setores de saúde adotam regularmente esta prática em seus protocolos de atendimento, como a odontologia, a neurologia e a oncologia, dentre outras; **– Terapia de Florais:** por meio dos vários sistemas de essências florais, modifica certos estados vibratórios auxiliando a equilibrar e harmonizar o indivíduo. As essências florais são extratos líquidos naturais, inodoros e altamente diluídos de flores que se destinam ao equilíbrio dos problemas emocionais, operando em níveis sutis e harmonizando a pessoa internamente e no meio em que vive.

Com as novas práticas, ao todo, o SUS passa a ofertar 29 procedimentos à população. Evidências científicas têm mostrado os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares. Além disso, há crescente número de profissionais capacitados e habilitados e maior valorização dos conhecimentos tradicionais de onde se originam grande parte dessas práticas. As terapias estão presentes em 9.350 estabelecimentos em 3.173 municípios, sendo que 88% são oferecidas na Atenção Básica. Em 2017 foram capacitados mais de 30 mil profissionais e registrados 1,4 milhão de atendimentos individuais em práticas integrativas e complementares. Somando as atividades coletivas, a estimativa é que cerca de 5 milhões de pessoas por ano participem dessas práticas no SUS. Atualmente, a acupuntura é a mais difundida com 707 mil atendimentos e 277 mil consultas individuais e em segundo lugar estão as práticas de Medicina Tradicional Chinesa com 151 mil sessões. Também foram registradas 35 mil sessões de yoga, 23 mil de dança circular/biodança e 23 mil de terapia comunitária integrativa, entre outras (VALADARES, 2018).

Serão descritas mais detalhadamente, a seguir, algumas práticas integrativas complementares sugeridas para auxiliarem no tratamento do TEPT que podem ser adotadas como coadjuvantes à psicoterapia.

4.4.1 Acupuntura

Em estudo realizado com terapias integrativas, a acupuntura foi tão eficaz quanto o tratamento cognitivo-comportamental e ambos foram mais eficazes do que o resultado do grupo controle. Originária da Medicina Tradicional Chinesa que se caracteriza por um sistema médico integral que surgiu há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a interrelação harmônica entre as partes visando à integridade. Como fundamento, aponta a teoria do *Yin-Yang*, divisão do mundo em duas forças ou princípios fundamentais, interpretando todos os fenômenos em opostos complementares. O objetivo desse conhecimento é obter meios de equilibrar essa dualidade. Também inclui a teoria dos

cinco movimentos que atribui a todas as coisas e fenômenos, na natureza, assim como no corpo, uma das cinco energias (madeira, fogo, terra, metal, água). Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento. A acupuntura compreende um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos (zonas neurorreativas ou "pontos de acupuntura") para fins terapêuticos. A acupuntura tradicional é realizada por meio da inserção de agulhas filiformes de metálicas, em diferentes profundidades na pele, para estimular zonas do corpo e melhorar o fluxo de energia do organismo, com amplos benefícios, sendo capaz de tratar diversas doenças. A eletroacupuntura é a estimulação de agulhas de acupuntura por impulso elétrico, proporcionando estímulos por longo tempo com intensidade e frequência estáveis, mais indicado analgesia em nível cirúrgico, patologias cefálicas ou no tratamento de dores agudas. A moxibustão ou moxabustão é a queima (combustão) de uma erva chamada *artemisia vulgaris* (moxa) nos pontos de acupuntura que promovem o aumento da circulação vital (Qi) para tratar doenças de origem "vazia". A acupressão é feita por pressão dos dedos nos pontos de acupuntura, ou nas mãos e nos pés e tem o mesmo efeito que a inserção de agulha de acupuntura em menos intensidade e é recomendada para doenças leves, bebês e crianças. O *Cupping* ou ventosa é a aplicação de uma pressão negativa nos pontos de acupuntura, com sangria ou não, a fim de liberar a circulação do Qi e do Xue (sangue) e esta pressão pode ser feita utilizando objetos como jarras ou xícaras aquecidas sob a pele para gerar sucção. A sonoacupuntura é a aplicação de ondas sonoras com frequência acima de 400Hz nos pontos de acupuntura para emitir vibrações e estimular as zonas corporais. A laseracupuntura é a mesma técnica da acupuntura tradicional, porém, ao invés de utilizar agulhas usam-se aplicações de *laser* nos pontos corporais, aplicação de estímulos manuais (acupressão), luz (fotopuntura), estímulo sonoros, eletroacupuntura, aplicações de imãs, etc. Acupuntura auricular estimula pontos energéticos da orelha, a qual possui mais de 100 pontos que refletem o funcionamento pleno dos órgãos e a estimulação dessas zonas melhorariam o equilíbrio energético do corpo (YAMAMURA, 2016).

No ocidente, a partir da segunda metade do século XX, a acupuntura foi assimilada pela medicina contemporânea e, graças às pesquisas científicas empreendidas em diversos países tanto do oriente quanto do ocidente, seus efeitos terapêuticos foram reconhecidos e têm sido paulatinamente explicados em trabalhos científicos publicados em respeitadas revistas científicas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a acupuntura aos seus Estados-Membros, tendo produzido várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e tradicionais. O consenso do *National Institute of Health* dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorreia, cefaleia, epicondilite, fibromialgia, lombalgias e asma, dentre outras.

No Brasil, a acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos e em 1988, por meio da Resolução n. 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), teve as suas normas fixadas para o atendimento nos serviços públicos de saúde. Em 1995, foi reconhecida como especialidade médica pelo Conselho Federal de Medicina e posteriormente pela Associação Médica Brasileira e pela Comissão Nacional de Residência Médica. Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo o país. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas

médicas em acupuntura em todas as regiões. Em 2003, foram 181.983 consultas, com uma maior concentração de médicos acupunturistas na região Sudeste (213 dos 376 cadastrados no sistema). A acupuntura está presente em 19 estados, distribuída em 107 municípios, sendo 17 capitais. Atualmente é ensinada em várias escolas médicas e aplicada no SUS em seus diversos níveis de atenção. No que se refere ao mérito da acupuntura, podem-se destacar três pontos fundamentais contidos na Portaria n. 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006: 1. a OMS estimula o uso da Medicina Tradicional e Complementar /Alternativa nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental modernas; 2. o entendimento do Ministério da Saúde sobre as Práticas Integrativas e Complementares compreendendo o universo de abordagens denominado pela OMS de Medicina Tradicional e Complementar/ Alternativa (MT/MCA) e 3. a acupuntura é uma tecnologia de intervenção em saúde, inserida na Medicina Tradicional Chinesa, que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos.

O tratamento do estresse sem a utilização de medicamentos é uma proposta do método da acupuntura que vem sendo cada vez mais disseminada por médicos especializados, sem efeitos colaterais relevantes conhecidos. O tratamento de acupuntura para o estresse pós-traumático tem apresentado resultados bastante satisfatórios na prevenção e redução dos sintomas, principalmente os relacionados ao grupo de sintomas de hiperexcitação como insônia, irritabilidade, taquicardia, hipervigilância, dentre outros. A acupuntura, por meio de estímulo nos pontos pelas agulhas e outros instrumentos, produz uma série de reações locais e sistêmicas, resultando em alívio dos sintomas de forma imediata ou progressiva. Além da aplicação da acupuntura pelas agulhas, atualmente existe outro instrumento de aplicação denominado *"stiper"* que consiste em pastilhas macias produzidas com silício cristalizado e aglutinado com celulose vegetal, elementos naturais sem feitos colaterais e sem contraindicações. O silício é o mais potente ordenador de ondas e frequências e tem um grau de eficiência muito próximo ao das agulhas. O adesivo é mantido na pele por um período de três a seis dias e depois retirado pelo acupunturista. Como a acupuntura age pela via nervosa, ela induz a produção de hormônios antiestressantes como a endorfina, dopamina e serotonina, que neutralizam os hormônios do estresse adrenalina e cortisol, produzindo uma sensação de bem-estar geral, o que resulta em efeito de analgesia, calmante, antidepressivo, relaxamento muscular, antiespasmódico, melhora das funções de distúrbios dos órgãos internos. A sua atuação permite diminuir a frequência cerebral e o indivíduo consegue atingir um relaxamento profundo com melhora da capacidade pulmonar e aumento da reexpansão pulmonar, melhor oxigenação tecidual e cerebral, melhora do aporte sanguíneo, facilitando a eliminação das substâncias tóxicas do organismo. O estresse pode aumentar a pressão arterial e a frequência cardíaca, contraindo músculos e vasos sanguíneos, reação que pode ser extremamente prejudicial, dependendo de intensidade e vulnerabilidade do indivíduo. A acupuntura pode ajudar a manter o equilíbrio do sistema imunológico dos indivíduos que se envolvem com frequência em eventos traumáticos, evitando o aparecimento de outras doenças, auxiliando também no sistema nervoso e no sistema endócrino. O seu efeito é variável e individual, dependendo, dentre outras coisas, do grau de vulnerabilidade ao estresse de cada pessoa.

4.4.2 Meditação

É uma prática de harmonização dos estados mentais e da consciência, presente em inúmeras culturas e tradições. Também é entendida como estado de *Samadhi*, que é a dissolução da identificação com o ego e total aprofundamento dos sentidos, o estado de "êxtase". A meditação exerce influência em diferentes funções cognitivas. De acordo com o levantamento de Mantuani (2015), testes com eletroencefalografia vêm demonstrando que a concentração é um processo cognitivo que requer treinamento e integração de diferentes redes neurais. O aumento da atividade de ondas alfa (ondas de 9 a 13 Hz, que refletem estados de relaxamento) e a redução de ondas teta (ondas de 4 a 8 Hz, que indicam tanto estado de sonolência quanto de atenção), durante a meditação, mostram que o cérebro se encontra mais orientado internamente, alerta e atento. A Universidade Wisconsin-Madison, nos Estados Unidos, investigou a atividade eletroencefalográfica de indivíduos que meditavam diariamente havia mais de 20 anos e de um grupo-controle (meditadores ocasionais). Os resultados do estudo mostraram o aparecimento de ondas cerebrais amplas, conhecidas como ondas gama (de 27 Hz em diante), somente em indivíduos que meditavam diariamente, demonstrando grande concentração e aumento da atividade neuronal. A prática torna a pessoa atenta, experimentando o que a mente está fazendo no momento presente, desenvolvendo o autoconhecimento e a consciência, com o intuito de observar os pensamentos e reduzir o seu fluxo. Permite ao indivíduo enxergar os próprios padrões de comportamento e a maneira pela qual cria e mantém situações que alimentam constantemente o mesmo modelo de reação psíquica/emocional. Atrelado a isso, o conjunto de atitudes e comportamentos, aliado aos mecanismos de enfrentamento escolhidos pelo indivíduo diante as diversas situações da vida, tem impacto sobre sua saúde ou doença. A meditação constitui um instrumento de fortalecimento físico, emocional, mental, social e cognitivo. A prática traz benefícios para o sistema cognitivo, promove a concentração, auxilia na percepção sobre as sensações físicas e emocionais ampliando a autodisciplina no cuidado à saúde. Estimula o bem-estar, relaxamento, redução do estresse, da hiperatividade e dos sintomas depressivos.

Praticar meditação e alongamento pode ajudar a aliviar os sintomas de transtorno de estresse pós-traumático e normalizar os níveis de hormônio do estresse, segundo um estudo realizado com enfermeiros (KIM *et.al.*, 2013). Pacientes com TEPT têm altos níveis de hormônio liberador de corticotrofina e baixos níveis de cortisol, que regulam a resposta do corpo ao estresse. Embora os níveis de cortisol normalmente subam em resposta à pressão, os pacientes com TEPT têm níveis anormalmente baixos de cortisol e se beneficiam quando estes níveis aumentam. O estudo demonstrou uma resposta favorável com relação aos níveis de cortisol em indivíduos que praticaram meditação (alongamento e respiração profunda com atenção plena) por um período de oito semanas. Segundo Sang Hwan Kim, autor principal do estudo, "estas práticas oferecem uma abordagem de baixo custo que poderia ser usadas como um complemento para a psicoterapia tradicional ou tratamentos com medicamentos" e "essas práticas autodirigidas permitem que os pacientes com controlem seu próprio tratamento e tem poucos efeitos colaterais".

O ensaio clínico randomizado e controlado estudou o impacto de práticas meditativas em enfermeiras, um grupo que segundo a observação dos autores, está em alto risco de desenvolver TEPT devido à exposição repetida ao estresse extremo.

Um estudo de corte de 28 enfermeiros do Hospital da Universidade do Novo México, incluindo 22 com sintomas de TEPT foi dividido em dois grupos. Um grupo praticou atenção plena em sessões de 60 minutos, duas vezes por semana; os participantes realizaram alongamentos e

exercícios de respiração profunda, mantendo o foco na conscientização sobre os movimentos do seu corpo, sensações e ambiente. Os participantes, predominantemente do sexo feminino, foram submetidos a testes de sangue para medir os níveis de hormônio do estresse e preencheram um questionário de avaliação. No grupo que participou do treinamento, os níveis de cortisol no sangue subiram 67% e a pontuação no questionário diminuiu 41%, indicando que os indivíduos exibiam menos sintomas de TEPT.

Em comparação, o grupo controle apresentou uma queda de quase 4% na pontuação do questionário e um aumento de 17% nos níveis de cortisol no sangue durante o mesmo período. Os participantes que receberam o treinamento informaram que, além de a prática ter reduzido o impacto do estresse em sua vida diária, também dormiam melhor, sentiam-se mais calmos e foram motivados a retomar *hobbies* e outras atividades agradáveis que haviam abandonado. Segundo os autores do estudo, esta é uma intervenção promissora e digna de um estudo mais aprofundado, para determinar os seus efeitos a longo prazo.

O treinamento de atenção mental pode reduzir os sintomas do TEPT quando a atenção aprimorada permite um maior controle sobre pensamentos ou memórias intrusivas. Os pacientes que se envolvem em uma prática de atenção plena podem ser treinados para deslocar a atenção dos medos lembrados para a resolução de problemas focada no presente, permitindo melhorar o enfrentamento. Considera-se que os benefícios terapêuticos da meditação para o TEPT estão relacionados aos seus efeitos na redução do nível geral de excitação, permitindo uma autorregulação emocional melhorada. As vantagens importantes da meditação no tratamento do TEPT incluem facilidade de treinamento, baixo custo e implementação prática em configurações de grupo.

4.4.3 *Yoga*

O yoga é um sistema de filosofia prática milenar originário da Índia, que combina posturas físicas, técnicas de respiração, meditação e relaxamento. Atua como uma prática física, respiratória e mental. Fortalece o sistema músculo-esquelético, estimula o sistema endócrino, expande a capacidade respiratória e exercita o sistema cognitivo. Um conjunto de ásanas (posturas corporais) pode reduzir a dor lombar. Para harmonizar a respiração, são praticados exercícios de controle respiratório denominados de *prânâyâmas*. Também, preconiza o autocuidado, uma alimentação saudável e a prática de uma ética que promova a não-violência. Ela se baseia em oito passos, a saber: 1) conduta do praticante de yoga com o seu ambiente *(yama)* - não violência, veracidade, honestidade, não perversão do sexo, desapego; 2) conduta do yogi consigo mesmo *(niyama)* - pureza, harmonia, serenidade, alegria, estudo; 3) as posturas *(ásanas)*; 4) o controle da respiração *(pranayama)*; 5) o controle das percepções sensoriais *(pratyahara)*; 6) a concentração *(dharana);* 7) a meditação *(dhyana)*; e 8) a identificação do ego com Deus, ou o Universo *(samadhi)*.

A prática de *hatha yoga* é aconselhada pelos sistemas nacionais de saúde em todos os países membros da Organização Mundial da Saúde (BARROS, 2014). Ela é capaz de produzir efeitos revigorantes, propiciando ao praticante um estado permanente de energia, serenidade, autoconfiança, equilíbrio físico e emocional, clareza mental e resistência à fadiga, substituindo ansiedades, fobias, conflitos e comportamentos neuróticos. Para alcançar esse desenvolvimento, é necessário perceber cada momento da experiência, sem forçar o corpo além do limite confortável. Estudos apontam que as principais razões médicas para busca da prática de yoga são: problemas musculoesqueléticos, saúde mental e asma (BARROS, 2014). Sua prática tem se aplicado com

bons resultados na redução do estresse; aprimoramento da qualidade do sono; favorecimento do fortalecimento, vitalidade e flexibilidade; melhora do humor e ansiedade; diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial, alívio da ansiedade, depressão e insônia; melhora da aptidão física, força e flexibilidade geral; enfim, melhora na qualidade de vida do indivíduo. A prática de *ásanas e pranayamas* foi capaz de modificar a frequência respiratória e a mobilidade da caixa toráxica em grupo de mulheres saudáveis (COELHO, 2011). Pesquisadores da Universidade de Duisburg-Essen, Alemanha, e da Universidade de Nova York, em 2005, observaram em mulheres estressadas, alterações positivas em consequência da prática de exercícios respiratórios do yoga e posturas durante três meses. Para avaliá-las, os pesquisadores utilizaram testes psicológicos como a Escala Cohen de Stress Percebido, Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI), Perfil de Estados de Humor (POMS), Escala CEDS de Depressão e até níveis salivares de cortisol. Um dos exercícios propostos pelo yoga, técnicas de *Pránayáma*, têm como finalidade prolongar a expiração e valorizar a retenção de ar. Sendo assim, os quimiorreceptores sensíveis à elevação de CO2, localizados no centro respiratório do cérebro (no tronco cerebral), começam a responder menos a esse aumento durante a expiração, de modo que o indivíduo consegue expirar mais prolongadamente, reduzindo a frequência cardíaca. Esse princípio conduz a um treinamento tão forte do Sistema Nervoso Central que ocorre um aumento das variações da frequência cardíaca, mesmo quando o indivíduo não está praticando, pois o padrão respiratório involuntário é profundamente alterado.

Um estudo foi realizado com homens e mulheres entre 45 e 60 anos de idade com diagnóstico médico de hipertensão arterial que receberam sessões de exercícios respiratórios duas vezes por semana durante um mês, tendo cada sessão a duração de 30 minutos. Os resultados mostraram redução da pressão arterial, redução da frequência cardíaca e respiratória, demonstrando que a modificação do padrão respiratório melhora o controle cardiovascular na hipertensão essencial.

A yogaterapia é um tratamento ativo, inespecífico e global que beneficia o indivíduo em toda sua unidade psicossomática onde o praticante é coautor de suas melhoras. Essa prática pode ser utilizada como atividade paralela e coadjuvante em qualquer tratamento,: basta que haja discernimento e bom conhecimento do alcance, limitações e peculiaridades do método.

4.4.4 *Reiki*

O método *reiki* é um sistema natural de harmonização e reposição energética que mantém ou recupera a saúde, sendo considerado um método de redução do estresse. Funciona como um instrumento de transformação de energias nocivas em benéficas. É uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. (DE'CARLI, 2006). Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral. O *reiki* auxilia na recuperação da energia vital e bem-estar através do alinhamento energético dos *chakras* (centros de força/energia). Esse alinhamento energético propicia a redução da ansiedade, do estresse, de sentimentos de raiva e medo. Facilita o alívio de dores, quebra de vícios, aumenta a vitalidade, fortalece o sistema imunológico, desbloqueia a energia vital, melhora o sono, desintoxica o organismo, diminui a frequência respiratória provendo relaxamento e alívio de

tensões emocionais. A prática do *Reiki*, leva em conta dimensões da consciência, do corpo e das emoções, ativa glândulas, órgãos, sistema nervoso, cardíaco e imunológico, auxilia no estresse, depressão, ansiedade, promove o equilíbrio da energia vital, estimulando a energização dos órgãos e dos centros energéticos. Segundo De' Carli (2006), "o *reiki* muda a estrutura química do corpo, ajudando a restaurar os músculos, os nervos, o esqueleto e a regenerar órgãos". A prática promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais, fortalecendo os locais onde se encontram bloqueios ou "nós" energéticos, eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular de forma a restabelecer o fluxo de energia vital.

Em 1980, uma pesquisa investigou os efeitos do *Reiki* nas pessoas e revelou que os padrões de ondas cerebrais, tanto dos praticantes como dos receptores, estavam sincronizados no estado alfa. Em 1997, o pesquisador Toni Bunnell, sugeriu que o terapeuta canalizava esta vibração por meio da Ressonância Schuman, devido à ligação do campo de energia entre o praticante e a frequência do campo eletromagnético da Terra. Este tema estava ligado à visão física de um Universo vivo em que tudo está conectado. Isto intensifica a experiência daqueles que recebem o *reiki* com frequência, seja em uma sessão ou no autotratamento. A pesquisa mostra também que a pulsação do campo bioenergético que é emitido pelas mãos do praticante está na mesma frequência das ondas cerebrais de 0,3-30 Hz chegando a 7 – 8 Hz, o estado alfa.

Pesquisas médicas independentes demonstram que esta série de frequências estimula as cicatrizações do corpo, ajudando na regeneração de um nervo, no crescimento ósseo, na reparação de um ligamento e até na formação capilar, desde que a frequência esteja adequada aos diferentes tipos de tecido. O *reiki* começa a ser cada vez mais alvo de estudos científicos, para avaliar a sua eficácia e compreender melhor o seu funcionamento. As principais limitações prendem-se à abordagem metodológica que deve levar em conta a abrangência e complexidade das respostas obtidas com esta terapia. Mas a evolução da tecnologia e o recente despertar da comunidade científica para um conceito mais abrangente de saúde – **a meta é viver bem, e não somente curar males** – fizeram o *reiki* ganhar a atenção dos pesquisadores. Na Universidade de Virginia, por exemplo, uma revisão sobre sua influência na contenção da dor em pacientes com câncer ressaltou os resultados positivos. "São necessários levantamentos adicionais para confirmar os achados, mas a princípio o *reiki* foi bastante eficiente na redução do incômodo", concluíram os autores. Um trabalho realizado na Universidade Federal de São Paulo buscou investigar a eficácia do *reiki* em ratos com tumores malignos, tendo sido aplicado o *reiki* em ratos e, na sequência, analisadas suas células de defesa. "Em comparação com o grupo controle, esses animais apresentaram um sistema imune mais agressivo contra a enfermidade. E nem precisamos falar que bichos não acreditam em *reiki*", diz o psicobiólogo Ricardo Monezi, autor do estudo. Verdade que o nosso organismo não é idêntico ao de roedores, contudo está aí um indicativo do poder da imposição de mãos. Para testar o verdadeiro potencial da técnica no alívio da tensão, Monezi separou 25 idosos estressados para serem cuidados por terapeutas especializados em *reiki*. Outros 25 senhores na mesma situação receberiam uma terapia "falsa" (placebo), com os quais os aplicadores simulavam os gestos e as posições das mãos, mas não haviam sido treinados e nem conheciam direito o *reiki*. Nenhum dos participantes sabia da diferença entre os grupos para evitar que o placebo interfira nos dados encontrados, já que ambas as turmas imaginam estar recebendo *reiki*. Depois de oito sessões, os resultados mostraram que embora todos os voluntários tenham relaxado, aqueles tratados por mestres de *reiki* relataram uma tranquilidade maior e duradoura, sendo visível a diminuição da rigidez dos músculos da testa dessas pessoas, outro sinal de que o nervosismo foi reduzido. Investigadores da Universidade de Granada, na

Espanha, notaram que sujeitos hipertensos atenuaram o quadro com sessões regulares de *reiki*, havendo também trabalhos com diabete, epilepsia e depressão.

De acordo com Miles (2011), os estudos realizados até ao momento são de escala relativamente reduzida, mas a sua análise permite retirar algumas conclusões sobre alguns dos benefícios mais frequentes do *Reiki*, como a redução da ansiedade e da dor, o aumento do bem-estar, a redução da fadiga e um maior relaxamento. Seguem os resultados de alguns estudos: **1. "Efeitos do Reiki ao nível da dor, ansiedade e parâmetros hemodinâmicos no pós-operatório de cesarianas: um estudo clínico aleatório e controlado":** a aplicação de *Reiki* reduziu a intensidade da dor, a ansiedade e os valores relativos à respiração, assim como a necessidade de analgésicos. O estudo recomenda a aplicação de *Reiki* para reduzir a dor e a ansiedade nas mulheres sujeitas a uma intervenção por cesariana; **2. "Uma sessão de Reiki em enfermeiras diagnosticadas com síndrome de *Burnout* tem efeitos benéficos sobre a concentração de IgA salivar e a pressão arterial":** estudo duplo-cego, randomizado e controlado por placebo, concluiu que uma sessão de *Reiki* de 30 minutos consegue produzir uma melhoria imediata e estatisticamente relevante a resposta de IgAs e da pressão arterial diastólica em enfermeiras com síndrome de Burnout; **3. "Os efeitos da terapia Reiki na dor e ansiedade de pacientes que frequentam uma unidade oncológica e de infusão de dia":** o estudo conduzido em 118 pacientes com cancro revelou que as sessões de *Reiki* foram úteis para a melhoria do seu bem-estar, relaxamento, alívio da dor, qualidade do sono e redução da ansiedade, sugerindo que disponibilizar a terapia Reiki em hospitais pode dar resposta às necessidades físicas e emocionais dos pacientes; **4. "O Reiki melhora a homeostase da frequência cardíaca em ratos de laboratório":** o estudo buscou determinar se a aplicação de *Reiki* em ratos sujeitos a estresse por ruído poderia reduzir a sua frequência cardíaca. Os resultados apontaram para uma redução significativa da frequência cardíaca, sugerindo um efeito homestásico do *Reiki* e sugerindo que o *Reiki* é eficaz na modulação da frequência cardíaca em ratos estressados e não estressados, suportando o seu uso como redutor do estresse em humanos (BALDWIN, WAGERS. & SCHWARTZ, 2008).

5 TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NA SEGURANÇA PÚBLICA BRASILEIRA

Embora os brasileiros tenham uma alta prevalência de exposição a eventos traumáticos, como acidentes e homicídios, há poucos estudos teóricos e empíricos sobre o TEPT em nosso país e só recentemente a Psiquiatria Brasileira começou a reconhecer a importância do diagnóstico desse transtorno.

Segundo o manual de doenças relacionadas ao trabalho, publicado pelo Ministério da Saúde em 2001, o TEPT caracteriza-se por uma resposta tardia e/ou protraída a um evento ou situação estressante (de curta ou longa duração) de natureza ameaçadora ou catastrófica que, reconhecidamente, causaria extrema angústia em qualquer pessoa (BRASIL, 2001).

A visão do TEPT como doença ocupacional, segundo Bucasio (2005), é um conceito novo e relevante a ponto de ser avaliado e estudado em função do elevado índice de violência constatado no atual cenário social brasileiro. Como a violência urbana e a agressão interpessoal constituem ameaça à vida, à integridade física e à sensação de segurança das pessoas de forma cotidiana, a resposta emocional das pessoas sob a forma de Transtorno de Estresse Pós-Traumático começa

a se tornar uma ocorrência frequente e atinge significativamente os profissionais de Segurança Pública que estão constantemente expostos a situações potenciais para o desenvolvimento do TEPT.

O reconhecimento do TEPT no contexto do trabalho do profissional de Segurança Pública é importante para orientar não somente os serviços de saúde, mas também os administradores, gestores e profissionais de recursos humanos na prevenção e acompanhamento do sofrimento psíquico e físico em questão. O trabalho de um policial é caracterizado por constante exposição ao perigo, agressão e violência iminentes, exigindo deste profissional intervenções rápidas e eficazes em momentos de muita pressão e alta tensão emocional. Para além de situações mais agudas, o trabalho cotidiano do policial traz em si variáveis que podem funcionar como agentes estressores ao longo do tempo, tendo inclusive significativas repercussões na família, na qualidade de vida e de saúde desta categoria. Troca de tiros, acidente automobilístico, mortes, situações de violência sexual e contra criança ou idoso, fazem parte da rotina de trabalho do profissional de Segurança Pública.

Considerando-se que esses profissionais são frequentemente expostos a situações de alto estresse, avaliar as diferenças individuais nos padrões de resposta é de suma importância. Tais pesquisas visam elucidar essa questão e auxiliar os gestores a compreender os padrões de resposta ao trauma e ao estresse, a ligação entre trauma e abuso de substância, e as estratégias de intervenção e tratamento necessárias para ajudar os profissionais a sobreviverem aos rigores de sua profissão. Em outros países têm sido amplamente investigados os fatores preditores de sofrimento psíquico entre policiais. Pesquisas realizadas com policiais mostram que os preditores de depressão abrangem grandes traumas na infância, menor autoestima durante o curso de formação e maior percepção de estresse no primeiro ano de atividade profissional (WANG *et.al*, 2010). Conhecer os fatores preditivos é importante para identificação de indivíduos mais vulneráveis, quando possível. O impacto do crime tem se tornado um problema de saúde pública, particularmente nas áreas urbanas, e é agora uma das mais frequentes causas de morte na população em diversos países. A incidência de eventos estressores ligados à violência urbana é crescente. Atualmente, as principais ocorrências potencialmente traumáticas notificadas nas capitais brasileiras são: tentativa de homicídio, lesão corporal, estupro, atentado violento ao pudor, sequestro, roubo e furto. Segundo Giddens (2002), há ambientes institucionalizados de risco que geram algumas situações dentro das quais os indivíduos arriscam suas próprias vidas. Pode-se entender a instituição policial como um desses ambientes, onde o risco faz parte da natureza do trabalho e o policial se depara, com frequência, com um "incidente crítico".

As Instituições de Segurança Pública oferecem poucas oportunidades de cuidados com a saúde física, mental e emocional de seus integrantes. Os trabalhadores da Segurança Pública vivenciam, em seu cotidiano, a disparidade entre o conjunto de prescrições e exigências para a realização das tarefas e a escassez dos recursos materiais e tecnológicos, concedidos (ou negados) conforme políticas institucionais, a baixa remuneração (o que gera preocupação), a falta de efetivo (o que aumenta a sobrecarga de trabalho), péssimas condições de trabalho (o que leva a um grau de incerteza na prestação do serviço) e o desvio de função (o que pode ser um fator de frustração). Aspectos que podem agravar a saúde desse profissional.

Neste sentido observa-se que trabalhar em Segurança Pública é de fato um risco à saúde visto ser uma profissão considerada de alto risco. Este pode ser sinalizado não apenas por uma ameaça física direta, mas também por uma ameaça à autoestima ou à dignidade como tratamento injusto ou grosseiro, insulto ou humilhação por parte tanto da sociedade civil e da

própria instituição e a frustração da não realização de objetivos profissionais. Esses sentimentos podem ser reforçados pela sensação de insegurança da população que, com base nas informações, hoje vinculadas em tempo real nos meios de comunicação, contestam e criticam o aparato da Segurança Pública e avaliam negativamente os profissionais da polícia. A Instrução Normativa, de 26 de fevereiro de 2010 do Ministério da Justiça, institui o Projeto Qualidade de Vida dos profissionais de Segurança Pública e agentes penitenciários com o objetivo de implementar políticas de qualidade de vida, bem-estar, saúde, desenvolvimento pessoal, exercício da cidadania e valorização desses profissionais.

As pesquisas de Rifiotis (2000) com profissionais da Segurança Pública do Estado de Santa Catarina indicam que o policial cumpre as múltiplas exigências do trabalho altamente responsável e vive situação de estresse constante, afetando não só a ele próprio, mas a seus familiares e a própria organização da polícia e a comunidade. As ocorrências de natureza traumática podem resultar em morte e exigem do policial, equilíbrio emocional durante e após a intervenção, garantindo a sua segurança e da própria equipe de trabalho. O incidente crítico se configuraria em uma "quebra na rotina de trabalho que implique em risco à integridade física, psíquica ou moral do profissional de Segurança Pública ou agente penitenciário". São exemplos de incidentes críticos, os confrontos entre policiais e infratores, acidentes com múltiplas mortes, desastres naturais e outros em que a atuação dos profissionais de Segurança Pública é sempre imprescindível (RIFIOTIS, 2000). As condições da tragédia, identificação do policial com a vítima e a atuação da mídia em eventos de grande interesse são fatores que tendem a agravar os níveis de estresse da situação.

As atividades laborais relacionadas à Segurança Pública estão sob intensa pressão de valores sociais, controles internos (Administração Pública) e externos (sociedade civil). Os agentes de Segurança Pública lidam, dia e noite, com questões complexas e desgastantes. Uma das características específicas da polícia é a possibilidade do uso da força de forma legítima mesmo que não seja este seu objetivo. O controle desta força através de critérios legais e profissionais é de suma importância para que se evite a ocorrência dos desmandos pelo abuso do poder.

Quando o policial precisa usar a força, em determinado momento, tem-se uma situação de estresse. Ter uma arma muitas vezes não lhe garante a melhor solução para a situação. Esses estudos mostram a possibilidade de modificação de comportamento dos policiais que usam arma de fogo ou força letal no atendimento de ocorrências em uma simples abordagem ou em situações de tiroteio. A natureza do trabalho policial a ser executado e o risco exigido torna necessário o desenvolvimento de habilidades como prontidão para iniciativas, raciocínio rápido para uso de alternativas na solução dos problemas, concentração para dominar a situação, criatividade e trabalho em equipe.

Pesquisas na literatura internacional confirmam que a função policial é uma das mais estressantes no universo do trabalho (WILSON, J.Q. & KEELLING, G.L, 1982; MC CREARY, D.& THOMPSON, M, 2004). Lipp (1996) considera que os policiais são os profissionais que mais sofrem de estresse, pois estão "constantemente expostos ao perigo, à agressão e à violência, devendo frequentemente intervir em situações de problemas humanos de muita tensão". As evidências indicam que o grupo, entre policiais, de maior vulnerabilidade para desenvolvimento de sintomas de TEPT, possui história psiquiátrica na família e abuso de substância (INSLICHT *et al.* 2010). Contudo, há que se considerar, além das variáveis individuais, o ambiente organizacional, que pode funcionar como protetor ou mediar a relação entre a exposição a eventos críticos e

o desenvolvimento de TEPT relacionado tanto às atividades do trabalho quanto à vida pessoal (MAGUEN *et al.* 2009).

Por exemplo, um grupo pode passar por um mesmo evento, como ficar encurralado numa favela durante uma incursão policial, após o qual um dos envolvidos pode imediatamente estar pronto para outro confronto e para sua rotina, outro pode ficar com medo alguns dias e depois voltar à vida normal, outro poderá ficar com uma ansiedade muito grande e duradoura e não conseguir voltar à sua rotina, enquanto um quarto integrante do grupo poderá não apresentar nenhum sintoma imediatamente nem nos meses decorrentes, mas apresentá-los após certo tempo, devido ao grande abalo causado pela experiência. Portanto o aspecto individual precisa ser sempre levado em conta em se tratando de TEPT. Segundo Dorigo e Lima (2007), a prevenção do TEPT depende, dentre outras coisas, da adoção de uma série de medidas no âmbito do contexto de trabalho em que o indivíduo está inserido. O profissional precisa receber suporte e apoio psicológico após a ocorrência do evento, a fim de que possa haver uma contribuição para uma possível amenização dos danos causados pelo trauma.

5.1 SOBRE PROGRAMAS NACIONAIS NA SEGURANÇA PÚBLICA

A pesquisa no âmbito nacional sobre os programas de prevenção de TEPT mostrou que se trata de um tema ainda pouco abordado nas Instituições de Segurança Pública. No Brasil infelizmente esse transtorno ainda é pouco conhecido, raramente diagnosticado e facilmente confundido com escassas publicações científicas e raras pesquisas na área de Segurança Pública. Há muitos programas nesse sentido para a população em geral, mas não especificamente para os profissionais de Segurança Pública e muitos dos que existem em instituições de Segurança Pública ainda não saíram do papel. Parece que as Instituições ainda não despertaram para a importância da implementação de programas e ações de prevenção de TEPT voltados para o profissional de Segurança Pública, levando-se em conta que a sua saúde mental precisa ser preservada para que ele possa "preservar e cuidar" da população.

O levantamento sobre os programas de prevenção de TEPT nas instituições de Segurança Pública brasileira foi efetuado por meio de pesquisa realizada pela consultora e por meio de uma solicitação formal da SENASP aos 26 Estados da Federação e ao Distrito Federal no ano de 2011 e atualizado em 2018. Alguns estados pesquisados em 2011, se destacaram no sentido de apresentarem programas específicos de intervenção em incidentes críticos na prevenção de TEPT para o profissional de Segurança Pública, como os Estados de Santa Catarina, São Paulo e Bahia, e em 2018, destacaram-se os estados do Mato Grosso, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, havendo quatorze estados que não responderam à solicitação da SENASP sobre a existência ou não de programa de prevenção de TEPT. Outras instituições nacionais demonstraram ter programas ou ações na área de atendimento biopsicossocial ou saúde mental, o que pode ser considerado uma "boa prática" na direção de prevenção de TEPT, ainda que não o seja diretamente, pois contribui para que o profissional tenha, ao menos, algum tipo de atendimento que lhe dê suporte psicológico. Apesar da existência de iniciativas de programas biopsicossociais na grande maioria dos estados, são encontradas inúmeras necessidades de aprimoramento e de apoio para que esses projetos possam ser efetivos. Além disso, não há um mapeamento formal dos problemas para decisão das estratégias de ação e não é avaliado o impacto das intervenções realizadas.

De acordo com o Guia de Ações para os Órgãos de Segurança Pública, há uma grande carência de recursos humanos e de infraestrutura nos programas biopsicossociais da grande

maioria dos Estados e por isso não se tem certeza se a existência de um programa significa que ele tenha sido implementado de fato ou se está somente no papel.

Primeiramente serão apresentados cinco quadros, um para cada região do país, por ordem alfabética em função da região, com o levantamento realizado em setembro de 2018 por meio de contato direto entre a SENASP e as polícias militares, polícias civis, corpo de bombeiros e polícias científicas de cada estado da Federação a respeito da existência de programas ou ações de prevenção de TEPT. No campo "observações" de cada quadro constam algumas informações fornecidas pelas instituições como os nomes dos programas específicos de prevenção de TEPT existentes em algumas instituições; os nomes de outros programas desenvolvidos na instituição, ainda que não diretamente focados em TEPT, tendo sido considerados pelos respondentes da instituição como úteis na prevenção de TEPT; e também pode constar no campo observações algum comentário considerado relevante para o presente trabalho emitido por um membro da instituição, o qual estará entre aspas. Com relação à pergunta sobre a existência ou não de programa ou ação de prevenção de TEPT, foram registradas respostas "sim" somente se tiver sido informado pela instituição que há um programa ou ação específicos para prevenção de TEPT, ou seja, a existência de outros programas não está sendo considerada para a resposta "sim". Em seguida, será apresentado o detalhamento dos programas nacionais específicos para TEPT, na ordem da numeração sobrescrita em cada instituição apresentada nos quadros do levantamento dos programas. Os programas ou ações não específicos para prevenção de TEPT, mas que, de alguma maneira, podem auxiliar neste propósito, serão apresentados após o detalhamento dos programas específicos. Alguns estados que responderam que tinham algum tipo de programa também foram contatados diretamente pela consultora como Sergipe, Roraima, Distrito Federal, Rio Grande do Sul para obtenção de maiores esclarecimentos. Todas as informações contidas em cada quadro foram fornecidas pelas próprias instituições.

Será apresentado o levantamento dos programas nacionais realizado em 2011, por meio de quadros por região (Anexo B) e subsequente detalhamento dos programas nacionais específicos para TEPT (Anexo C) e descrição dos programas nacionais não específicos para TEPT (Anexo D) levantados à época, cuja coleta seguiu a mesma metodologia descrita no parágrafo acima utilizada no presente ano. É importante destacar que as informações coletadas em 2011, sobre as Perícias Científicas dos Estados de Alagoas, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e do Distrito Federal, foram obtidas por meio de um grupo focal realizado na cidade de Brasília com peritos de local de crime desses Estados (realizado no dia 08.11.11 na Academia Nacional de Polícia - ANP), cujo conteúdo foi obtido por meio da pesquisa realizada pela consultora ou pelo envio do conteúdo pela própria instituição.

5.1.1 LEVANTAMENTO DOS PROGRAMAS NACIONAIS (2018)

Quadro 1: Região Centro-Oeste

UF	INSTITUIÇÃO	POSSUI PROGRAMA / AÇÃO DE PREVENÇÃO DE TEPT?*			OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	NR**	
GO	PMGO			X	
	PCGO			X	
	CBMGO		X		- acompanhamento com psiquiatra e psicólogo da Corporação enquanto durarem as queixas relativas ao TEPT; - palestras informativas sobre o assunto realizadas pelo Comando de Saúde; - não possui programa/ação específicos para TEPT.
	Polícia Científica			X	
MT	PMMT[1]	X			- em 2014 foi instituído o Programa de Prevenção ao TEPT com avaliações específicas e protocolo de atendimento para fins de trabalho individualizado ou em grupo baseado em ações de prevenção ao TEPT diante de incidentes críticos e psicoeducação relacionada a outros eventos.
	PCMT[1]	X			
	CBMMT[1]	X			
	Polícia Científica[1]	X			
MS	PMMS			X	
	PCMS			X	
	CBMMS			X	
	Polícia Científica			X	
DF	PMDF		X		
	PCDF		X		- apostila de prevenção e manejo do estresse; - Programas de Saúde no Trabalho – PROSAT e de Bem-Estar do Servidor – PROBEM - saúde mental, prevenção de doenças degenerativas; - Projeto Fé – Capelania em processo.
	CBMDF[2]	X			- palestras e ações pontuais de psicoeducação; - intervenção para incidentes críticos; - ambulatório de EMDR; biofeedback para controle do estresse em pacientes de EMDR.
	Polícia Científica			X	

*De acordo com as respostas de cada Instituição; **NR: Não Respondeu.

Quadro 2: Região Nordeste

UF	INSTITUIÇÃO	POSSUI PROGRAMA / AÇÃO DE PREVENÇÃO DE TEPT?*			OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	NR**	
AL	PMAL			X	
	PCAL		X		- instituída a Comissão de qualidade de vida dos trabalhadores da PCAL – QUALIVIDA em junho de 2018 para desenvolver políticas de vida e valorização dos profissionais, ações com foco na prevenção ao TEPT.
	CBMAL			X	
	Polícia Científica		X		
BA	PMBA			X	
	PCBA			X	
	CBMBA			X	
	Polícia Científica			X	
CE	PMCE			X	
	PCCE			X	
	CBMCE			X	
	Polícia Científica			X	
MA	PMMA			X	
	PCMA			X	
	CBMMA			X	
	Polícia Científica			X	
PB	PMPB			X	
	PCPB			X	
	CBMPB			X	
	Polícia Científica			X	
PE	PMPE			X	
	PCPE			X	
	CBMPE			X	
	Polícia Científica			X	

PI	PMPI			X	
	PCPI			X	
	CBMPI			X	
	Polícia Científica			X	
RN	PMRN			X	
	PCRN			X	
	CBMRN			X	
	Polícia Científica			X	
SE	PMSE		X		Projeto de prevenção de estresse e transtornos psicossociais relacionados ao trabalho policial com ações de TEPT e TEA incluídas no prontuário de atendimento.
	PCSE		X		
	CBMSE		X		
	Polícia Científica		X		

*De acordo com as respostas de cada Instituição; **NR: Não Respondeu

Quadro 3: Região Norte

UF	INSTITUIÇÃO	POSSUI PROGRAMA / AÇÃO DE PREVENÇÃO DE TEPT?*			OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	NR**	
AC	PMAC			X	
	PCAC			X	
	CBMAC			X	
	Polícia Científica			X	
AM	PMAM		X		
	PCAM		X		
	CBMAM		X		
	Polícia Científica		X		
AP	PMAP			X	
	PCAP			X	
	CBMAP			X	
	Polícia Científica			X	

PA	PMPA		X		Ações indiretas preventivas após ocorrências de risco.
	PCPA			X	
	CBMPA			X	
	Polícia Científica			X	
RO	PMRO			X	
	PCRO			X	
	CBMRO			X	
	Polícia Científica			X	
RR	PMRR		X		- possui projeto de prevenção ao estresse pós-traumático desde 2014 inserido no Programa de Prevenção e Gerenciamento do Estresse.
	PCRR		X		
	CBMRR		X		
	Polícia Científica		X		
TO	PMTO			X	
	PCTO			X	
	CBMTO			X	
	Polícia Científica			X	

*De acordo com as respostas de cada Instituição; **NR: Não Respondeu

Quadro 4: Região Sudeste

UF	INSTITUIÇÃO	POSSUI PROGRAMA / AÇÃO DE PREVENÇÃO DE TEPT?*			OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	NR**	
ES	PM ES			X	
	PC ES			X	
	CBMES	X			
	Polícia Científica			X	

MG	PMMG		XX		- última ação realizada entre 2016 e 2017 - pesquisa sobre prevenção ao uso de álcool e outras drogas psicoativas.
	PCMG		XX		- acompanhamento psicossocial aos servidores ativos e inativos, ações que promovem qualidade de vida no trabalho; - última ação realizada entre 2016 e 2017 - pesquisa sobre prevenção ao uso de álcool e outras drogas psicoativas.
	CBMMG		XX		- última ação realizada entre 2016 e 2017 - pesquisa sobre prevenção ao uso de álcool e outras drogas psicoativas.
	Polícia Científica		XX		
RJ	PMERJ		X		- iniciativas preventivas dos psicólogos e do serviço social – oferta de suporte psicossocial ao policial; - Núcleo Central de Psicologia – NuCePsi 94 psicólogos atendendo policiais militares ativos e inativos e seus dependentes; - Sistema de Atenção da Saúde do Policial – SASP: monitora a saúde física e mental do policial da ativa.
	PCRJ		XX		- Núcleo de Saúde Mental - 03 psiquiatras e 09 psicólogos atendendo policiais civis da ativa.
	CBMRJ			X	
	Polícia Científica			X	
SP	PMSP[3]	X			
	PCSP			X	
	CBMSP			X	
	Polícia Científica			X	

*De acordo com as respostas de cada Instituição; **NR: Não Respondeu

Quadro 5: Região Sul

UF	INSTITUIÇÃO	POSSUI PROGRAMA / AÇÃO DE PREVENÇÃO DE TEPT?*			OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	NR**	
PR	PMPR[4]	X			- Programa de Atenção Psicossocial a Policiais e Bombeiros Militares Envolvidos em Ocorrências de Alto Risco – PROAAR e o Plantão Psicossocial.
	PCPR			X	
	CBMPR[4]	X			- Programa de Atenção Psicossocial a Policiais e Bombeiros Militares Envolvidos em Ocorrências de Alto Risco – PROAAR e o Plantão Psicossocial.
	Polícia Científica			X	
RS	PMRS		X	X	
	PCRS			XX	
	CBMRS		X	X	- Iniciativas técnicas, administrativas e operacionais de incentivo e valorização da vida.
	Polícia Científica			X	
SC	PMSC			X	
	PCSC[5]	X			- Programa de Intervenção em Incidente Crítico oferecendo suporte psicológico imediato ao policial após vivenciar uma ocorrência de alto risco. Pretende normatizar os procedimentos de atendimento de policiais civis expostos a alto risco para a redução do índice de morbidade e afastamentos. Propõe que seja fornecido o devido suporte psicológico a todos os Policiais Civis expostos à vivência representativa de trauma, exposição ao perigo, agressão e violência.
	CBMSC			X	
	Polícia Científica			XX	

*De acordo com as respostas de cada Instituição; **NR: Não Respondeu

5.1.2 DETALHAMENTO DE PROGRAMAS NACIONAIS ESPECÍFICOS PARA TEPT (2018)

5.1.2.1 PROGRAMA DO ESTADO DO MATO GROSSO – PMMT[1], PCMT[1], CBMMT[1], POLÍCIA CIENTÍFICA[1]

Primeiramente destaca-se a INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA N. 001/SESP/SEJUDH/SAENS, 30 de novembro de 2011, que institui o Programa de Qualidade de Vida no Trabalho e atendimento em Incidente Crítico ocorridos no exercício da função para servidores da Secretaria de Estado de Segurança Pública e Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos publicada no Diário Oficial do dia 13 de dezembro de 2011, salientando-se o artigo 2º.:

"Art. 2º- Instituir fluxo de atendimento padronizado para servidores da SESP e SEJUDH que passam por incidente crítico que tem por objetivo:

I - Promoção da saúde mental a fim de valorizar o profissional e evitar a banalização dos eventos traumáticos e,

II - Minimizar o impacto do efeito traumático, por meio de ações de prevenção e intervenção imediata buscando a diminuição da prevalência do estresse e instauração do transtorno de estresse pós-traumático".

Com base no relatório geral e demais documentos enviados pela Secretaria de Estado de Segurança Pública do Mato Grosso, segue o conteúdo pertinente ao programa desenvolvido por este Estado.

O Instituto de Psicologia e Controle de Stress Marilda Novaes Lipp (IPCS) é uma entidade destinada a promover a profilaxia e o tratamento do estresse excessivo e tem como nome fantasia o Centro Psicológico de Controle do Stress (CPCS) fundado em 1985, em Campinas, o CPCS existe agora em São Paulo, Campinas, Rio de Janeiro, Recife e Campo Grande e atua em várias partes do Brasil realizando pesquisas, cursos, palestras e assessoria a empresas na área do estresse, qualidade de vida e mudança de hábitos de vida. O CPCS é o primeiro órgão no Brasil especificamente organizado com o objetivo de realizar pesquisas sobre o estresse e seus efeitos e elaborar métodos de prevenção e tratamento para possibilitar às pessoas que estão submetidas a muitas tensões a:

1. Reconhecer os sintomas do estresse excessivo;

2. Detectar eventos internos e externos que desencadeiem a resposta de estresse;

3. Entender o que é qualidade de vida e ser capaz de avaliar a sua e a das pessoas ao seu redor.

4. Utilizar estratégias de enfrentamento para reduzirem o estresse excessivo.

O Instituto de Psicologia e Controle do Stress estabeleceu um acordo com a Secretaria do Estado da Justiça e Segurança Pública do Estado de Mato Grosso, por meio da Ordem de Fornecimento nº. 049/2014, que teve por objetivo consultoria especializada para estabelecimento de um Programa de Prevenção ao Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) em profissionais da Segurança Pública como parte do Convênio nº. 774288/2012/SENASP.

Em 2010, foi realizado um mapeamento do estresse nas Instituições de Segurança Pública do Mato Grosso por meio do Programa de Prevenção e Gerenciamento do Stress cujo relatório

apontou que as quatro Instituições (PM, PJC, CBM e POLITEC) diferem significativamente em vários aspectos, porém tem em comum um alto nível de stress e alguns estressores ocupacionais. Inicialmente é importante enfatizar que o nível de stress detectado entre os avaliados estava excessivamente alto, com 52% dos respondentes, mostrando sinais acentuados de tensão excessiva. Ficando claro que um grande número de policiais, das quatro Instituições, não está conseguindo lidar com o stress que a profissão acarreta. Isto indica a necessidade da promoção, manutenção e expansão do treinamento especializado no controle do stress a fim de se evitar, em primeiro lugar, danos para a saúde dos servidores e, adicionalmente, prevenir uma possível queda na produtividade e eficiência da das atividades da Secretaria de Estado de Segurança Pública de Mato Grosso.

O Programa de Prevenção ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático teve como objetivo geral a realização de mapeamento por amostragem para identificar servidores que passaram por eventos críticos bem como a prevalência de sintomas que atendam os critérios diagnósticos de TEPT e dos fatores ocupacionais que a desencadeiam.

Objetivos Específicos do Programa

1 - Treinamento sobre a Prevenção ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Cada participante recebeu uma cartilha ilustrada sobre o que se constitui o TEPT e como lidar com eventos críticos para evitar o TEPT,

2 - Mapeamento da prevalência de TEPT com correção dos testes de TEPT na PM, PJC, CBM e POLITEC,

3 - Relatórios individuais com o fornecimento de feedback para os avaliados em sessões de devolutivas com os psicólogos do IPCS;

4 - Intervenção psiquiátrica para os avaliados que necessitam intervenção devido ao TEPT,

5 - Produção de 5 relatórios sobre a abrangência, a eficácia e o resultado do programa, tendo como referência a ação transformadora alcançada. Trata-se de relatórios gerenciais fornecendo dados estatísticos sobre a situação diagnosticada na pesquisa com recomendações sobre as ações necessárias para cada polícia, sendo um dos relatórios de caráter global, destinado aos membros do Núcleo, responsável pelo projeto e à Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SENASP).

6 - Devolutiva de resultados para os Gestores.

O Programa abrangeu a cerca de 10.390 (dez mil trezentos e noventa) profissionais de Segurança Pública, notadamente, policiais militares, policiais civis, bombeiros militares, componentes da Politec e gestores das respectivas instituições.

Procedimentos gerais do Programa

1º Procedimento: participação de 781 servidores da Secretaria de Estado de Segurança Pública de Mato Grosso em *workshops* sobre estresse pós-traumático administrados pelo IPCS, com base na seguinte apostila que foi distribuída para todos.

APOSTILA

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) - Sintomas, tratamento e autoajuda

Depois de uma experiência traumática é normal sentir-se assustado, triste e ansioso. Se esta sensação não passa e a sensação constante de perigo acompanhadas de memórias dolorosas continua presente, você pode estar sofrendo de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). A impressão que se tem é de que nunca se vai superar o que aconteceu e se sentir normal de novo. Mas existe tratamento para isto, procure apoio para desenvolver habilidades de enfrentamento. Você pode superar isto e seguir em frente com sua vida.

O que é transtorno de estresse pós-traumático

Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) pode desenvolver-se após um evento traumático que ameaça a sua segurança ou faz você se sentir fragilizado frente ao que aconteceu.

Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) pode afetar aqueles que passam por uma catástrofe, ou que a testemunham e aqueles que atendem as vítimas depois, incluindo trabalhadores de emergência e das forças policiais. Pode até mesmo ocorrer nos amigos ou familiares daqueles que passaram pelo trauma real.

Os eventos traumáticos que podem levar a TEPT incluem:

- Homicídio
- Os desastres naturais
- Acidente de carro ou avião
- Brigas
- A morte súbita de um ente querido
- Estupro
- Rapto
- Assalto
- O abuso sexual ou físico
- Negligência na Infância

Ou qualquer evento devastador que o faça sentir fragilizado e sem esperança.

A diferença entre TEPT e uma resposta normal a um trauma

Após um evento traumático quase todo mundo experimenta alguns sintomas de TEPT. Quando o seu senso de segurança e confiança são quebrados, é normal sentir-se perdido, desconectado, ou anestesiado. É muito comum ter pesadelos, sentir medo, e achar que é difícil parar de pensar sobre o que aconteceu. Essas são reações normais a eventos anormais. Para a maioria das pessoas, no entanto, estes sintomas são de curta duração. Eles podem durar vários dias ou mesmo semanas, mas eles gradualmente desaparecem. No caso de TEPT, os sintomas não diminuem. A pessoa não se sente melhor a cada dia.

Sinais e sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (PTSD)

Os sintomas do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) pode surgir de repente, de forma gradual, ou ir e vir ao longo do tempo. Às vezes os sintomas aparecem aparentemente do

nada. Em outros momentos, eles são acionados por algo que você lembra do evento traumático original, como um ruído, uma imagem, certas palavras, ou um cheiro.

Existem três tipos principais de sintomas:

1. Revivendo o evento traumático

- Pensamentos Intrusivos, memórias perturbadoras do evento
- Flashbacks (sentir como se o evento estivesse acontecendo de novo)
- Pesadelos (ou do evento ou de outras coisas assustadoras)
- Sentimentos de intenso sofrimento quando lembra do trauma
- Reações físicas intensas a lembrar do evento (por exemplo, coração batendo, respiração rápida, náuseas, tensão muscular, sudorese)

2. Evitando lembranças do trauma

- Evitação de atividades e lugares que lembre o trauma
- Incapacidade de lembrar aspectos importantes do trauma
- Perda de interesse em atividades e da vida em geral
- Sentir-se separado dos outros e entorpecido emocionalmente

3. Aumento da ansiedade e sensibilidade emocional

- Dificuldade de iniciar ou manter o sono
- Irritabilidade ou explosões de raiva
- Dificuldade de concentração
- Hipervigilância (em constante estado de alerta)
- Sentir-se nervoso e facilmente assustado

TEPT não é fraqueza! Se suspeitar que você ou um ente querido tem transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), é importante procurar ajuda imediatamente de um psicólogo ou médico.

O tratamento para o transtorno de estresse pós-traumático (PTSD)

O tratamento para o TEPT alivia os sintomas, ajudando você a lidar com o trauma que você experimentou. Ao invés de evitar o trauma e qualquer lembrança dela, o tratamento vai encorajá-lo a lembrar e processar as emoções e sensações que você sentiu durante o evento original. Além de oferecer uma saída para as emoções que você foi até o engarrafamento, o tratamento para o TEPT também irá ajudar a restaurar o seu senso de controle e reduzir a espera poderosa a memória do trauma tem em sua vida.

Recuperação de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um processo contínuo gradual. A cura não acontece durante a noite, nem as memórias do trauma não desaparecem completamente. Isso pode fazer a vida parecer difícil às vezes. Mas há muitas coisas que você pode fazer para lidar com sintomas residuais e reduzir a sua ansiedade e desconforto.

Dica 1: Peça apoio

O TEPT pode fazer você se sentir desconectado dos outros. O apoio de outras pessoas é vital para sua recuperação, então hesite de procurar os amigos e familiares.

Dica 2: Evite álcool e drogas

Para lutar com emoções difíceis e memórias traumáticas, você pode se sentir tentado a usar bebida alcoólica ou drogas. Mas álcool ou drogas fazem o transtorno de estresse pós-traumático piorar a longo prazo.

Dica 3: Desafie sua sensação de fragilidade

Superar a sensação de fragilidade é a importante para vencer o transtorno de estresse pós-traumático. O trauma faz você se sentir frágil e vulnerável. Uma das melhores maneiras de recuperar o seu senso de poder é ajudando os outros: doar sangue, ajudar um amigo em necessidade ou fazer doação para caridade.

Dica 4: Participe de atividades prazerosas, como ir ao cinema, fazer ginástica, conversar com amigos. Qualquer atividade que o faça relaxar é aconselhável.

Dica 5: Passe algum tempo em contato com a natureza.

Como ajudar um ente querido com TEPT

• Seja paciente e compreensivo. Obter melhora leva tempo, mesmo quando a pessoa está comprometida com o tratamento para o TEPT. Seja paciente com o ritmo da recuperação e ofereça apoio. Uma pessoa com TEPT pode precisar de falar sobre o evento traumático mais de uma vez. Isso faz parte do processo de cura, por isso evitar a tentação de dizer ao seu amado para parar de relembrar o passado e seguir em frente. Mas não pressione seu ente querido para falar. Para algumas pessoas falar no assunto pode até piorar. Nunca tente forçar a pessoa a se abrir. Deixe a pessoa saber, no entanto, que você está lá quando e se ele ou ela quiser falar.

2º Procedimento: aplicação de dois **instrumentos** por meio dos quais os 781 servidores foram avaliados com o propósito de se realizar um mapeamento quanto à prevalência de estresse pós-traumático no quadro de servidores. Além disto, avaliou-se que eventos críticos estão mais associados ao desenvolvimento de TEPT, os sintomas mais prevalentes e o impacto que os eventos traumáticos tiveram na vida do servidor.

INSTRUMENTOS

- Instrumento 1: Levantamento de Estressores Ocupacionais Impactantes

Trata-se de instrumento elaborado pelo IPCS baseado no DSM-V, na literatura na área e nos dados obtidos dos servidores nos grupos focais que foram conduzidos durante os projetos anteriores. É composto por uma lista de 22 situações potencialmente muito estressantes.

Levantamento de estressores ocupacionais impactantes

As respostas são confidenciais e visam somente colaborar com sua saúde e bem-estar.

Data da aplicação:

Nome:

(1) Assinale os eventos abaixo que correspondem a sua realidade.

(2) Indique há quanto tempo atrás ocorreram.

(3) Indique também a frequência com a qual ocorrem ou ocorreram.

(4) Assinale quanto o evento o afetou.

1. Presenciou a morte de alguém da comunidade quando trabalhava?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

2. Presenciou a morte de colega no trabalho?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

3. Recebeu notícia sobre a morte de algum colega em ação?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/ muito (----) muitíssimo

4. Sofreu tentativa de morte em ação?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

5. Sua família foi ameaçada de morte devido a seu trabalho na Segurança Pública?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

6. Foi gravemente ferido em ação?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

7. Soube de colega da Segurança Pública que foi gravemente ferido em ação?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/ muito (----) muitíssimo

8. Precisou tomar ação extrema contra marginais para se defender ou conter conflitos?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

9. Quando em ação, não conseguiu salvar alguém que precisava de socorro?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

10. Teve que lidar com corpos mutilados em acidentes?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

11. Foi o primeiro a chegar ao local de tragédias onde teve que agir?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 2 meses (----) há mais de 1 ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

12. Precisou atuar de forma extrema para proteger alguém em situações de violência na rua?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

13. Precisou atuar de forma extrema para proteger alguém em situações de violência doméstica?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

14. Precisou intervir diretamente em situações de abuso infantil?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

15. Lidou com a morte violenta de criança?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

16. Ouviu no trabalho confissões detalhadas de abuso sexual de crianças?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

17. Teve briga violenta com colegas de trabalho?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

18. Teve que interferir em fuga de presos?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

19. Teve que interferir em rebelião de presos?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1 ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

20. Foi feito de refém?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

21. Não conseguiu salvar colega ferido de morte?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

22. Foi acusado injustamente de alguma ofensa muito grave?

(----) SIM (----) NÃO

Quando: (----) menos de um mês (----) de 1 a 12 meses (----) há mais de 1ano.

Frequência: (----) 1 vez (----) de 2 a 3 vezes (----) mais de 3 vezes

Afetou: (----) nada/pouco (----) bastante/muito (----) muitíssimo

- Instrumento 2 - Avaliação de Transtorno de Estresse Pós-Traumático

É um instrumento elaborado pelo IPCS, que obedece aos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, usado para fins diagnósticos de transtornos mentais. É composto por 20 sintomas de TEPT. As respostas são binárias, sim ou não.

Centro Psicológico
de Controle do Stress

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

AVALIAÇÃO DE TRANSTORNO DE STRESS PÓS TRAUMÁTICO

Data da aplicação: _____/_____/_____

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: ( )M ( )F

Estado Civil: ( ) Solteiro
( ) Casado
( ) União estável
( ) Separado
( ) Divorciado
( ) Viúvo

Grau de instrução: ( ) Médio
( ) Superior
( ) Pós-Graduação

Formação: _____

Tempo de serviço: _____

Função: _____

Tempo de atuação na função atual: _____

As respostas são confidenciais e visam somente colaborar com sua saúde e bem estar.

Pensando no que tem acontecido em sua vida a mais de 12 meses, marque a resposta que indique a sua realidade.

A.1. Você presenciou, testemunhou ou foi confrontado com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros?

( )Sim ( )Não

(A.2) Se sim, sua reação envolveu intenso medo, impotência ou horror.

( )Sim ( )Não

B.1. Você ainda tem recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções?

( )Sim ( )Não

B.2. Tem tido sonhos aflitivos e recorrentes com o evento?

( )Sim ( )Não

B.3. Você tem agido ou sentido como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado)?

( )Sim ( )Não

B.4. Tem tido sofrimento psicológico intenso quando entra em contato com coisas que lembram algum aspecto do evento traumático?

( )Sim ( )Não

B.5. Tem tido reações físicas marcantes quando tem contato com algo que lembre o evento ?

( )Sim ( )Não

C1. Tenta evitar pensamentos, sentimento ou conversas associadas com o trauma?
( )Sim ( )Não

C.2. Se esforça no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma ?
( )Sim ( )Não

C.3. É incapaz recordar algum aspecto importante do trauma?
( )Sim ( )Não

C.4. Notou uma redução acentuada do interesse ou da participação em atividades relativas ao evento ?
( )Sim ( )Não

C.5. Tem tido uma sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas?
( )Sim ( )Não

C.6. Tem tido dificuldade de sentir afeto ou carinho?
( )Sim ( )Não

C.7. Tem tido a sensação de que a vida será curta (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida)
( )Sim ( )Não

D.1. Tem tido dificuldade em conciliar ou manter o sono?
( )Sim ( )Não

D.2 Tem tido irritabilidade ou surtos de raiva ?
( )Sim ( )Não

D.3. Tem tido dificuldade de concentração ?
( )Sim ( )Não

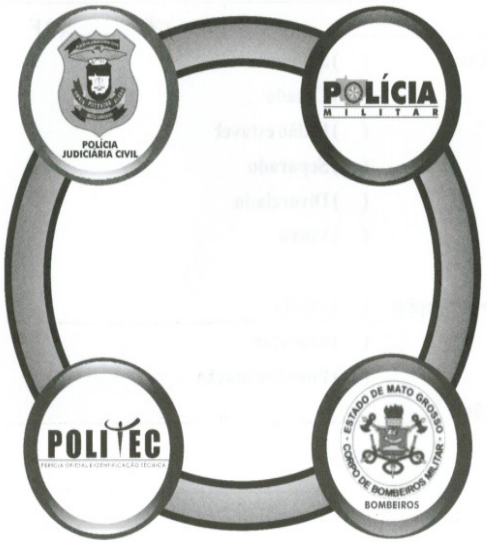
D.4. Tem se sentido em estado de alerta o tempo todo?
( )Sim ( )Não

D.5. Tem tido reação de sobressalto exagerada.
( )Sim ( )Não

F.1. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida?
( )Sim ( )Não

F.2. Se sim, assinale em que área:

Especificar se:
( )Ocupacional
( )Pessoal – Saúde, Auto Cuidado
( )Social
( )Familiar



AMOSTRA

Foram avaliados 914 integrantes das várias instituições alvo, após terem participado de palestras sobre TEPT. A distribuição dos avaliados em percentagens de participação foram: PM= 40,46%; PJC=20,365 e Politec=25,10. O fato de a PM contar com a maior percentagem era esperado, considerando-se que ela possui um contingente de servidores consideravelmente maior que as outras.

Após a avaliação, os policiais foram avisados que receberiam um relatório escrito sobre os resultados dos testes aplicados e teriam recomendações, também por escrito, sobre como se prevenir do estresse pós-traumático. A devolutiva foi realizada por membros do Instituto de Psicologia e Controle do Stress em entrevistas individuais para as quais os entrevistados foram convidados a comparecer. Cada instituição recebeu um relatório confidencial próprio somente sobre os dados coletados com seus servidores. Os dados aqui inseridos são das quatro instituições.

Gênero

Aproximadamente 77% da amostra eram do sexo masculino e 23% do feminino. Na amostra avaliada, a PM e o CBM contam significativamente com mais homens do que mulheres, enquanto que a PJC e a POLITEC contam com mais mulheres. Somente a POLITEC conta com um número maior de mulheres participantes. A diferença entre os gêneros é significativa ($X2= 59.49$; $GL=3$;$p<0.001$).

Idade

A faixa etária dos respondentes variou de 19 a 68 anos, com uma média de 34 anos e desvio padrão de 8,33. Existe uma diferença significativa em idade nas quatro instituições (X2=123.35; GL=9; p<0.001) sendo a PM com mais pessoas entre 30 e 39 anos e o CBM com o maior número de participantes de menos de 30 anos.

Estado Civil

No que se refere ao estado civil, cerca de 35% dos avaliados não são casados e 65% casados. Há diferença significativa entre os grupos (X2=39,47; GL=3; p<0.001), em que há mais pessoas casadas entre os membros da PM e da PJC. O maior número de solteiros da amostra é da POLITEC.

Escolaridade

Considerando todos os avaliados conjuntamente, verifica-se que a maior percentagem tem nível superior (39%) e pós-graduação (31%). A diferença entre as instituições é significativa (X2=329,45; GL=6; p<0.001) sendo o CBM com o maior número de pessoas com o ensino médio e a PJC com o maior número de pessoas com pós-graduação, seguida pela POLITEC.

Tempo no Cargo

A média do tempo no cargo do grupo, como um todo, foi de 5 anos e um máximo de 39 anos, mas a maioria tinha aproximadamente 3 anos no cargo, o que indica a estabilidade da organização policial.

Tempo de Serviço

Nove anos foi a média verificada para o tempo de serviço com desvio padrão de 6 anos variando de 3 a 39 anos.

RESULTADOS

Utilizando-se o questionário **"levantamento de estressores ocupacionais impactantes",** constatou-se que 57% dos avaliados presenciaram ou foram confrontados com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros no último ano. Os eventos críticos mais frequentemente enfrentados pelos avaliados são: saber de colega gravemente ferido em ação; receber notícia de colega morte em ação e ter que lidar com corpos mutilados em acidentes. O evento crítico mais frequentemente enfrentado foi **"teve que lidar com corpos mutilados em acidentes".** Quando os respondentes foram questionados sobre o impacto que os eventos críticos vivenciados nos últimos 12 meses teriam tido neles, as respostas variaram de acordo com o evento. O que mais teve impacto de acordo com a percepção dos policiais foi morte ou ferimento de colega no trabalho. Muitos avaliados disseram que os eventos não os tinha afetado "em nada". No entanto uma análise mais profunda indicou que os eventos traumáticos tinham, na verdade, afetado a qualidade de vida em vários aspectos para alguns policiais. Esta negação inicial talvez represente a vontade de parecer muito forte, invulnerável ao que enfrentam o que corresponderia à imagem pública "desejável" do policial.

Análise mais detalhada de como a vivência de traumas teria efeito impactante na qualidade de vida dos policiais mostrou que a área familiar é a mais comprometida, seguida da vida pessoal. Curiosamente, a área ocupacional se mostrou como menos prejudicada em

consequência do TEPT. Este dado deve ser considerado com atenção, pois, mesmo que o policial esteja conseguindo desempenhar se trabalho de forma mais ou menos adequada, ele e sua família podem estar sofrendo os efeitos dos eventos traumáticos pelos quais o policial passou no último ano.

O resultado da **"avaliação do nível de stress pós-traumático"** mostrou sinais de stress pós-traumático, TEPT moderado e TEPT já estabelecido. Pode-se verificar que 46% dos respondentes apresentam alguns sintomas, 22% têm sintomas moderados e 5% já apresentam sintomas de TEPT grave, enquanto que os outros 27% % não possuem tais sintomas, considerando-se os servidores das quatro intuições juntas. Observa-se que a PJC tem mais servidores com TEPT já estabelecido, seguido do CBM. Em termos de estresse moderado, o CBM e a PJC têm os maiores índices. Quanto a sinais de TEPT, o CBM e a PM têm a maior incidência. Foi pesquisado se a incidência de sintomatologia de TEPT estava relacionada ao sexo, estado civil e nível de instrução do policial. Por meio do uso do teste do Qui quadrado, apurou-se não haver correlação significativa tanto quanto ao gênero (X2=1,17,GL=3,p=0,760), estado civil (X2=2,63,GL=3,p=0,453), e nível educacional (X2=8,11,GL=6,p=0,230), concluindo-se que o TEPT pode ocorrer independentemente do gênero, estado civil ou nível educacional do servidor da Segurança Pública. Já, no que se refere à idade, encontrou-se uma associação significativa (X2.=26,00,GL=9, p=0,002) e os sinais de TEPT se agravam com a idade, provavelmente porque envolve mais tempo de exposição a eventos críticos. Para se testar esta hipótese, analisou-se a associação entre tempo de serviço e tempo no cargo e TEPT. De fato, a hipótese foi confirmada e a associação é significativa quanto a tempo de serviço (X2=27,30,GL=12,p=0,006) e quanto a tempo no cargo (X2=24,36,GL=12,p=0,018). Conclui-se que os mais jovens tem mais sinais leves de TEPT e, à medida que tem mais tempo no cargo e tempo de serviço, os sinais se agravam, resultando no estabelecimento do TEPT. A faixa de tempo de serviço em que se encontrou mais servidores com TEPT moderado foi a de 10 a 19 anos de serviço e na faixa etária de 40 a 49 anos.

Sintomas de TEPT mais prevalentes

Foi realizado um levantamento dos sintomas de TEPT mais frequentes e constatou-se que um número significativo de policiais experimentou sintomas angustiantes devido a situações traumáticas que precisaram enfrentar no trabalho.

Exemplos: dificuldade de concentração (32,00%); irritabilidade ou surtos de raiva (30,00%); estado de alerta o tempo todo (28,00%); recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções (20,00%), tentativa de evitar pensamentos, sentimento ou conversas associadas com o trauma (17,00%); sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas (16,00%); dificuldade de sentir afeto ou carinho (15,75%); reações físicas marcantes quando tem contato com algo que lembre o evento (8,00%); sofrimento psicológico intenso quando entra em contato com coisas que lembram algum aspecto do evento Traumático (7,5%).

Síntese dos resultados

Presença de sintomas de estresse pós-traumático na amostra. O mapeamento mostrou que somente 27% dos avaliados não tinham sintomas de estresse pós-traumático, com 46% dos respondentes com sintomas leves, 22% tinham sintomas moderados e 5% já apresentavam sintomas de TEPT grave. Considerando-se as quatro instituições como um todo, gênero, estado civil e nível educacional não influenciam no surgimento do TEPT, porém, tempo de serviço,

tempo no cargo e idade estão associados ao desenvolvimento do TEPT indicando que, de fato, é a ocupação o fator crítico para o seu desenvolvimento.

Grande número desses policiais (28%) tem a sensação de estar de alerta o tempo todo, 32% tem dificuldade de concentração e 30% sentem irritabilidade ou raiva. Além do empobrecimento da qualidade de vida que isso gera, é importante considerar as implicações que isso tem para o modo como o policial age com a população que dele depende. Apesar da presença desses sintomas, 20% dos avaliados revelaram que tem recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas dos eventos traumáticos dos quais participam, incluindo imagens, pensamentos ou percepções, o que revela um ser humano sensível, que sofre com os traumas. Mesmo assim, aproximadamente 16% deles disseram ter dificuldade de sentir afeto ou carinho indicando uma supressão da habilidade de sentir talvez devido ao controle que necessitam exercer quanto aos traumas. Não é surpreendente que a pesquisa tenha revelado que a área mais afetada pelo TEPT do policial é a familiar, seguida da pessoal.

Irritado, sentindo-se com raiva, sempre de alerta, tendo memórias recorrentes de traumas vivenciados, de fato, tudo isso torna difícil para o policial se relacionar com os entes queridos. Mais uma vez indicando a necessidade de programas de apoio psicológico a este tipo de profissional. Tais programas necessitam também levar em consideração os fatores que geram o estresse pós-traumático. Verificou-se que 57% dos avaliados declararam ter passado por pelo menos um evento traumático no último ano. 29,21% a 51,16% dos policiais haviam passado por situações altamente estressantes mais de três vezes no último ano.

Há que se considerar que o trabalho do policial requer a atuação em momentos de crise. Quanto mais grave a situação, mais ela demanda a presença ativa do policial, portanto lidar com traumas se torna mandatório. Em que pesem estas verdades, deve-se considerar que a condição de policial é inevitavelmente exercida por um ser humano, que sente, que sofre e que se abala com os traumas enfrentados pela comunidade. Além disso, existe também o agravamento da dificuldade devido ao efeito cumulativo da repetição das ocorrências múltiplas. Por isso, se torna fundamental que programas de apoio psicológico sejam desenvolvidos e tornados disponíveis para esses profissionais.

Os eventos mais impactantes para os policiais são primeiramente ligados aos colegas de trabalho, como morte ou ferimento grave durante a ação policial, mostrando empatia para com os parceiros e talvez receio quanto ao que pode ocorrer consigo próprio.

RECOMENDAÇÕES

Verificou-se que quatro instituições tem em comum um alto número de servidores com sinais de estresse pós-traumático. Somente 27% deles não têm indicações de TEPT e 5% já tem o TEPT estabelecido. Fica claro que um grande número de policiais, de todas as quatro instituições, não está conseguindo lidar com os eventos críticos com os quais estão necessitando lidar no trabalho. Isto indica a necessidade urgente da promoção, manutenção e expansão do treinamento especializado no controle do estresse a fim de se evitar, em primeiro lugar, danos para a saúde dos avaliados e, adicionalmente, prevenir uma possível queda na produtividade e eficiência da Segurança Pública do Estado do Mato Grosso.

Há um número significativo de policiais que não estão com TEPT, mas já possuem sinais. É possível reduzir esta sintomatologia com intervenções especializadas que poderiam impedir o aparecimento do quadro de TEPT completo. Os 5% dos servidores que já apresentam um quadro

de TEPT devem estar experimentando dificuldades quanto ao bem-estar, tomada de decisões e eficiência. É provável que esses policiais venham a cometer erros e sofrer quedas de eficiência ou acidentes de trabalho, uma vez que o TEPT interfere com a produtividade, a criatividade, o poder de concentração e de raciocínio lógico das pessoas. Esse conjunto de dificuldades propicia problemas para tomada de decisões rápida e eficiente, que é, sem dúvida, uma das exigências do exercício da profissão do policial.

Pode também significar uma alta em custos médicos, erros, licenças médicas, farmacodependência e absenteísmo. Embora seja totalmente impossível evitar que policiais entrem em contato com situações de grande risco e com alto potencial de aspectos traumáticos, é, no entanto, possível prepará-los preventivamente para lidar com tais situações, fortalecendo-os e fornecendo estratégias de enfrentamento que os prepare adequadamente para o exercício de suas funções. Também é mandatório que aqueles que já tem sinais de TEPT ou que já estejam sofrendo do TEPT recebem apoio e tratamento adequados para que possam exercer suas funções no presente e no futuro.

MEDIDAS SUGERIDAS

Especificamente, com base nos dados levantados, sugere-se:

1. Estabelecimento de um serviço de treinamento em gestão do estresse, dentro de cada uma das quatro instituições que prepare previamente os servidores para lidar com os estressores ocupacionais que encontrarão no exercício da profissão. Trata-se de um trabalho de inoculação do estresse que prepare os servidores para o enfrentamento de situações trágicas sem sofrer os efeitos negativos de sua atuação.

O preparo, sempre que possível, para o enfrentamento de um evento traumático ajuda a proteger os indivíduos dos efeitos do estresse durante o incidente. O treinamento proativo na gestão do estresse e de prováveis eventos críticos não só reduz a incerteza, mas aumenta os sentimentos de autocontrole necessários para ajudar a pessoa a superar o sentimento avassalador experimentado durante o evento.

2. Oficinas de prevenção do estresse, onde técnicas de enfrentamento sejam repassadas em nível preventivo a fim de ajudar os profissionais em situações de crises inesperadas;

3. Inclusão de treinamento profilático em controle do estresse nos currículos da Academia de Polícia, do Curso de Formação de Oficiais, do Curso de Formação e Aperfeiçoamento de Praças, bem como do Curso de Formação de Peritos e do Curso de Formação de Técnico de Necropsia para novos servidores ou para aqueles que estejam realizando cursos ou treinamentos;

4. Tratamento, na abordagem cognitivo-comportamental, de controle do estresse para servidores identificados como portadores de sintomas de estresse e TEPT. Deve-se considerar que uma organização, onde aproximadamente 32% dos colaboradores têm dificuldade de concentração e 30% têm irritabilidade frequente e 20% têm recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento critico presenciado, incluindo imagens, pensamentos ou percepções, precisa adotar

medidas visando ajudar seu quadro de pessoal a se recuperar completamente tanto no físico como na mente,

5. Treino em técnicas de relaxamento para aliviar a tensão muscular,

6. Instituir um periódico anual com exames médicos de rotina e nele incluir a aplicação do Inventário de Sintomas de Stress (ISS) a fim de se avaliar e monitorar sistematicamente o nível de stress dos policiais como um todo.

Essa medida poderá servir de base para que ações de apoio ao policial sejam implementadas na área do gerenciamento do estresse e melhoria de qualidade de vida.

7. Treinamento de gestores para entenderem o que é Estresse Agudo e o que é TEPT.

Não se pode prever antecipadamente qual o impacto que um incidente crítico pode ter em seus servidores, isto é, não é fácil prever qual dos servidores será mais afetado pelos estressores de grande magnitude. Assim torna-se imperativo que os gestores prepararem adequadamente todo seu pessoal, propiciando treinamento para identificação de sintomas de estresse e estabelecimento de políticas abrangentes que permitam dar apoio a quem precisar.

Os líderes dentro da instituição têm a responsabilidade de dar apoio aos servidores que precisam enfrentar situações críticas. Para tanto, necessitam entender quais são os sintomas e como atuar para dar o apoio necessário. Os gestores devem, sempre que possível, mencionar para os que enfrentaram situações traumáticas que, embora tenham observado ou participado de situações trágicas, o trabalho que exercem é necessário, significativo e corajoso.

8. Formação de uma equipe especializada em TEPT, dentro de cada instituição, que possa atuar imediatamente após incidentes críticos para minimizar os efeitos do trauma e evitar o desenvolvimento de TEPT.

O treinamento preventivo e o tratamento para TEPT poderiam ser realizado por psicólogos da própria Secretaria de Estado de Segurança Pública, especialmente treinados para este fim, porém se sugere a formação de um comitê específico para cada instituição. No caso de não haver possibilidade deste tratamento ser realizado dentro da própria instituição, sugere-se o estabelecimento de convênios com clínicas especializadas. Esses convênios podem ser estabelecidos através de acordos, em que as clínicas oferecem seus serviços com grande desconto para os membros de uma empresa ou organização conveniada. Os funcionários, então, arcam com as despesas do tratamento usufruindo do desconto do convênio, caso o Estado não tenha condição para assumi-las. Essa abordagem proativa pode diminuir o afastamento por doença, melhorar a moral dentro da instituição como um todo e ajudar a manter o bem-estar físico e emocional do policial. Isso por sua vez irá assegurar o sucesso do serviço prestado para a Comunidade, trabalho este que será, sem dúvida, mais eficiente e o mais seguro.

- Ações de Responsabilidade da Instituição: Criação de comitês para prevenção e tratamento do TEPT.

A Secretaria de Segurança Pública precisa antecipar as possíveis exposições traumáticas que podem afetar a força de trabalho e desenvolver política e normas quanto ao treinamento de estratégias para lidar com a prevenção e os efeitos do TEPT no ambiente de trabalho, particularmente no que se refere à saúde mental. Isso é relevante uma vez que acidentes e violência são possíveis na rotina do profissional de Segurança Pública. Identificar indivíduos de alto risco, particularmente após um acontecimento traumático ou exposição cumulativa a múltiplos estressores, é responsabilidade da instituição. Para tanto é importante a criação de comitês especializados em estresse e TEPT dentro de cada unidade, destinado especificamente a atender a cada instituição. Importante frisar a necessidade de intervenção de tal comitê imediatamente após certos eventos de maior magnitude emocional, na situação de estresse agudo, de modo a se prevenir possível ocorrência de TEPT. As recomendações apresentadas visam reduzir a incidência de TEPT entre os servidores, melhorar a qualidade de vida e a saúde desses profissionais, de modo que eles consigam continuar prestando os serviços de grande valia ao povo de Mato Grosso dentro do escopo da Secretaria de Estado de Segurança Pública de Mato Grosso.

5.1.2.2 PROGRAMA DO DISTRITO FEDERAL – CBMDF[2]

Ações referentes ao Programa de Prevenção em Estresse para Servidores e Militares dos Órgãos de Segurança Pública do Distrito Federal desenvolvidas pelo Centro de Assistência Bombeiro Militar - CEABM são realizadas através da Seção de Saúde Mental e Ocupacional – SESMO.

Ações desenvolvidas pela SESMO

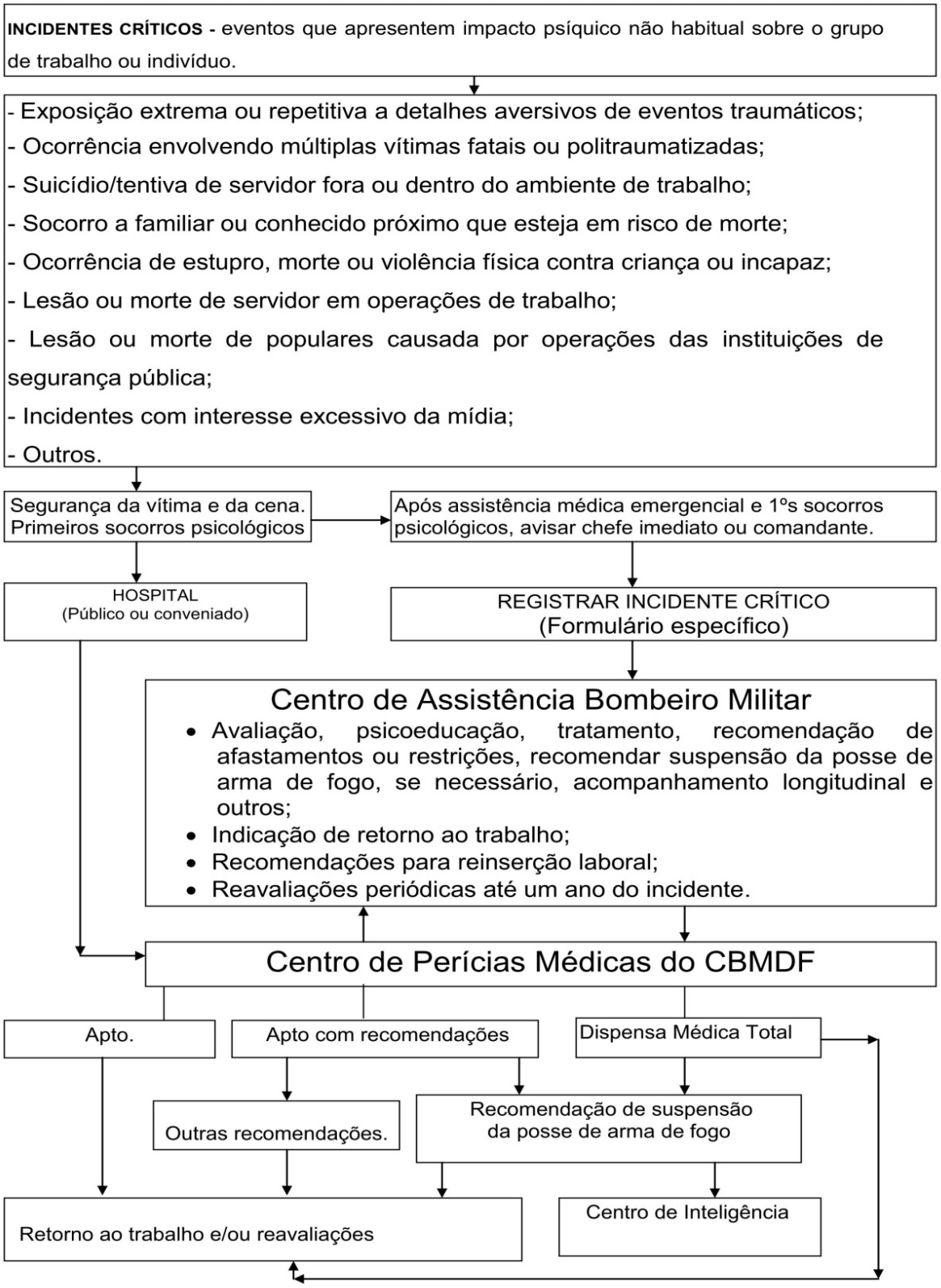
- Palestras e outras ações pontuais de psicoeducação em quartéis; eventos de promoção a saúde no pós-incidente crítico, cursos de formação em quartéis, com foco em temas como primeiros socorros emocionais, palestras relativas à estratégias de autorregulação no controle do estresse como higiene do sono, atividade física, alimentação, lazer sem álcool e drogas, saúde mental, prevenção e outros.

- Intervenção específica para incidentes críticos, destinada a militares ou grupos de trabalho expostos a eventos no contexto de trabalho que apresentem impacto psíquico não habitual. Inclui estratégias de acolhimento, psicoeducação, avaliação, oferecimento ou encaminhamento para tratamento especializado; recomendações de afastamentos/restrições ao trabalho; recomendações de suspensão de porte de arma e acompanhamento longitudinal dos militares vitimados;

- Ambulatório de EMDR - Oferecimento de psicoterapia no modelo EMDR destinada a militares que apresentam transtornos mentais ligados a trauma, estresse ou luto, em especial para os casos onde o evento traumático ou estressor guarda relação com incidentes críticos no contexto do trabalho.

- *Biofeedback* com ***CardioEmotion* –** ferramenta utilizada para controle do estresse em pacientes acompanhados no ambulatório de EMDR, como abordagem suplementar. Utiliza o ritmo respiratório para regular os batimentos cardíacos e induzir o cérebro a liberar comandos e hormônios de relaxamento.

PROTOCOLO DE MANEJO DO ESTRESSE AGUDO E DO ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO NO CBMDF



5.1.2.3 PROGRAMA DO ESTADO DE SÃO PAULO – PMSP3

Anexo C – Formulário de Boas Práticas

Objetivo Geral:

Inspirar os gestores das instituições de segurança pública a implementar e aperfeiçoar programas, projetos e ações voltados para a qualidade de vida dos profissionais.

Objetivos Específicos:

- Incentivar a implementação de iniciativas inovadoras de gestão da qualidade de vida dos profissionais de segurança pública;
- Disseminar soluções inovadoras (Boas Práticas) que sirvam de inspiração ou de referência para outras iniciativas e colaborem para a melhoria da qualidade de vida dos profissionais;
- Valorizar as instituições que atuam de forma criativa e proativa, em benefício do bem-estar dos seus profissionais.

As ações serão analisadas e selecionadas segundo os seguintes aspectos:

- Grau de introdução de mudanças em relação as práticas anteriores (novos elementos e processos);
- Impacto dos resultados da iniciativa em relação a: 1) resolução da situação-problema; 2) atendimento à demanda do público-alvo ou 3) entregas da Instituição;
- Grau de envolvimento e participação dos servidores na mudança;
- Grau de integração com outras iniciativas internas, externas ou parcerias;
- Grau de sustentabilidade na implementação das ações e obtenção dos resultados da iniciativa;
- Grau de efetividade da ação implementada.

MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA
Diretoria de Ensino, Pesquisa, Análise da Informação e Desenvolvimento de Pessoal - DEPAID

FORMULÁRIO PARA APRESENTAÇÃO DE BOA PRÁTICA

1. Identificação da Boa Prática			
Instituição:	Polícia Militar	**Estado:**	São Paulo
Boa Prática:	Programa de Acompanhamento e Apoio ao Policial Militar		
Área temática:	( ) Painel 1: Gestão estratégica de recursos humanos e materiais (X) Painel 2: Saúde física e mental dos profissionais de segurança pública ( ) Painel 3: Suporte ao profissional e à família		
Responsável pela implementação:	Cel PM Leandro Gomes Sant'Anna		
Data de Implementação:	Segundo semestre de 1998		

2. Caracterização da situação anterior e identificação do problema

Caracterização da situação anterior:

Os policiais militares exerciam suas atribuições por meio das ações de Polícia Ostensiva e de Preservação da Ordem Pública, bem como as intervenções típicas de Bombeiros, porém, contando somente com atendimento psicológico clínico, ou de psiquiatria.

Com o advento da Lei Estadual nº 9.628, de 06MAI97, que instituiu o Sistema de Saúde Mental da Polícia Militar (SiSMen), regulamentada pelo Decreto Estadual nº 46.039, de 23AGO01, e pelo Regimento Interno do SiSMen (RI-25-PM), publicado em anexo ao Bol G PM nº 084, de 03MAI02, foi possibilitada a criação de outras modalidades de atendimento em psicologia e serviço social aos policiais militares e seus familiares.

Face ao contido na legislação supradescrita e ao previsto na Instrução do Sistema Integrado de Treinamento Policial Militar (I-22-PM), publicada anexa ao Bol G PM nº 039, de 28FEV12, que estabeleceu princípios e normas para o treinamento policial-militar, por meio do Programa de Atualização Profissional (ProAP) foi criado por força de Nota de Instrução o Programa de Acompanhamento e Apoio ao Policial Militar, regido pela Nota de Instrução n° PM3-002/03/14, de 22JUL14.

Problema:

Inexistência de prestação de serviço voltada exclusivamente ao atendimento de policiais militares que, no exercício da função, estão expostos constantemente a eventos potencialmente traumáticos, ou críticos que possam promover o desequilíbrio de funções psíquicas. Reações de estresse podem também decorrer da exposição

involuntária a tais eventos que exigem respostas emergenciais mesmo sem possibilidade de tempo ou capacidade de elaboração pelo psiquismo do agente, o que pode acarretar consequências físicas, emocionais ou ambas; favorecendo o chamado Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

É de conhecimento que exposição prolongada a situações de risco iminente podem impactar a saúde emocional, influenciando com isso a manifestação de comportamentos desadaptativos.

3. Objetivos da Boa Prática

Listar em tópicos os objetivos com a implementação da Ação.

Assim, o Programa visa estabelecer rotinas de avaliação das condições psicoemocionais do policial militar envolvido em situações que impliquem em risco à sua integridade física e psíquica e adotar medidas visando preservar e ou restabelecer o correspondente equilíbrio, propiciando o adequado retorno às suas atividades profissionais.

4. Público-alvo da Boa Prática

Descrever de forma sucinta quem é o público-alvo.
Destacar, se for o caso, as instituições parceiras que participam da Boa Prática.

O PAAPM destina-se a todos os policiais militares do serviço ativo que, de folga ou de serviço, tenham sido submetidos a situações de risco à sua condição psíquica e física em decorrência de:

-atendimento de ocorrências típicas de resgate e salvamento de vítimas de acidentes de graves proporções, circunstâncias trágicas e ou calamidades públicas;

-envolvimento em acidente de trânsito com vítima fatal, seja na própria equipe ou em atendimento a terceiros;

-envolvimento em intervenção policial com resultado morte, quando de folga;

-sofrerem agressão direta ou indireta, inclusive a seus familiares, relacionada à sua condição de policial militar;

-participação direta em evento com resultado morte decorrente de intervenção policial, quando de serviço.

5. Ações e etapas da implementação

Informar as etapas de implementação com as respectivas datas. Importante destacar que a ação já deve ter sido implementada, uma vez que serão analisados os resultados da Boa Prática. ***Não é objetivo conhecer ações futuras, não implementadas.***

Ações de realização do Programa já implementado desde 1998

1ª fase - Avaliação Psicológica Inicial, com vistas à avaliação do quadro psicoemocional do policial militar atendido;

2ª fase – análise acerca do grau de comprometimento do PM no evento que ensejou

a sua submissão ao programa, por parte da **Comissão de Estudo de Caso**, que se reunirá somente para os casos morte decorrente de intervenção policial em serviço sendo que esta fase sempre ocorrerá antes do início da 3ª Fase:

3ª fase – matrícula e frequência do policial ao **EEP - Desenvolvimento Psicoemocional**, nas indicações decorrentes da avaliação psicológica de 1ª fase;

4ª fase - matrícula e frequência do policial ao **EEP – Procedimentos de Menor Potencial Ofensivo**, desenvolvido pelo Centro de Capacitação Profissional- Escola de Educação Física (CeCaP - EEF), somente para os casos de morte decorrente de intervenção policial em serviço previstos indicados pela Comissão;

5ª fase – reavaliação psicológica do PM, destinada ao acompanhamento do policial militar que obteve, na 1ª fase ou ao final da 3ª fase, algum nível de prescrição que exija supervisão.

As avaliações de 1ª, 3ª e 5ª fases seguirão os critérios de análise global a partir dos dados de testes psicológicos e entrevistas e definidos os níveis de supervisão com o intuito de preservar o profissional do exercício de atividades que, por sua natureza, possam favorecer elevada exposição ao risco:

NÍVEL V- Liberado para todas as modalidades de atuação

SUPERVISÃO NÍVEL IV- Todas as modalidades de atuação, porém, com agendamento para reavaliação do CAPS/NAPS;

SUPERVISÃO NÍVEL III-Qualquer modalidade de atuação motorizada, excetuando-se os Programas: Força Tática/atuação equivalente; Radiopatrulhamento com emprego de motocicleta (RPM); ROCAM; patrulhamento de ROTA ou atividade operacional de Bombeiros, com agendamento para reavaliação do CAPS/NAPS;

SUPERVISÃO NÍVEL II- Somente modalidade de atuação não motorizada. Podendo ser: BCS, PPM, BCM e a pé, com agendamento para reavaliação do CAPS/NAPS.

SUPERVISÃO NÍVEL I- Apenas atividades administrativas, com agendamento para reavaliação do CAPS/NAPS.

6. Descrição dos recursos financeiros, humanos, materiais e tecnológicos

Informar os recursos que foram necessários para implementação da Boa Prática.

Recursos financeiros: aproximadamente R$ 320.000,00/ano entre aquisição de testes psicológicos para as avaliações de 1ª, 3ª e 5ª fases; custos com o pagamento de hora-aula do EEP-Desenvolvimento Psicoemocional e EEP-Menor Potencial Ofensivo, aquisição dos materiais abaixo descritos.

Recursos materiais: materiais de escritório para aplicação dos testes psicológicos, software para correção dos testes, equipamentos (meios auxiliares favorecedores do processo de ensino-aprendizagem) para as aulas, materiais destinados à arteterapia (tinta, recicláveis, lápis de cor, gesso, argila, dentre outros), espaço para relaxamento (equipamento de som), equipamentos para aulas de educação física, gêneros alimentícios.

7. Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados

Descrever de forma quantitativa e qualitativa os principais resultados alcançados:

Impacto dos resultados da Boa Prática em relação a:

1) resolução da situação-problema: prevenção em TEPT, verificada através da análise global das avaliações psicológicas de 1ª, 3ª e 5ª fases compostas por aplicação de testes psicológicos e entrevistas e evolução positiva da prescrição do nível de supervisão.

Atendimento à demanda do público-alvo e melhoria da sensação de qualidade de vida do profissional:

Aplicada pesquisa de satisfação nas fases do PAAPM, sendo obtidas as seguintes percepções:

1ª fase: em escala de "ruim" a "excelente", a avaliação psicológica de primeira fase obteve conceito "bom".

Muito bom o apoio prestado aos policiais que aqui frequentam; Equipe de profissionais excelentes, bem organizados e com tamanha competência no que fazem; Os profissionais que me atenderam demonstraram extremo profissionalismo; Todos de parabéns; Fui muito bem atendido pela equipe do CAPS; Ótimo atendimento por parte do efetivo do CAPS; Excelentes profissionais; Parabéns pelo atendimento; Bem atendido, ambiente limpo e agradável; Atendimento indispensável para todos os policiais, especialmente para quem está no serviço operacional; Parabéns aos senhores pela recepção; Equipe muito profissional e educada.

Quero aqui agradecer a atenção que recebi de todos os profissionais desta Unidade; O PAAPM é uma maravilha de lugar, ótimos profissionais; Fui bem atendido pelas psicólogas; O pessoal é muito profissional, recebeu muito bem todos; Equipe de profissionais; Parabéns à todos do CAPS; Toda a equipe muito atenciosa e educada, ambiente aconchegante; Atendimento excelente; Já estive outras vezes aqui e está cada vez melhor; Equipe de parabéns, interagiu e atendeu as expectativas quanto ao atendimento, deixando bem a vontade, não deixaram de ser corteses e atenciosos; Quanto ao atendimento somente elogios.

3ª fase: EEP-Desenvolvimento Psicoemocional:

Avaliação de reação-Média 3,9 em escala de 0 a 5.

1. Conceito geral do Estágio
2. As atividades aplicadas pelos psicólogos (as) e as contribuições para melhorar a sua condição de saúde emocional (antes e depois do Estágio)
3. Condições físicas oferecidas para a realização do Treinamento: (sala de aula, alojamento, vestiário, e etc.)
4. Materiais didáticos utilizados pelo Corpo Docente: (recursos audiovisuais, apostilas, bibliografia etc).
5. Carga-horária total das matérias (adequada e suficiente)
6. Metodologia de exposição utilizada pelos professores durante as aulas. (preparação das aulas; ordenação lógica dos assuntos)
7. Agregação de conhecimentos suficientes para capacitação aos exercícios da função.
8. Capacidade obtida em repassar os conhecimentos adquiridos para os demais integrantes da sua equipe. (Companhia; Pelotão ou Fração de Tropa)
9. Sintonia dos conhecimentos transmitidos com a realidade do seu local de trabalho.

Avaliação dos docentes: Média de 80% de satisfação, em escala de 0 a 100%, destina-se a verificar os seguintes quesitos:

- POSTURA EM SALA DE AULA: Elegante, prima pelo bom exemplo

DESEMPENHO COMO INSTRUTOR: Usa as técnicas de ensino e mantém a atenção, bem como o interesse dos alunos;

CONHECIMENTO DA MATÉRIA: Competência na solução e esclarecimento de dúvidas, deixando evidente que conhece a matéria;

- CAPACIDADE DE COMUNICAÇÃO E TRANSMISSÃO DA MATÉRIA: Possui boa dicção e usa de uma linguagem adequada ao nível da turma;

- MOTIVA A PARTICIPAÇÃO DO ALUNO: Mantém o interesse dos alunos e relaciona os assuntos às suas aplicações práticas na nossa Instituição;

- PREPARAÇÃO DAS AULAS: Respeita os horários e o planejamento das aulas;

-AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM: As entrevistas psicológicas complementares e avaliação dos conteúdos prático-teóricos trataram somente de assuntos efetivamente ministrados;

-RELACIONAMENTO INTERPESSOAL COM OS ALUNOS: Respeito ao aluno, à liberdade de expressão e incentivo à participação.

5ª fase: Reavaliação psicológica:

Pessoas educadas, prestativas e ambiente agradável; Psicólogas muito atenciosas e comprometidas com o serviço; Parabéns pelo profissionalismo; Excelente atendimento pela equipe, profissionais sérios, técnicos, cordiais e qualificados. Parabéns! Elogiar as profissionais que aplicaram o teste; Foi ótimo um dia diferente, calmo, leve e a atenção voltada para nos trazer paz, faz bem; Lugar ótimo, com excelentes profissionais.

Sempre fui muito bem atendido e o encaminhamento deste CAPS me ajudou muito na terapia que realizo semanalmente. Só tenho a agradecer; Parabéns pelo desempenho dos psicólogos; Muito bom atendimento; Testes práticos e com fácil assimilação.

Excelente atendimento, ótimos psicólogos; Parabéns aos profissionais que aplicaram as reavaliações; Atendimento muito cordial, totalmente profissional, deixando os alunos totalmente à vontade para buscar qualquer tipo de ajuda. Parabéns pelos serviços prestados; Fico feliz de ver hoje a PMESP se preocupar com o estado psicológico dos PM's. Somente elogios, bom atendimento.

- Grau de efetividade da ação implementada:

Atendimentos realizados até setembro de 2018:

TOTAL DE ATENDIMENTOS POR NÍVEIS DE PRESCRIÇÃO DO PAAPM GERAL							TOTAL		Total GERAL
PRESCRIÇÃO	1ª FASE		3ª FASE		5ª FASE				
	CAPS	NAPS	CAPS	NAPS	CAPS	NAPS	CAPS	NAPS	
NÍVEL V	*	*	335	415	591	1843	926	2258	
SUPERVISÃO NÍVEL IV	670	2104	140	214	153	477	963	2795	
SUPERVISÃO NÍVEL III	308	563	111	141	217	271	636	975	
SUPERVISÃO NÍVEL II	31	136	22	58	48	99	101	293	9410
SUPERVISÃO NÍVEL I	38	153	22	68	39	112	99	333	
NOVO EEP	0	2	0	0	0	29	0	31	
TOTAL	**1047**	**2958**	**630**	**896**	**1048**	**2831**	**2725**	**6685**	

8. Descrição da Boa Prática
Abordar dentre outros aspectos: • Grau de introdução de mudanças em relação a práticas anteriores (novos elementos e processos): prejudicado, pois não havia práticas anteriores comparáveis ao PAAPM. • Grau de envolvimento e participação dos servidores na mudança: alto • Grau de integração com outras iniciativas internas, externas ou parcerias: não são realizadas integrações com iniciativas externas • Grau de sustentabilidade na implementação das ações e obtenção dos resultados: prática autosustentável
9. Quais foram os fatores críticos para o sucesso?
Fatores Críticos de Sucesso são meios de identificar o progresso no sentido de um resultado bem-sucedido. Os Fatores Críticos de Sucesso do processo ou projeto são aqueles associados à estratégia utilizada para alcançar o sucesso. Entre eles se incluem ferramentas, técnicas, processos e procedimentos usados para definir, planejar, executar e concluir o projeto.

10. Dados de Identificação do Gestor Responsável	
Nome Completo:	Soraya Corrêa Alvarez
Cargo:	Ten Cel PM
Função:	Chefe do Centro de Atenção Psicológica e Social
E-mail:	paapmsecretaria@policiamilitar.sp.gov.br; soraya@policiamilitar.sp.gov.br
Telefones de contato:	(11) 2109-3975 ou (11) 2109-3979

5.1.2.4 PROGRAMA DO ESTADO DO PARANÁ – PMPR[4] E CBMPR[4]

O "Programa de Atenção Psicossocial a Policiais e Bombeiros Militares Envolvidos em Ocorrências de Alto Risco – PROAAR" é previsto pela Nota de Instrução n. 002 de 27 de Novembro de 2003, com o objetivo de estabelecer normas e procedimentos para atendimento psicossocial (psicológica, moral e social) aos policiais e bombeiros militares, envolvidos em ocorrências de alto risco; esclarecer ao policial e bombeiro militar, quais são os efeitos psicofísicos do estresse e fenômeno *burnout*, e os traumas e consequências que poderão advir do envolvimento em ocorrência de alto risco; Ressaltar os sintomas do estresse e dos traumas aos policiais e bombeiros militares (efeitos psicofísicos do estresse e o fenômeno *burnout*), oferecendo orientação e informação, prevenindo e tratando as possíveis consequências, e, por fim, proporcionar bem estar ao policial e bombeiro militar, para que seu desempenho não seja afetado em suas atividades, dentro e fora da organização.

Existem procedimentos que devem ser seguidos, pelos integrantes da PMPR, nos diversos escalões de Comando, quanto a situações de alto risco.

1) O que o Comando da unidade deve fazer?

a) Encaminhar todos os policiais envolvidos em situações de risco, o mais rápido possível, ao setor psicológico do "SAS/DP"; aconselhável dentro de "24" (vinte e quatro) horas, após o fato;

b) Logo após a conclusão da situação de risco ou confronto armado, afastar os policiais ou bombeiros militares, do local da ocorrência para evitar a abordagem de curiosos, parentes da vítima, repórteres e outros. Levá-los para o batalhão ou unidade na qual exista um ambiente

reservado onde possam retomar o equilíbrio físico e mental, relaxar, evitando nesse momento falar sobre o evento não dando vazão a críticas ou julgamento sobre o ocorrido;

c) A análise e comentários sobre a situação pode acontecer em hora e local apropriado, sem elencar culpados. Logo que possível o oficial responsável informará ao Comando do ocorrido. Na unidade o P/1 e/ou B/1, ficará incumbido de encaminhar o(s) policial(ais) e bombeiro(s) militar(es) ao "SAS/DP ", bem como orientá-lo(s) sobre os procedimentos administrativos (IPM), e da necessidade do policial constituir um advogado, quando necessário, auxiliando-o também neste sentido.

2) Quais os procedimentos a serem adotados pelo SAS/DP?

a) Atender os policiais envolvidos, avaliando aspectos psicológicos, relacionamento profissional, outros envolvimentos em ocorrência de risco, histórico profissional e ficha disciplinar, relacionamento familiar, ameaças sofridas pelo PM/BM em consequência desse confronto ou do seu serviço em geral, vida social, tipo de entretenimento, aspectos religiosos, como também avaliar o possível aparecimento de outras patologias (alcoolismo, depressão, ansiedade, fobias, pânico etc.);

b) Avaliar as condições laborais do PM/BM, e verificar a necessidade de encaminhamento para o médico psiquiatra, ou outro especialista, como também, para a junta de saúde. A necessidade de afastamento do trabalho, e o número de dias necessários, será determinado pelo médico e oficializado pela junta de saúde, quando esse período ultrapassar 05 (cinco) dias;

c) Como nem todo o policial experimenta os sintomas do transtorno de estresse pós-traumático, na avaliação do setor psicológico do SAS/DP, o psicólogo poderá liberá-lo para o retorno as atividades e marcar o acompanhamento semanal, quinzenal ou mensal, para dar continuidade ao atendimento, sem afastá-lo das atividades, prevenindo o surgimento de possíveis alterações comportamentais ou transtornos consequentes do estresse pós-traumático;

d) Orientar da importância da atividade física, na prevenção das doenças mentais e melhoria da qualidade de vida, encaminhando todos os PM/BM ao CEFID/DE, para receberem orientação profissional, da atividade a ser desenvolvida.

3) Qual a missão do médico psiquiatra?

Avaliar as condições de saúde mental do(s) PM e/ou BM envolvido(s), verificar e orientar sobre a possibilidade de aparecimento de sintomas, mensurar as condições laborais e prescrever medicação quando necessário. O médico fornecerá atestado se houver necessidade de afastamento do trabalho, (como e quantos dias).

4) O que faz a unidade no retorno do PM/BM?

a) Recebe o policial sem emitir parecer de julgamento ou crítica, afinal se houve homicídio ele será julgado pela autoridade competente. A recepção deve ser natural, sem excessos e sem críticas, ele deve ser reinserido ao trabalho de acordo com a orientação do SAS, da Junta Médica ou do Médico, quando houver restrições a unidade será informada.

É válido ressaltar que para a avaliação psicológica destes militares em relação ao TEPT, esta Instituição conta com o Centro Terapêutico da PMPR (subordinado ao SAS/DP) e a Sede da Seção de Assistência Social da PMPR (SAS/DP), sediados na Capital do Estado.

Ainda, desde Fevereiro de 2016, este Setor dispõe do **"Plantão Psicossocial da Polícia Militar do Paraná"**, com o objetivo de normatizar procedimentos de atendimento para os

policiais militares envolvidos em incidentes críticos, por meio de equipe multidisciplinar da Diretoria de Pessoal (policiais militares com formação em Psicologia, Assistência Social e Teologia/ Capelania), passando a subsidiar diuturnamente nestas situações, realizando o atendimento *in loco* nas ocorrências, inclusive no interior do Estado. A implantação destas diretrizes visa diminuir a vitimização, os índices de adoecimentos e afastamentos e riscos a que estão submetidos os profissionais de Segurança Pública. Sendo assim, entende-se por Incidente Crítico, evento emocionalmente significativo, com características incapacitantes e de conteúdo muito diferenciado da experiência cotidiana das pessoas, capaz de desencadear sofrimento incomum em uma pessoa saudável e provocar mudança ou ruptura profunda no funcionamento fisiológico e/ou psicológico do indivíduo. Representam uma quebra na rotina de trabalho no cotidiano do profissional de Segurança Pública: catástrofes, desastres naturais, morte ou criança gravemente ferida, morte de um companheiro de trabalho, acidentes com múltiplas mortes, confrontos entre policiais e infratores, violência no local de trabalho, entre outros.

Os procedimentos de intervenção do "Plantão Psicossocial", seguem os protocolos nacionais e internacionais relacionados aos "Primeiros Socorros Psicológicos", articulados diretamente ao Serviço de Ação Social da Polícia Militar do Paraná, SAS/DP, pelo Plantão Psicossocial, bem como os encaminhamentos necessários ao PROAAR, psicoterapia, serviço social, ou outras especialidades médicas.

A atuação é realizada por militares com formação nas áreas de Serviço Social, Psicologia, Enfermagem ou Teologia, preferencialmente, ou por militares voluntários, desde que previamente habilitados, credenciados e diretamente orientados pelo Serviço de Ação de Social da Polícia Militar do Paraná, SAS/DP, que fornece a capacitação sobre como lidar com eventos críticos, de maneira segura para todos os envolvidos, sem causar danos decorrentes das suas ações.

As ações a serem realizadas são permeadas por fatores que permitam a recuperação dos envolvidos em longo prazo, ou seja, permitir que os evolvidos se sintam seguros e acolhidos, tenham acesso a apoio social, físico, emocional e sintam-se capazes de ajudar a si mesmos enquanto indivíduos.

É de grande valia ressaltar que o Setor desenvolve diversas atividades voltadas à qualidade de vida e à saúde mental, de cunho preventivo, de forma holística, nos aspectos biopsicossocioespiritual dos militares.

5.1.2.5 PROGRAMA DO ESTADO DE SANTA CATARINA – PCSC[5]

A Coordenadoria de Saúde Ocupacional do Setor de Gestão de Pessoas da Polícia Civil de Santa Catarina desenvolveu o Programa de Intervenção em Incidente Crítico cumprindo com a necessidade de oferecer suporte psicológico imediato ao policial após vivenciar uma ocorrência de alto risco. Além disso, a Portaria Interministerial n. 4.226, de 31 de dezembro de 2010, que estabelece Diretrizes sobre o Uso da Força, especifica que quando o uso da força causar lesão ou morte de pessoa, o Órgão de Segurança Pública deverá, entre outras ações, promover o devido acompanhamento psicológico aos agentes de Segurança Pública envolvidos, permitindo-lhes superar ou minimizar os efeitos decorrentes do fato ocorrido; e afastar temporariamente do serviço operacional, para avaliação psicológica e redução do estresse.

O referido Programa pretende normatizar os procedimentos de atendimento de policiais civis expostos a alto risco, contribuindo para a redução do índice de morbidade e afastamentos.

Propõe que seja fornecido o devido suporte psicológico a todos os Policiais Civis expostos a vivência representativa de trauma, exposição ao perigo, agressão e violência, como por exemplo:

- Ocorrências de confronto armado que tenha resultado em mortes ou lesões graves de policiais civis ou outras pessoas;
- Suicídio de colega no ambiente de trabalho;
- Qualquer ocorrência que tenha causado impacto emocional nos policiais envolvidos;
- Assistência em desastres naturais.

Objetivo Geral

Prestar atendimento imediato ao Policial Civil exposto a incidente crítico, a fim de prevenir o acometimento do Transtorno de Estresse Pós-traumático ou outras formas de adoecimento.

Objetivos Específicos

- Reduzir o índice de morbidade e afastamentos decorrentes do transtorno de estresse agudo, transtorno de estresse pós-traumático ou outras formas de adoecimento;
- Auxiliar na reabilitação do policial acometido por transtorno mental;
- Restabelecer a ligação do servidor com o trabalho;
- Promover a valorização do Policial Civil, através da atenção à saúde.

Público-alvo

Policiais Civis envolvidos em incidente crítico.

1. Sempre que houver a ocorrência de um incidente crítico envolvendo Policiais Civis, o Delegado responsável deve realizar, preferencialmente num prazo de 24 horas após a ocorrência, o preenchimento da Notificação Compulsória disponível na página do Setor de Gestão de Pessoas da Polícia Civil.

Link: http://intranet.pc.sc.gov.br/sgp/saude-ocupacional/intervencao-em-incidente-critico/

2. A equipe de Psicólogos da CSO deverá analisar o conteúdo da notificação e fazer o contato com os envolvidos para agendar avaliação após a ocorrência.

3. Os policiais envolvidos no incidente crítico poderão decidir se passarão ou não por entrevista de avaliação do seu quadro de saúde.

4. O psicólogo encarregado do caso poderá sugerir afastamento do trabalho, encaminhamento para tratamento psiquiátrico, abertura de CEAS, suspensão da arma de fogo, ou outras medidas que avaliar necessárias para a manutenção da saúde do Policial, visando sua funcionalidade no contexto do trabalho. Dará prosseguimento ao acompanhamento do servidor, iniciando psicoterapia focal se necessário.

5. Quando necessário, o psicólogo emitirá Relatório Psicológico destinado à chefia imediata com indicações de mudanças que se façam necessárias para a preservação da saúde no ambiente de trabalho.

NOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES, INCIDENTES E ÓBITOS DE POLICIAIS CIVIS

Identificação do policial civil envolvido
Nome:
Cargo:
Matrícula:
Situação Funcional: ( ) ativo ( ) aposentado
Lotação:
Chefia imediata:
Contato telefônico:
Descrição do Acidente, Incidente Crítico ou Óbito
( ) Acidente ( ) Em serviço
( ) Incidente Crítico
( ) Óbito ( ) Fora de serviço

Data do fato:

Horário do fato:

Local do fato:

Relato descritivo do acidente em serviço ou incidente crítico

Nº de pessoas envolvidas: ( ) Policias ( ) Não policiais ( ) Crianças
Tipo de fato
( ) Evento Humano (confrontos, violência, acidentes)
( ) Evento Natural (catástrofes, desastres naturais)

Detalhamento do fato:

Identificação do responsável pelo preenchimento da notificação compulsória
Nome:
Cargo:
Lotação:
Telefone para contato:
Assinatura:

Coordenadoria de Saúde Ocupacional – CSO
Setor de Gestão de Pessoas – SGP
Delegacia Geral da Polícia Civil – DGPC

5.1.3 LEVANTAMENTO DOS PROGRAMAS NACIONAIS NÃO ESPECÍFICOS PARA PREVENÇÃO DE TEPT (2018)

5.1.3.1 PROGRAMA DO ESTADO DO GOIÁS - CBMGO

Possui o Núcleo Integrado de Atenção Biopsicossocial – NIAB, unidade de promoção da Qualidade de Vida no Trabalho. O NIAB, atualmente, conta com profissionais das áreas de Serviço Social, Psicologia, Psiquiatra e Nutrição, desenvolve ações no âmbito da promoção da Qualidade de Vida, com ações integradas no âmbito da organização e das relações socioprofissionais, que visam o bem-estar, saúde, desenvolvimento pessoal e valorização profissional, e dos dependentes dos militares a saber:

1 Programa de Atenção ao Servidor e Familiares: Intervenção Psicossocial ao Servidor - Atendimento psicossocial, encaminhamentos e acompanhamentos, pesquisas de clima organizacional;

2 Programa Pulmão Limpo - Programa antitabagismo, que oferece apoio de profissionais da saúde para quem deseja parar de fumar;

3 Programa IN-ATIVIDADE - PROIN - Prepara o militar para a saída da atividade para a entrada na reserva remunerada;

4 Programa de Mediação de Conflitos - Com o intuito de mediar qualquer tipo de conflito nas OBM entre superiores, subordinados e pares;

5 Grupo Fênix- Grupo de auxílio a militares que têm dependência química.

5.1.3.2 PROGRAMA DO DISTRITO FEDERAL - PCDF

A PCDF mantém uma equipe de profissionais de saúde mental na sua Policlínica e criou uma equipe de saúde e qualidade de vida no trabalho. De acordo com o Regimento Interno da PCDF, a Policlínica tem atribuições que podem ser agrupadas em três áreas distintas: pericial, assistencial e de saúde no trabalho, sendo essa última com forte enfoque na área de promoção à saúde, por meio de programas específicos, cujas ações são apontadas nos itens seguintes.

Com base na legislação, nos princípios das ações intersetoriais, do suporte social e da psicodinâmica do trabalho, a Diretoria da Policlínica por meio da equipe de saúde e qualidade de vida no trabalho planejou e implantou os denominados **Programas de Saúde no Trabalho – PROSAT**, que visam o estabelecimento do suporte organizacional e social no trabalho. Entre os programas, o principal é o **Programa de Bem-Estar do Servidor – PROBEM** que contempla vários outros. Todos com foco na promoção da saúde mental e prevenção e doenças crônico degenerativas. Desde meados de 2015, a Policlínica iniciou projeto piloto do Programa de Bem-Estar do Servidor da Polícia Civil do DF - PROBEM, com objetivo de promover a saúde dos servidores dessa Instituição no local de trabalho.

Depois da implantação inicial do Programa na própria Policlínica, no IML e na DGP, bem como de sua otimização, foi oficialmente lançado pelas Autoridades da Administração da PCDF em 16.11.2016 na 15ª DP. A partir dessa data o PROBEM foi realizado em várias delegacias com a seguinte padronização:

- Palestra inicial denominada "META-100, um século de vida com bem-estar", no local de trabalho;
- Orientação para preenchimento interativo de um questionário parametrizado que contém dados sobre hábitos de vida, antecedentes patológicos pessoais e familiares e revisão de sistemas.
- Exame médico individual e escuta qualificada, com aplicação de princípios da psicodinâmica do trabalho, por dupla de médico e enfermeira do trabalho.
- Medição de parâmetros biológicos e bioquímicos (glicemia capilar).
- Emissão de relatório individual de saúde contendo risco de várias doenças crônico-degenerativas bem como orientações para preveni-las com base nas informações parametrizadas e dados biológicos/bioquímicos. Esse relatório denominado "receita de vida saudável" é gerado pelo software denominado Sistema de Avaliação Eletrônica de Saúde – SAES;
- Teste de acuidade visual (a partir de 2018);
- Teste de estresse cardíaco de Lian em casos de disautonomia (a partir de 2018);
- Encaminhamento de servidores para os diversos setores da Policlínica como odontologia, fisioterapia, psicologia e especialidades médicas entre outras, aqueles que apresentarem algum risco de adoecimento;
- Nova palestra para apresentar os dados epidemiológicos gerados pelo SAES, ao grupo de servidores avaliados, como número de obesos, percentual de servidores com estresse elevado, etc.

Considerando seu êxito com boa adesão dos servidores, o Programa foi institucionalizado por meio de Norma de Serviço do Departamento de Gestão de Pessoas, tornando o programa basilar da Policlínica:

NORMA DE SERVIÇO N. 2, DE 9 DE AGOSTO DE 2016

Publicada no Boletim de Serviço de 12/08/2016.

Dispõe sobre a criação e estabelece as diretrizes do Programa de Bem Estar dos Servidores da PCDF - PROBEM, e dá outras providências.

A Diretora do Departamento de Gestão de Pessoas da Polícia Civil do Distrito Federal, no uso de suas atribuições legais, considerando que a valorização dos servidores de Segurança Pública é um dos eixos do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - PRONASCI, e, considerando a necessidade da promoção e manutenção do mais alto nível de bem estar físico, mental e social dos servidores da PCDF, resolve:

Art. 1º - Criar o Programa de Bem Estar dos Servidores da PCDF - PROBEM que visa avaliar continuamente a saúde do servidor público da PCDF para verificar a existência de riscos ocupacionais no ambiente de trabalho e promover medidas de prevenção de saúde.

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 2º - As avaliações, pela equipe de saúde, dos servidores serão realizadas nas unidades da PCDF, observando-se os horários da jornada diária fixa de expediente, bem como a jornada de plantão em turnos diurnos e noturnos.

Art. 3º - Antes do início das avaliações de saúde dos servidores e dos postos de trabalho, deverá haver palestra visando esclarecer o funcionamento do PROBEM - PCDF e explanação de conteúdo de promoção à saúde, por meio de prevenção primária.

Art. 4º - Será utilizado sistema padronizado, preferencialmente informatizado, para emissão de relatórios individualizados de riscos para doenças e de solicitação de exames complementares, se necessários, bem como, de relatórios estatísticos e epidemiológicos, sendo os dados integrados com módulos de perícia médica e prontuário eletrônico da Policlínica da PCDF.

Art. 5º - Os servidores avaliados que estiverem adoecidos com quadro clínico ou subclínico, ou ainda que estiverem em risco de adoecimento, deverão ser encaminhados para avaliação por profissional de saúde especializado.

Art. 6º - Ao término das atividades em sede da PCDF a devolutiva será realizada em formato de palestra e/ou relatório entregue ao gestor chefe da unidade administrativa, em que serão apresentados os dados epidemiológicos daquela população alvo, bem como informações para a prevenção de doenças relacionadas à maior prevalência dos hábitos inadequados para a saúde.

Art. 7º - O PROBEM será coordenado por Comissão de Especialistas em Saúde do Trabalhador - COSAT, indicados pela Diretoria da Policlínica.

DO GRUPO DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE SERVIDORES COM ESTRESSE – GASE

Art. 8º - O Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Servidores com Estresse - GASE será composto por equipe de saúde mental da Policlínica e coordenado pela COSAT, tendo como objetivo acompanhar os servidores que forem triados, durante as avaliações do PROBEM, com elevado nível de estresse ou risco de adoecimento psicológico.

§ 1º - Esses servidores serão acompanhados em terapia de grupo, ou individualmente, caso necessário.

§ 2º - O regramento do funcionamento do GASE será detalhado por norma interna da Direção da Policlínica da PCDF.

Art. 9º - Esta Norma de Serviço entra em vigor na data de sua publicação.

5.1.3.3 PROGRAMA DO ESTADO DE SERGIPE - PMSE, PCSE, CBMSE, POLÍCIA CIENTÍFICA

	ESTADO DE SERGIPE SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
1. Nome do Projeto: Manejo e prevenção de estresse e transtornos psicossociais relacionado ao trabalho policial	
2. Responsáveis pelo projeto: Centro Integrado de Apoio Psicossocial	3. Contatos:
4. Diagnóstico O policial no exercício de suas funções convive diuturnamente com situações de desafio que impõem rigorosos limites à expressão da subjetividade com escassa possibilidade para gerenciar seu sofrimento de forma criativa, condicionando-o a trabalhar no limite entre a de compensação psíquica e a saúde mental. É necessário chamar a atenção para a importância de reconhecer que o trabalho, de um modo geral, tanto pode conduzir à saúde como a doença, porém o sofrimento, enquanto categoria intermediária entre essas duas possibilidades é condição inexorável dos sujeitos que trabalham, portanto, não se devem buscar formas de eliminá-los, mas sim, de transformá-lo em possibilidades. Este Centro Integrado de Apoio Psicossocial-CIAPS, vem desenvolvendo uma política de atenção à saúde mental desta categoria de trabalhadores, de forma que vem atendendo uma crescente demanda de servidores que apresentam sintomas de ordem psicossocial dos mais simples a situações de maior gravidade, e esse cenário tem atestado a gravidade da situação vivenciada pelos policiais diante de um emaranhado de fatores relacionados às características profissionais que promovem seu adoecimento de forma contínua e comprometedora.	
5. Principais Demandas: • Incentivo à promoção de qualidade de vida dos profissionais de Segurança Pública; • Criação de condição favorável à prevenção de riscos psicossociais a que estão expostos os policiais. • Promoção de ações de prevenção e manejo de estresse pós-traumático	
6. Objetivo Geral: Implementar campanhas educativas, palestras e seminários dirigidos aos profissionais de Segurança pública, dando-lhes maiores possibilidades de uma vida saudável.	

7. Justificativa:

Reconhecendo que o trabalho é mediador de integração social, seja por seu valor econômico seja pelo aspecto cultural, tendo assim, importância fundamental na constituição da subjetividade, no modo de vida e, portanto na saúde física e mental das pessoas. A contribuição do trabalho para as alterações de saúde mental das pessoas dá-se a partir de ampla gama de aspectos: desde fatores pontuais, como a exposição à determinada situação de stress, até a complexa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão de tarefas, as formas de gerenciamento de pessoas, a hierarquia institucional, a longa jornada de trabalho e tantos outros. Os transtornos mentais e de comportamentos relacionados ao trabalho resultam, assim, não de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, produzindo disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas com maior ou menor teor de gravidade.

O trabalhador de Segurança Pública, em especial o policial que tem como função promover a segurança da sociedade, atuando na resolução de conflitos que envolvem as mais diversas formas de violência, tem em sua atividade campo fértil para o desencadeamento de problemas psicossociais, que aliado a uma rotina de trabalho estressante marcada pelo iminente risco à vida, pela necessidade constante de gerenciar conflitos que requer uma resposta rápida e eficaz, e na qual uma falha na atuação pode gerar um resultado desastroso, custando a própria vida ou a de outrem. Como também, o apelo da sociedade diante da presente ameaça a Segurança Pública, e, a sensação de impotência em meio ao elevado índice de violência que motiva o aparecimento de forte sentimento de angustia favorecendo o surgimento de doenças emocionais tais como depressão, síndrome do pânico, fobias e abalo da autoestima, cuja a repercussão atinge uma categoria profissional inteira e seus efeitos alcançam ampla e gradativamente toda sociedade.

Com o compromisso de favorecer a melhoria da qualidade dos serviços disponibilizados à sociedade, esta Secretária de Estado da Segurança Pública tem investido em ações que favorecem a saúde psicossocial dos servidores policiais através do CIAPS, com ações integrado de apoio psicossocial, trabalhando questões relacionadas aos traumas vivenciados na rotina diária de trabalho que envolve ações de riscos físicos e psicológicos, vem somar esforços junto aos demais órgãos desta secretaria como também a Academia de Polícia que disponibiliza atividade física com acompanhamento profissional, tendo um olhar voltado para a saúde física e emocional dos servidores que experimentam em suas rotinas diárias de trabalho elevados níveis de estresse, justificando assim necessidade de ações pedagógicas e sistemáticas de prevenção em saúde, utilizando os mais diversos recursos e que não sofram solução de continuidade.

Dentre esses aspectos de saúde, destacamos os transtornos de estresse pós-traumático, conhecidos como o TEP e TEA, que precisam ser trabalhados na perspectiva da prevenção e do acolhimento dessa demanda pelo serviço de atendimento deste CIAPS, sendo incluído no protocolo de atendimento, utilizado como ferramenta de mensuração e identificação das demandas de saúde acolhida neste espaço.

8. Público Beneficiado:

Servidores da Secretaria de Segurança Pública do Estado de Sergipe.

9. Metas/Ações:

Número	Meta
Meta 1	Implementar campanha educativa de prevenção ao estresse ocupacional, ansiedade, depressão e saúde mental.
Meta 2	Implementar campanha educativa contra a dependência ao álcool e outras drogas.
Meta 3	Implementar campanha educativa de combate ao sedentarismo.
Meta 4	Implementar campanha educativa sobre comorbidades mórbidas e doenças ocupacionais.
Meta 5	Implementar campanha de readaptação da dor servidor ao ambiente de trabalho.
Meta 6	Desenvolvimento de campanha educativa de resgate da autoestima do policial e valorização frente a sociedade
Meta 7	Ampliar o protocolo de atendimento do CIAPS para avaliação de TEP e TEA no serviço de atendimento psicossocial já existente no CIAPS.

10. Planejamento/Estratégias a serem desenvolvidas:

Serão desenvolvidas as campanhas educativas abordando um temáticas de saúde emocional e a relação de trabalho, desmistificar o transtorno de estresse pós-traumático-TEPT e o transtorno de estresse agudo, de forma contínua e interligada a outras transtornos que tanto vem acometendo os operadores das forças policiais, tendo como público-alvo, prioritariamente, os bombeiros militares, peritos, policiais militares e civis.

As campanhas serão realizadas através de folders, cartazes, banners, cartilhas, bem como palestras e seminários que discutirão temas de relevância para a qualidade de vida do policial, principais fatores desencadeadores de doenças psicossociais e seus impactos na vida profissional e pessoal, gerenciamento de emoções e possibilidades de tratamento, bem como, promover os encaminhamentos dos casos identificados no ambiente de trabalho para o devido acompanhamento.

Todas as campanhas buscarão na Assessoria de Comunicação da Secretaria de Estado de Segurança Pública apoio para a produção/criação do material utilizado, no que se refere a definição do leiaute, e orientações relacionadas à *marketing*.

11. Resultados Esperados com a implementação do Projeto:

Melhoria da qualidade de vida dos servidores da Secretaria de Segurança Pública e consequentemente dos serviços prestados por estes à sociedade.

12. Mensuração do Resultado:

A mensuração dos resultados se dará a partir de pesquisa feita junto aos servidores, avaliando a índice de satisfação pessoal e profissional, e, nível de adoecimento.

CIAPS – CENTRO INTEGRADO DE APOIO PSICOSSOCIAL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

GOVERNO DE SERGIPE

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

As informações contidas neste prontuário estão protegidas pelo código de sigilo do CIAPS.
O acesso a qualquer parte desse questionário é restrito aos técnicos desse centro.

NOME DO ACOLHEDOR INICIAL:
DATA: NÚMERO DE REGISTRO DE CONTINUIDADE:

BLOCO 1 - IDENTIFICAÇÃO GERAL

USUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: IDADE: SEXO: Masc. ( ) Feminino ( ) Outros ( )
NOME DA MÃE:
NOME DO PAI:
ENDEREÇO:
CIDADE: TELEFONE:
CARGO:
INTITUIÇÃO QUE TRABALHA/COMPANHIA/DELEGACIA OU SETOR ADMINISTRATIVO
CHEFE IMEDIATO:

BLOCO 2 – Dados sociodemográficos

ESTADO CIVIL: (assinale apenas uma alternativa)
( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Separado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) União estável

MORA COM: (Assinale todas as alternativas referidas pelo paciente)
( ) Sozinho ( ) Companheiro (x) Companheira ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Filhos
( ) Irmãos ( ) Parentes ( ) Amigos ( ) Pensão/República ( ) Outros: _____

RELIGIÃO:
( ) Nenhuma ( ) Espírita ( ) Católica
( ) Candomblé ( ) Protestante/Evangélica ( ) Outra_____

HÁBITOS:
Fuma: ( ) Não ( ) Sim ( ) Mais de 1 maço/dia ( ) Menos de 1 Maço/dia
Bebe: ( ) Não ( ) Sim ( ) Diariamente ( ) Semanalmente ( ) Esporadicamente
Atividade Física: (x) Não ( ) Sim ( ) Diariamente ( ) Semanalmente ( ) Esporadicamente

BLOCO 3 – CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA

FORMA DE ACESSO AO SERVIÇO DO CIAPS: (forma acesso ao serviço de atendimento e motivação)
( ) Por decisão própria
( ) Por encaminhamento da Corregedoria
( ) Por solicitação de parentes e amigos
( ) Por encaminhamento da instituição
( ) Outros:
Se concorda com a solicitação ou encaminhamento feitos para este serviço:
( ) Sim ( ) Não
Motivo da procura ao CIAPS:
( ) problema de saúde de ordem física
( ) problemas de saúde de ordem emocional
( ) Outros:
Se demanda apresentada está relacionada a alguma situação de trabalho:
( ) sim ( ) não
Numa ação:
( ) coletiva ( ) individual:
Duração da Ocorrência:
Data da Ocorrência:

TRATAMENTOS ANTERIORES EM RELAÇÃO A QUEIXA APRESENTADA
( ) Sim (x) Não
Qual (is) ? (Assinale todas as alternativas referidas pelo paciente)
( ) Médico psiquiatra
Você já foi internado por complicações relacionadas a esse problema?
( ) Sim ( ) Não
Se a resposta for sim, especificar a frequência e locais:

BLOCO4 – RELATÓRIO REALIZADO PELO SERVIÇO DE ACOLHIMENTO

I- HISTÓRICO BREVE DA SITUAÇÃO

- Momento descrição da queixa apresentada
- Numa situação de evento crítico vivenciado de forma coletiva, toda equipe é ouvida na perspectiva de uma ação preventiva, utilizando técnicas de intervenção de grupo apropriada, com uso de testes psicológicos de avaliações de níveis de estresse, de uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas e tantos outros, conduzidas por psicólogos, como também, acompanhados por assistente social, onde é observado o estado emocional de cada um e posteriormente é produzido um relatório individual, como forma de identificar a repercussão do evento crítico. Uma vez identificado casos de TEA, prosseguir com o atendimento psicossocial no CIAPS e, se necessário, encaminhar ao atendimento psiquiátrico externo, através do SUS e demais equipamento públicos de assistência à saúde dos servidores públicos do estado, como também em relação a outras terapias complementares.
- A intervenção em eventos críticos vem sedo realizada por solicitação das equipes dos operadores de segurança que se sentem afetados, seja de forma coletiva ou individual. Ainda não temos uma ação preventiva voltada especificamente para essa demanda por faltar equipe técnica com capacidade para disponibilização dessa ação.

II – AVALIAÇÃO DA QUEIXA APRESENTADA

- Avaliação da queixa
- Quando é trazida no grupo é avaliada e trabalhada de forma coletiva
- Utilização de Alguns Critérios de Diagnósticos (transtorno de pânico, transtorno de ansiedade, fobia específica – DSM-V)
- Testes psicológicos como o ISSL e outros

III - PROGNÓSTICO INTERVENTIVO

Identificado uma situação de TEPT ou TEA, resultante de uma situação individual ou coletiva o prognóstico será de permanência no serviço de atendimento psicossocial em grupo ou individual e quando requer outros serviços de atendimento não existente no CIAPS, são feitos os devidos encaminhamentos seja aos equipamento públicos do SUS ou serviços da assistência dos servidores do estado e até mesmo particular quando preferem. Vale ressaltar que é feito todos um trabalho em grupo na perspectiva de alcançar todos os participantes e assim identificar de forma individual aqueles que apresentam maior comprometimento de seu estado físico e emocional.

- Nesse momento, instituição que providenciou o encaminhamento é informada sobre a adesão dos operadores ao serviço de atendimento, observando a situação de cada um e da condição de trabalho diante da situação vivenciada e uma vez identificada a necessidade de afastamento das atividades de trabalho são encaminhados a junta médica, como também, é negociada qualquer outra medida necessário a melhoria da condição de saúde dos mesmos junto a instituição.

IV - PROJETO TERAPÊUTICO

- Nesse momento segue o projeto terapêutico com atendimento individual ou coletivo
- Ao concluir o atendimento, quando esse atendimento é proveniente de encaminhamento, será informado a instituição através de relatório.
- No caso de eventos críticos, também informamos as instituições, através dos relatos ouvidos, o que constitui elemento facilitador e dificultador no processo de atendimento e ressignificação das demandas apresentadas, naquilo que compete a instituição como: encaminhamento imediato da equipe ou da pessoa, a condução do processo de repercussão dos fatos no ambiente de trabalho, observando os posicionamentos dos comandos, permitindo sentirem-se acolhidos no ambiente corporativo.

5.1.3.4 PROGRAMA DO ESTADO DE RORAIMA - PMRR, PCRR, CBMRR, POLÍCIA CIENTÍFICA

O Centro de Qualidade de Vida dos Profissionais de Segurança Pública de Roraima - CQV/SESP possui o Projeto de prevenção ao estresse pós-traumático desde 2014, estando este inserido no contexto do Programa de Prevenção e Gerenciamento do Estresse (desenvolvido no Estado desde 2011).

Considerando que nossas ações são desenvolvidas de forma integrada, atendemos os profissionais da Policia Militar, Policia Civil e Pericia de Roraima, bem como a Guarda Civil Municipal e os Agentes de trânsito de Boa Vista.

Entre as ações desenvolvidas pelo projeto, citamos as visitas *in loco* nos postos de trabalho, palestras e rodas de conversa de prevenção ao estresse e estresse pós-traumático, intervenções em situações de incidentes críticos através de avaliações individuais e grupais, atenção psicossocial e encaminhamentos, quando necessário (especialmente para avaliação

psiquiátrica). E, ainda, informações aos gestores quanto às condições psíquicas dos profissionais, caso necessário para a tomada de decisões .

5.1.3.5 PROGRAMA DO ESTADO DO PARÁ - PMPA

Até o momento não existe ação de forma direta em prevenção ao estresse pós-traumático, porém, de forma indireta, são realizadas as seguintes ações após ocorrências que podem ser fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT:

1) Em cumprimento às determinações da Instrução Normativa n. 001/2013 - CorGeral publicada no Boletim Geral nº. 27 - 07 de fev de 2013, a qual dispõe sobre as resoluções no. 202/12 e 204/2012 do CONSEP:

- o comandante do policial militar envolvido em ocorrências que resultem em morte ou lesão corporal do policial envolvido deve afastar temporariamente do serviço operacional para avaliação psicológica e redução do estresse os agentes de segurança pública envolvidos diretamente em ocorrências com resultado letal, devendo ser dispensado tratamento condizente com o comportamento demonstrado pelos servidores do Sistema Estadual de Segurança Pública e Defesa Social envolvidos em ocorrência de natureza grave para preservar sua integridade física e psicológica, sendo oferecidos atendimento e avaliação psicológica com afastamento total das atividades laborais ou apenas do serviço operacional, conforme a necessidade, além de encaminhamento para outros serviços de atenção à saúde e acompanhamento psicossocial no CIPAS, caso necessário.

2) Através do Serviço de Assistência Especial – SAE

Este serviço funciona em escala de 24h, tendo sempre à frente um oficial psicólogo ou assistente social pertencente ao CIPAS e consiste na prestação de assistência *in loco* aos policiais militares e seus familiares em caso de óbito e em situações de adoecimento ou lesão corporal que resultem em hospitalização. Os policiais militares e familiares assistidos permanecem em acompanhamento pelo tempo que for necessário.

5.1.3.6 PROGRAMA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - PMERJ

Na Diretoria de Assistência Social os assistentes sociais têm atuado em duas frentes de trabalho direcionado ao cuidado e suporte aos policiais vitimados e licenciados pelo setor de psiquiatria, a saber:

1) Núcleo de Atendimento ao Policial Militar Ferido (NAPMF): equipe especializada com o objetivo de promover valorização profissional por meio de ações que contribuam para o acesso do policial militar a recursos, benefícios e direitos sociais. Este Núcleo foi reativado em maio de 2016 e suas atribuições estão previstas no BOL PM107 – 15 jun. 2016 fl. 52. O público alvo de atendimento direto são os policiais militares feridos por perfurações de arma de fogo (PAF) e acidentes automobilísticos e indireto os familiares beneficiados pela redução dos impactos da vitimização sobre a dinâmica social e familiar. A equipe é composta por seis assistentes sociais e os agentes sociais dos núcleos descentralizados da Diretoria de Assistência Social. Os atendimentos ao policial militar ferido ocorrem no centro de fisiatria e reabilitação, Hospital Central da Polícia Militar e Diretoria de Assistência Social. Uma das rotinas de atribuições do NAPMF é o contato

com as unidades de saúde da PMERJ, diretoria de Inativos e Pensionistas e Junta de Saúde visando à integração da assistência ao policial militar ferido.

2) Projeto de atuação no campo de saúde mental da PMERJ

Há um projeto para qualificar e sistematizar o atendimento aos policiais licenciados e reformados por questões psiquiátricas na corporação. O objetivo é promover o atendimento integral e a manutenção e/ou reconstituição da autonomia dos policiais militares com restrições de saúde relacionadas ao campo de saúde mental assim como de policiais que passam por situações traumáticas que possam refletir em suas rotinas de trabalho.

Propostas em processo de análise e implementação:

- contato telefônico com todos os policiais licenciados ou classificados como apto C visando identificar os condicionantes do adoecimento e fornecer informações sobre a rede de apoio intra e extra PMERJ;

- realização de grupos presenciais com esses policiais com equipe de psicólogos e assistentes sociais visando uma construção terapêutica e social do processo do bem-estar com discussão de temas como relações interpessoais no trabalho, família, endividamento, álcool, drogas, alimentação;

- realização de grupos com policiais envolvidos em ocorrências com feridos ou falecidos visando a prevenção do estresse pós-traumático.

O Serviço Social tem atendido individualmente os casos de policiais que as demais categorias profissionais da saúde tem encaminhado para DAS, sendo realizados, também, contatos com o setor de psicologia da PMERJ, a fim de promover um trabalho articulado e preventivo, assim como com unidades da rede de saúde pública, com a Defensoria Pública e outras instituições para que os policiais tenham seus direitos garantidos.

5.1.3.7 PROGRAMA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL - BRIGADA MILITAR, CMBRS

- BRIGADA MILITAR

A Brigada Militar possui a Nota de Instrução de Saúde n. 007 que regula o atendimento ao Militar Estadual (ME) após ocorrência de grande vulto, com objetivo de prevenir o desenvolvimento do TEPT. A Seção Biopsicossocial do Departamento de Saúde é o setor responsável por acolher o militar para avaliação e acompanhamento após ocorrência de vulto, a partir do encaminhamento feito pelo Comandante do ME envolvido. A equipe é composta por assistente social, psicólogos e psiquiatras. O protocolo de avaliação inclui atendimento inicial por um assistente social, com objetivo de acolhimento e contextualização social. A seguir é realizado atendimento com psicólogo, visando avaliar as condições psíquicas do servidor para manter-se em serviço, bem como realizar as intervenções pertinentes. Havendo necessidade, o ME é encaminhado para avaliação psiquiátrica. São realizados, no mínimo, 3 atendimentos antes do ME ser liberado do acompanhamento.

- CBMRS

Realização de seminários para o público interno para fins de análise e reflexão sobre o tema suicídio no âmbito institucional, assim como formas de abordagem eficaz para salvamento de pessoas. O propósito principal é conhecer as causas pelas quais o Rio Grande do Sul figura no cenário nacional com os maiores índices de suicídio. Estão sendo estruturadas no CBMRS iniciativas técnicas, administrativas e operacionais de incentivo e valorização da vida.

Visando a conscientização e o desenvolvimento técnico foi realizado no município de Gramado o 1º. Seminário Estadual sobre abordagem técnica a tentativas de suicídio em 2017, com palestras sobre prevenção ao suicídio e fatores de risco, aplicação de técnicas de intervenção ao "tentante". O evento atingiu um público de 165 bombeiros militares de 20 cidades do Rio Grande do Sul, SAMU, bombeiros voluntários, Brigada Militar, CAPS Gramado, CVV e Guarda Municipal.

Em 2017, houve a participação de um militar estadual no curso de abordagem técnica a tentativas de suicídio na Escola Superior de Bombeiros de São Paulo. Em julho de 2018, em Caxias do Sul houve uma palestra sobre prevenção e manejo da tentativa de suicídio a todos os comandantes do 5º. Batalhão de Bombeiros Militar e efetivo operacional de bombeiros de Caxias do Sul. Em setembro de 2018, foi realizado o 2º. Seminário de abordagem a tentativas de suicídio destinado a 54 bombeiros militares do Rio Grande do Sul, SAMU de Caxias do Sul e Gramado, CAPS de Canela, psicólogos e policiais militares. Em decorrência, foi realizado o 1º. Curso de abordagem técnica à tentativas de suicídio com 50 horas aula de 10 a 14 de setembro de 2018, em Gramado, sendo destinado à qualificação de 22 bombeiros militares de todas as regiões do Estado, 01 oficial superior da Brigada Militar e 02 integrantes do SAMU com o objetivo de proporcionar conhecimentos técnicos aos agentes de segurança nos diversos cenários que envolvem uma ocorrência de abordagem à tentativa de suicídio, executando todas as ações necessárias para a desistência da ideia de suicídio por parte da vítima, focado no diálogo de abordagem técnica e alternativas de abordagens táticas. Houve orientação para padronização de procedimentos desde a comunicação da ocorrência até a aplicação das técnicas mais adequadas nas ocorrências de suicídio como formas de prevenção, tendo sido discutidos e realizados estudos de caso de suicídio da própria tropa, balizados pelo estudo da prevenção de suicídios e do autoconhecimento pessoal e interpessoal.

Em setembro de 2018, houve a criação de um grupo de trabalho para implementar cursos regulares de prevenção e manejo a tentativas de suicídio. Previsão do próximo curso para maio de 2019 em Bento Gonçalves.

6 O PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO EM INCIDENTES CRÍTICOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO TEPT NA SEGURANÇA PÚBLICA

6.1 FINALIDADE DO PROTOCOLO

Promoção de saúde mental para o profissional de Segurança Pública, reduzindo a morbidade decorrente do estresse profissional cumulativo, agudo e pós-traumático nestes profissionais.

6.2 OBJETIVO DO PROTOCOLO

Instituir normatização de procedimentos de atendimento padronizado por meio de ações de prevenção e tratamento aos profissionais de Segurança Pública envolvidos em incidentes críticos.

6.3 METODOLOGIA PARA A ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO

6.3.1 Construção do Protocolo

Para a construção do Protocolo foram realizados, inicialmente, levantamentos bibliográficos e documentais, nacionais e internacionais com foco na fundamentação teórica a respeito do Transtorno de Estresse Pós-Traumático e ênfase nas abordagens de prevenção e tratamento. Foram levantados os programas e ações de prevenção e tratamento mais utilizadas mundialmente, assim como os existentes em algumas Instituições de Segurança Pública no Brasil.

6.3.2 Validação do Protocolo

Para a validação do Protocolo construído em 2011, a fim de verificar a sua adequação à realidade da Segurança Pública brasileira, foram realizadas entrevistas com especialistas em Segurança Pública e em atendimento biopsicossocial que lidam diretamente com profissionais de Segurança Pública que se envolvem, no dia a dia de sua profissão, com eventos traumáticos. Foram visitados os Estados de Santa Catarina (PMSC), São Paulo (PMESP) e Paraná (PMPR) em função dos programas de prevenção do TEPT existentes nas Polícias Militares destes Estados. A Polícia Militar da Bahia também seria entrevistada, porém a visita ao Estado da Bahia não foi possível devido a problemas de força maior.

6.4 ESTRUTURA NECESSÁRIA À IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO EM INCIDENTES CRÍTICOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO TEPT

6.4.1 As Comissões de Gestão Integrada de Atenção à Saúde dos Servidores de Segurança Pública – CGIAS

As Comissões de Gestão Integrada de Atenção à Saúde dos Servidores de Segurança Pública, previstas no art. 4º, I, da IN Gab/MJ 01/10, serão responsáveis por fomentar a implantação de todos os procedimentos previstos neste Protocolo por meio das seguintes atribuições:

a. provocar o cumprimento dos procedimentos propostos no Protocolo;

b. coordenar, articular, orientar e monitorar as atividades realizadas pelas equipes técnicas de prevenção e tratamento do TEPT;

c. desenvolver estratégias de implementação das ações propostas no Protocolo a fim de alcançar os profissionais de Segurança Pública da capital e do interior de cada Unidade da Federação;

d. realizar reuniões sistemáticas com todas as equipes a fim de padronizar o atendimento e os procedimentos prescritos no Protocolo;

e. planejar educação continuada para prevenção e gerenciamento do estresse e TEPT;

f. estabelecer parcerias com a Secretaria de Saúde local, unidades da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e outros serviços que garantam atendimento psiquiátrico e psicoterápico para o profissional de Segurança Pública e seus familiares, no caso de as Instituições não possuírem estrutura suficiente para esta atividade;

g. alimentar banco de dados específico nas instituições para sistematização dos registros das atividades relativas ao Protocolo de Intervenção para fins de avaliação de resultados, consolidação de estatísticas nacionais, tomada de decisão de estratégias de ação e fonte de pesquisa para novas demandas;

h. mapear as causas das Licenças para Tratamento de Saúde (LTS) relacionadas a incidentes críticos das referidas instituições;

i. levantar os incidentes críticos mais frequentes e de maior impacto nos profissionais de Segurança Pública;

j. levantar os custos da instituição em função de LTS e inatividade por transtornos psicológicos em relação ao custo da prevenção e tratamento do TEPT;

k. manter interlocução constante com a Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça e Segurança Pública para fins de troca de informações, avaliação e monitoramento da implementação do Protocolo.

6.4.2 Os Núcleos Integrados de Atenção Biopsicossocial – NIAB

Os Núcleos Integrados de Atenção Biopsicossocial, previstos no art. 4º, III, da IN 01/10, ou estruturas correlatas existentes nas instituições de Segurança Pública terão as seguintes atribuições:

a. criar e promover a capacitação das equipes técnicas de prevenção e tratamento do TEPT, na capital e descentralizadas, preferencialmente por proximidade geográfica, com o propósito de atender a todos os profissionais de Segurança Pública da respectiva Unidade da Federação em tempo hábil;

b. levantar informações sobre a ocorrência de incidentes críticos;

c. requisitar o preenchimento do Registro do Incidente Crítico (RIC) pelos profissionais envolvidos no incidente crítico;

d. avaliar o teor do RIC e encaminhar à equipe técnica de prevenção para realizarem o atendimento imediato;

e. informar, respeitando os preceitos éticos de garantia de privacidade e sigilo do paciente, o seu comandante, chefe ou diretor sobre os encaminhamentos necessários em cada caso;

f. orientar, acompanhar e avaliar as atividades das equipes técnicas.

6.4.3 As equipes técnicas de prevenção e tratamento do TEPT

As equipes técnicas de prevenção devem ser compostas por equipes multiprofissionais contendo pelo menos um psicólogo ou psiquiatra ou médico com especialização em saúde mental, além dos pares de suporte para a intervenção precoce, caso o modelo adotado pelo Estado contemple o *debriefing* psicológico. Os pares de suporte compõem o pessoal de apoio especificamente para o processo do *debriefing* psicológico. São pessoas pertencentes à mesma profissão dos participantes do grupo ou que partilham algo semelhante com os membros do grupo e auxiliam na condução do *debriefing* com o propósito de aumentar a credibilidade da equipe e prover legitimidade em termos da cultura e especificidade de um trabalho em particular.

As equipes técnicas de tratamento são compostas necessariamente por, pelo menos, um psicólogo ou psiquiatra que deverá realizar o atendimento psicoterapêutico e, também, por profissionais de outras especialidades.

As equipes técnicas de prevenção ficarão responsáveis pela realização das técnicas de intervenção precoce propostas no Protocolo ou as adotadas por cada estado e as equipes técnicas de tratamento realizarão as intervenções psicoterapêuticas a partir das abordagens propostas no Protocolo ou as escolhidas por cada estado. É dever dos profissionais das equipes técnicas de prevenção e tratamento do TEPT respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou instituições a que tenham acesso no exercício profissional. Os relatórios técnicos elaborados pelas equipes técnicas não poderão constar das fichas funcionais dos profissionais de Segurança Pública e não poderão ser disponibilizados para profissionais que não sejam da área de saúde. Mediante Termo de Cooperação ou outro instrumento específico, as equipes técnicas de prevenção e tratamento do TEPT poderão atender os integrantes da Força Nacional de Segurança Pública na respectiva Unidade da Federação.

6.5 OS PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO DO TEPT

As técnicas de intervenção precoce visam minimizar o impacto do efeito traumático por meio de intervenção imediata buscando a diminuição da prevalência do estresse e evitando a instauração do TEPT nos profissionais de Segurança Pública. Os procedimentos de intervenção para prevenção do TEPT estão representados por meio de um fluxograma, juntamente com os procedimentos de tratamento (Apêndice A).

6.5.1 Primeiro procedimento: notificação imediata do incidente crítico

Sempre que houver a ocorrência de um incidente crítico envolvendo profissionais de Segurança Pública, o comandante, dirigente ou gestor da unidade de referência deverá realizar notificação imediata para a equipe técnica de prevenção do TEPT da referida Instituição.

6.5.2 Segundo procedimento: preenchimento do Registro do Incidente Crítico - RIC

Preferencialmente o chefe dos profissionais envolvidos no incidente crítico deverá preencher o Registro do Incidente Crítico (RIC), documento que contém as informações detalhadas sobre o evento traumático (Apêndice B).

6.5.3 Terceiro procedimento: aplicação de técnicas de intervenção precoce

Após a análise do conteúdo do RIC, a equipe técnica de prevenção do TEPT deverá entrar em contato com os envolvidos e aplicar as técnicas de intervenção precoce propostas neste Caderno ou as que os estados preferirem, desde que desenvolvam modelos próprios de intervenção precoce adequados à realidade local e à capacitação de sua equipe de prevenção, utilizando-se de técnicas que tenham comprovação científica de sua validade. Na falta de um modelo local, sugere-se uma intervenção precoce que compreenda duas etapas: 1. primeira etapa - o *debriefing* psicológico como primeira opção ou o *defusing* no caso de incidentes de longa duração que inviabilizem a realização do *debriefing* psicológico no intervalo em que ele é considerado benéfico; 2. segunda etapa - a entrevista de triagem e hipótese diagnóstica.

6.5.3.1 Primeira etapa: *debriefing* psicológico ou *defusing*

6.5.3.1.1 O *debriefing* psicológico como primeira opção

Proposto como primeira opção para a primeira etapa de intervenção primária no Protocolo para Prevenção do TEPT remete-se a uma adaptação da técnica *Critical Incident Stress Debriefing* - CISD ao contexto da Segurança Pública brasileira com base em alguns pressupostos da abordagem *Critical Incident Stress Management* - CISM. Trata-se de uma intervenção precoce em grupo, de caráter preventivo imediato após incidentes críticos, a ser aplicada ao grupo de profissionais de Segurança Pública envolvidos em um mesmo evento traumático.

Seguem os objetivos da aplicação da técnica do *debriefing* psicológico:

1. atender de forma imediata a todos os profissionais de Segurança Pública envolvidos em incidentes críticos, partindo-se do pressuposto de que todos expostos a um incidente crítico estão em risco de uma reação de TEA ou TEPT;
2. reduzir o impacto do incidente crítico baixando a tensão psicoemocional para minimizar os sintomas agudos;
3. ativar o processo de integração das ocorrências traumáticas;
4. prevenir a fase crônica do TEPT e evitar o seu desenvolvimento, facilitando o processo de recuperação dos profissionais envolvidos no incidente;
5. facilitar a expressão dos sentimentos e emoções em grupo relacionados à experiência traumática vivida com o propósito de reordená-la cognitivamente de forma mais adaptativa;
6. fornecer informações básicas sobre manejo de estresse.

Seguem as orientações sobre a aplicação da técnica do *debriefing* psicológico:

1. realizar a intervenção no prazo máximo de 72 horas após o incidente crítico, preferencialmente nas primeiras 24 horas após o ocorrido por meio de uma reunião grupal com todos os profissionais envolvidos no incidente;
2. diante da emergência de intervenção quase imediata, a sessão de *debriefing* poderá ser feita no próprio local do evento ou os envolvidos no incidente deverão ser conduzidos para a sua Instituição (sala de intervenção e atendimento) desde que no prazo de até 72 horas;
3. não produzir um novo trauma, sendo necessária uma boa administração da sessão de *debriefing* a fim de permitir a expressão dos sentimentos e emoções;
4. não desativar a evitação ou negação de emoções difíceis de controlar, pois este é um mecanismo de defesa útil, talvez uma necessidade de sobrevivência psíquica;
5. a sessão do *debriefing* psicológico deve ser realizada por no mínimo dois e no máximo quatro membros da equipe técnica de prevenção, sendo um membro da equipe para cada cinco a sete participantes do grupo;
6. a equipe mínima para a sessão de *debriefing* deve ser de duas pessoas, mesmo com o menor dos grupos e deve ter sido treinada com relação aos procedimentos do *debriefing* psicológico de acordo com os padrões aqui estabelecidos;
7. um dos componentes da equipe do *debriefing* deverá ser um profissional de saúde mental (coordenador ou facilitador do grupo) e os demais deverão ser os pares de suporte, todos devidamente treinados na técnica;
8. o profissional de saúde mental deverá avaliar a necessidade de participação do chefe da equipe ou da missão envolvido no incidente crítico;
9. o profissional coordenador do grupo deve ser capaz de delinear objetivos, gerir o tempo, facilitar o processo e evitar o aparecimento de processos destrutivos, devendo estar familiarizado com o trabalho em grupo, detendo conhecimento adequado sobre as reações de estresse e TEPT, dentre outros;
10. a sessão deve durar em torno de 3 a 4 horas onde será feita uma "revisão" do evento estressor;
11. deve-se avaliar o estado emocional dos membros do grupo após o *debriefing* e, caso necessário, encaminhar pessoas mais comprometidas emocionalmente para acompanhamento individual;
12. realizar apenas uma sessão de *debriefing* (mais de uma sessão de *debriefing* pode tornar o indivíduo mais vulnerável a reações significativas de estresse), a qual deve ser seguida da entrevista de triagem e hipótese diagnóstica ou de outra estratégia de intervenção precoce escolhida pelo Estado.

Seguem as fases da sessão do *debriefing* psicológico:

1. Primeira fase – "Introdução": os membros da equipe técnica se apresentam ao grupo e descrevem o processo, explicando o que vai acontecer durante a sessão e esclarecendo quaisquer dúvidas dos participantes, os quais também devem se apresentar. Os membros da equipe apresentam as diretrizes para a condução do

debriefing e estimulam os participantes a se envolverem ativamente no processo. Deve-se enfatizar a confidencialidade e o sigilo envolvidos no processo. Estabelecer bom contato nesse primeiro momento da sessão para que as outras etapas fluam de forma satisfatória, o que pode facilitar o surgimento das áreas problemáticas e a participação ativa dos membros do grupo;

2. Segunda fase – "Descrição do Evento": os participantes são solicitados a descreverem o que aconteceu durante o evento estressor, sem necessidade de muitos detalhes. Esta etapa ajuda os participantes a começarem a falar por ser mais fácil verbalizar sobre o que aconteceu antes de descrever como o evento os impactou, o que ajuda a reduzir a ansiedade do momento;
3. Terceira fase – "Descrição do Pensamento": etapa de transição do domínio cognitivo ao domínio afetivo. O psicólogo pede aos participantes para descreverem seus pensamentos durante o incidente crítico antes de serem confrontados diretamente com o conteúdo emocional doloroso por ser mais fácil falar dos próprios pensamentos do momento do evento do que focalizar imediatamente sobre os aspectos mais dolorosos do evento. Os participantes começam a falar sobre os acontecimentos com certo grau de distanciamento para reduzir reações defensivas de enfrentamento. Esta etapa torna-se um veículo para a próxima, em que reações emocionais serão compartilhadas;
4. Quarta fase – "Reação Emocional": o foco muda para as respostas emocionais dos participantes durante o evento, o que eles estão experimentando atualmente e o significado que atribuem a essas experiências. Esse momento se concentra no impacto do evento sobre os participantes em que emoções como raiva, frustração, tristeza, sentimento de perda, confusão interna e outras normalmente surgem. É uma oportunidade de compartilhar as experiências traumáticas, o "ponto alto" da sessão do *debriefing,* em que a equipe técnica tenta normalizar a experiência e atenuar essas emoções negativas advindas da interpretação que cada indivíduo forneceu ao evento traumático em um processo de reformulação. A equipe de apoio ouve atentamente e gentilmente, incentivando os membros do grupo para acrescentarem algo, se assim o desejarem. Ninguém deve ser forçado a falar. Quando os integrantes do grupo se mostram sem problemas ou preocupações, eles podem estar evitando ou negando emoções difíceis de controlar, o que se configura em um mecanismo de defesa útil para a sobrevivência psíquica. Caso isso aconteça, a equipe deve mover a discussão para a próxima etapa de transição, a fase de sintomas, o que levará o grupo a partir do domínio afetivo em direção ao domínio cognitivo novamente;
5. Quinta fase – "Descrição dos Sintomas": são discutidas reações típicas de estresse e a equipe técnica esclarece dúvidas sobre reações pessoais ao evento. Se o *debriefing* acontecer imediatamente após o incidente crítico, sintomas decorrentes do incidente podem ainda não se manifestar e os membros da equipe técnica devem exemplificar os sintomas mais comuns associados à exposição a eventos traumáticos. Caso alguns membros do grupo já apresentem alguma sintomatologia, a equipe deve solicitar que relatem sobre os sintomas apresentados, se for o caso, e todo o grupo presta atenção aos sintomas mais comuns associados à exposição aos eventos traumáticos que servirão de base para a próxima etapa;

6. Sexta fase – "Ensino": a equipe técnica tenta normalizar os sintomas trazidos pelos participantes, instruindo-os sobre as possíveis reações pós-traumáticas, ainda que nenhum sintoma tenha surgido. Os membros da equipe tentam descobrir o que os participantes sabem sobre reações e estratégias de manejo do estresse e fornecem explicações sobre as reações dos participantes e informações sobre a gestão desse elemento, esclarecendo dúvidas. Isso faz com que os participantes do grupo conheçam os sintomas que podem ainda surgir e vejam que são "normais" diante de uma situação traumática, aprendendo sobre trauma e enfrentamento adaptativo. Outros tópicos pertinentes podem ser abordados durante a fase de ensino conforme o tipo do incidente crítico ao qual o grupo foi submetido; e
7. Sétima fase – "Reentrada ou Finalização": os participantes do grupo fazem perguntas ou declarações finais. São apresentadas ao grupo explicações de fechamento, informações, diretrizes de ação e orientações, podendo ser distribuídos folhetos informativos, cartilhas ou outro material educativo. A equipe técnica resume o que foi discutido durante o *debriefing* e faz o encaminhamento de todos os membros do grupo para a entrevista de triagem e hipótese diagnóstica. As entrevistas serão agendadas e realizadas na própria Instituição.

6.5.3.1.2 O *defusing* como segunda opção

Proposto como segunda opção para a primeira etapa de intervenção primária no Protocolo para Prevenção do TEPT para o caso de incidentes críticos de longa duração que inviabilizem a realização do *debriefing* psicológico no intervalo em que ele é considerado benéfico.

A técnica do *defusing* é também chamada de sessão inicial de desativação, descompressão ou desarmamento, porque busca "desativar" uma situação potencialmente explosiva por meio da descompressão emocional para conter um possível estado de choque em curto prazo e deverá ser realizada em grupo. O *defusing* deve durar em torno de 20 minutos a 1 hora no máximo e deverá ser realizado logo após o evento traumático, ainda dentro das primeiras 3 horas após o incidente crítico ou no máximo até 24 horas após a sua ocorrência. A média de tempo de realização de um *defusing* gira em torno de 20 a 45 minutos e geralmente ele é aplicado em até 8 horas após o incidente crítico (MITCHELL & EVERLY, 1997). Duração maior que uma hora já demandaria um *debriefing*, o que atende aos pressupostos da referida técnica. Portanto a grande diferença entre o *debriefing* e o *defusing* remete-se ao tempo, o que implica em procedimentos diferenciados de aplicação de cada técnica. O *defusing* é menos estruturado e mais informal do que o *debriefing*, em que não se deve abordar aspectos emocionais profundos, pois seu foco principal é ajudar o grupo com relação às reações agudas de estresse. Será útil quando um *debriefing* completo não puder ser fornecido aos profissionais de Segurança Pública, proporcionando a eles uma oportunidade para se expressarem de forma breve até que tenham possibilidade de analisar mais profundamente sua experiência. Em alguns casos, o *defusing* pode fazer muito em termos de fomentar o processo de "encerramento" depois de um incidente crítico.

Seguem os objetivos da aplicação da técnica do *defusing:*

1. reduzir a intensidade das reações imediatas relacionadas ao estresse;
2. normalizar a experiência;

3. restabelecer a rede social do grupo, estabelecendo uma atmosfera de apoio mútuo;
4. educar o grupo sobre reações potenciais de estresse, fornecendo informações sobre suporte adicional;
5. estabelecer expectativas positivas sobre os resultados.

Seguem as orientações sobre a aplicação da técnica do *defusing*:

1. o *defusing* deve ser aplicado a grupos pequenos;
1. diante da emergência de intervenção quase imediata, a sessão de *defusing* deverá ser feita no próprio local do evento ou, se necessário, os envolvidos no incidente deverão ser conduzidos para a sua Instituição (sala de intervenção e atendimento) desde que no prazo de até 24 horas;
2. deve ser realizado nas primeiras 3 horas ou no máximo até 24 horas após o incidente crítico;
3. a sessão deve durar em torno de 20 minutos a 1 hora no máximo;
1. não produzir um novo trauma, sendo necessária uma boa administração da sessão de *defusing*, a fim de permitir apenas a descompressão e a desativação das emoções decorrentes do evento traumático;
1. o *defusing* não vai lidar com conteúdos emocionais profundos;
2. deve ser conduzido por um profissional de saúde mental (coordenador ou facilitador do grupo) devidamente treinado na técnica;
1. deve-se avaliar o estado emocional dos membros do grupo após o *defusing* e, caso necessário, encaminhar pessoas mais comprometidas emocionalmente para acompanhamento individual;
1. realizar apenas uma sessão de *defusing,* a qual deve ser seguida da entrevista de triagem e hipótese diagnóstica ou de outra intervenção precoce. Mais de uma sessão de *defusing* pode tornar o indivíduo mais vulnerável a reações significativas de estresse.

Seguem as fases do *defusing*.

1. Primeira fase – "Introdução": momento inicial do *defusing,* em que os membros da equipe técnica se apresentam ao grupo e cada participante pode se apresentar, se desejar. Esta fase tem duração estimada entre 5 a 7 minutos. A equipe técnica explica porque eles estão reunidos; descreve o processo por meio de um discurso de abertura; explica brevemente o que vai acontecer durante a sessão de *defusing;* motiva os membros do grupo à participação; encoraja o suporte mútuo; esclarece dúvidas dos participantes; enfatiza a questão da confidencialidade e sigilo envolvidos na intervenção; alivia a ansiedade do grupo sobre o processo de intervenção; assegura ao grupo que o *defusing* não é investigativo e que suporte adicional poderá ser oferecido após o *defusing*, se necessário. A fase da introdução do *defusing* é bastante semelhante à fase da "introdução" do *debriefing*;

2. Segunda fase – "Exploração": a equipe técnica inicia esta fase solicitando aos participantes do grupo que descrevam o que aconteceu. Depois podem perguntar a respeito das experiências e reações dos participantes do grupo no momento do incidente crítico. A equipe técnica solicita que falem sobre eventuais sintomas de estresse que podem ter experimentado. Enquanto os participantes falam, o coordenador do grupo deve identificar reações típicas de estresse e as reações que são características de trauma. O *defusing* se baseia em uma conversa, não em uma investigação. Em alguns casos nem é necessário fazer perguntas, isso vai depender muito do grupo. Os participantes falam livremente sobre suas impressões e experiências vividas durante o evento traumático. Quem quiser permanecer calado apenas escutará os relatos dos colegas, mas a equipe técnica deve tentar envolver os participantes no processo e encorajá-los a falar. Esta fase dura em torno de 10 a 30 minutos. Esta fase do *defusing* equivale às fases do "fato", "pensamento", "reação" e "sintomas" da técnica do *debriefing***.** Se a conversa se direcionar para tópicos fora do contexto do incidente crítico, o coordenador do grupo deve direcionar o assunto para a última fase;
3. Terceira fase – "Informação": a equipe técnica fornece informações sobre manejo de estresse e estresse pós-traumático, descrevendo as diferentes formas de lidar com o estresse e eventos traumáticos. Esta fase destina-se a fornecer informação sobre a identificação e o reconhecimento de reações e sintomas específicos para que a pessoa aceite suas próprias reações como normais para aquela situação. O coordenador do grupo deve resumir o conteúdo fornecido pelo grupo na fase da exploração; responder qualquer questão dos membros do grupo; normalizar a experiência e reações dos membros do grupo; ensinar estratégias de enfrentamento do estresse. Podem ser aplicadas técnicas rápidas de alívio de estresse como, por exemplo, relaxamento. Esta fase dura em torno de 5 a 15 minutos e equivale às fases de "ensino" e "reentrada" da técnica do *debriefing*.

6.5.3.2 Segunda etapa: entrevista de triagem e hipótese diagnóstica

Todos os profissionais envolvidos no incidente crítico que participaram do *debriefing* psicológico ou do *defusing* deverão participar de uma entrevista individual com um psicólogo ou psiquiatra ou médico com especialização em saúde mental para que sejam analisados as demandas e o quadro de saúde psíquica de cada um.

Seguem os objetivos da aplicação da entrevista de triagem e hipótese diagnóstica:

1. identificar os sujeitos potenciais ao desenvolvimento do TEPT a partir da verificação de fatores predisponentes ao transtorno;
2. identificar a presença de sintomas do TEA ou TEPT, com base no tempo decorrido desde o incidente crítico;
3. analisar alguns indicadores de risco como exposição prévia a trauma e transtorno de estresse agudo e mecanismos de risco potencial como falta de apoio social;
4. identificar a presença de comorbidades;

5. diagnosticar o TEA ou TEPT a partir dos critérios do DSM-V, com base no tempo decorrido desde o incidente crítico.

Seguem as orientações sobre a aplicação da entrevista de triagem e hipótese diagnóstica:

1. duração aproximada de 1 hora e deverá ser aplicada a todos os profissionais que se submeteram ao *debriefing* psicológico ou ao *defusing* para que sejam analisados as demandas e o quadro de saúde psíquica de cada um;
2. a entrevista é individual e deverá ser realizada preferencialmente nos dias seguintes ao *debriefing* ou ao *defusing* por um psicólogo ou psiquiatra ou médico com especialização em saúde mental;
3. o profissional que realizou a entrevista individual deve encaminhar para o processo psicoterapêutico os indivíduos que apresentarem sinais significativos de comprometimento emocional; fatores predisponentes ao TEA ou TEPT; sintomas de estresse agudo ou outros comprometimentos psicológicos.

6.5.4 Quarto procedimento: elaboração de relatório técnico

O psicólogo ou psiquiatra ou médico com especialização em saúde mental que realizou a entrevista de triagem e hipótese diagnóstica deverá elaborar relatório técnico sobre o estado de saúde mental de cada profissional entrevistado, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 1993), recomendando o acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, quando necessário, e o encaminhamento ao órgão da instituição com competência para efetuar afastamento do trabalho ou restrição à atividade operacional após a avaliação. Os outros membros da equipe técnica de prevenção podem auxiliar o profissional na elaboração deste relatório.

6.5.5 Quinto procedimento: encaminhamentos

Seguem algumas ações para a equipe técnica de prevenção com relação aos encaminhamentos:

1. para o caso de confirmação da presença de indícios do TEA ou TEPT: a equipe de prevenção deverá enviar o relatório técnico à equipe de tratamento e ao órgão de saúde competente e encaminhar os profissionais de Segurança Pública com indícios de TEA ou TEPT para o atendimento psicoterapêutico. Havendo lapso de tempo entre a entrevista de triagem e hipótese diagnóstica e o início do processo psicoterapêutico, o profissional deverá ser reapresentado à sua Unidade de origem e aguardará a data prevista, devendo ficar afastado das atividades operacionais que desempenhava anteriormente correlatas ao desencadeamento do TEA ou TEPT;
2. para o caso de não haver indícios do TEA ou TEPT: a equipe técnica de prevenção deverá arquivar o relatório técnico e encaminhar o profissional de Segurança Pública às suas atividades regulares;
3. a equipe técnica deverá comunicar a chefia imediata do profissional de Segurança Pública sobre os encaminhamentos realizados.

6.5.6 Sexto procedimento: alimentação do banco de dados

Após a realização das intervenções precoces, a equipe técnica de prevenção deverá alimentar o banco de dados específico com os registros sobre as intervenções realizadas e as informações sobre o incidente crítico contidas no RIC.

6.6 OS PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO PARA TRATAMENTO DO TEPT

Os procedimentos de intervenção para tratamento do TEPT estão representados por meio de um fluxograma, juntamente com os procedimentos de prevenção (Apêndice A).

6.6.1 Primeiro procedimento: realização do atendimento psicoterapêutico como estratégia principal de tratamento

Sempre que houver o encaminhamento de profissionais com indícios de TEA ou TEPT pela abordagem de intervenção precoce, a equipe técnica de tratamento deverá disponibilizar atendimento psicoterapêutico com ênfase na promoção de resiliência. Na falta de um modelo psicoterapêutico local, sugere-se a abordagem cognitivo-comportamental como estratégia principal para o tratamento devido à sua eficácia comprovada no tratamento do TEPT e por ser uma abordagem diretiva e estruturada de curto prazo, orientada à resolução de problemas de forma colaborativa, com o propósito de dotar o indivíduo de um novo instrumental cognitivo e comportamental a fim de que ele possa perceber e responder ao real de forma funcional. São propostas as técnicas de terapias de exposição e reestruturação cognitiva, com foco na promoção de resiliência.

Seguem os objetivos principais do processo psicoterapêutico baseado na abordagem cognitivo-comportamental:

1. identificar e mudar as avaliações negativas idiossincráticas do trauma e/ou de suas sequelas de forma que o indivíduo abandone comportamentos e estratégias cognitivas responsáveis pela manutenção do transtorno;
2. desenvolver habilidades de enfrentamento positivo;
3. promover resiliência com ênfase na capacidade de recuperação a partir de uma experiência traumática;
4. aumentar a capacidade do indivíduo para lidar com o estresse traumático por meio de estratégias adaptativas, como comportamentos de proteção, controle das respostas fisiológicas ou procura ativa por apoio social.

Seguem algumas orientações e sugestões sobre o atendimento psicoterapêutico:

1. propõe-se que o atendimento psicoterapêutico seja grupal tendo em vista a importância do compartilhamento da experiência traumática na superação do trauma, sendo fornecida intervenção individual somente nos casos em que o psicoterapeuta considerar necessário;

2. o atendimento psicoterapêutico deve ser fornecido pelo psicólogo ou psiquiatra da equipe de tratamento, pelo menos uma vez por semana (preferencialmente duas vezes), com duração aproximada de 50 a 60 minutos a sessão;
3. no decorrer do processo psicoterapêutico, o psicoterapeuta deverá avaliar a necessidade de encaminhar o(s) indivíduo(s) para atendimento psiquiátrico do Setor de Saúde da instituição ou, se necessário, para a Secretaria de Saúde local ou unidades do SUS, onde poderá receber prescrições medicamentosas voltadas para o alívio de alguns sintomas do TEPT.

6.6.2 Segundo procedimento: aplicação de outras técnicas de intervenção como estratégia auxiliar de tratamento

A equipe técnica de tratamento deve avaliar a pertinência e a viabilidade de aplicação de outras técnicas de intervenção para auxiliarem no tratamento do TEPT, as quais podem ser utilizadas concomitantes com a psicoterapia e/ou farmacoterapia, a depender da disponibilidade de profissionais devidamente habilitados para a sua utilização e da demanda de cada profissional de Segurança Pública encaminhado para o processo psicoterapêutico. São sugeridos, neste Protocolo, o equipamento de *biofeedback* cardíaco e o método EMDR como estratégias auxiliares ao processo psicoterapêutico, assim como as práticas integrativas complementares de acupuntura, meditação, yoga e reiki, que podem ser utilizadas separadamente ou em conjunto.

6.6.2.1 *Biofeedback* cardíaco

Este equipamento pode ser utilizado para auxiliar o psicoterapeuta a visualizar, em tempo real, as reações fisiológicas do paciente no desenrolar do processo terapêutico frente às memórias do evento traumático, ajudando a entender como se processam suas emoções e auxiliando o terapeuta a explicar ao paciente como é a interação entre a mente e o corpo.

O *biofeedback* cardíaco permite ao psicoterapeuta, de forma segura e sem contraindicação, propor ao seu paciente uma série de exercícios de fácil realização que podem reduzir os sintomas de excitação aumentada, propiciando o equilíbrio do sistema nervoso autônomo por meio da obtenção da coerência cardíaca em que a frequência cardíaca, a pressão arterial e a frequência respiratória se encontram em perfeita sincronia. O estado de coerência cardíaca ajuda a promover a homeostasia de forma natural, dando oportunidade à liberação da inteligência do corpo para estabelecer a autorregulação. A coerência cardíaca obtida por meio do auxílio do equipamento de *biofeedback* cardíaco promove relaxamento psicológico, aumento da resiliência, melhoria na autoestima e nos relacionamentos interpessoais, fortalece a pessoa para enfrentar situações ameaçadoras, melhora o foco e a clareza mental, tornando o raciocínio mais claro, além de deixar seu paciente mais tranquilo e relaxado para trabalhar os conteúdos demandados.

Seguem os objetivos do *biofeedback* cardíaco como estratégia auxiliar para o tratamento do TEPT:

1. auxiliar o terapeuta a visualizar as reações fisiológicas do paciente durante a sessão de psicoterapia;
2. reduzir os sintomas de excitação aumentada;

3. propiciar a autorregulação do organismo;
4. prover relaxamento psicológico;
5. aumentar a clareza mental.

6.6.2.2 *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* - EMDR

O método EMDR exige profissional clínico devidamente capacitado (psicólogos com CRP, psiquiatras com CRM ou médicos com CRM e formação em psicoterapia), certificado pelo *Eye Movement Desensitization and Reprocessing Institute* dos Estados Unidos e pelo *EMDR International Association – EMDRIA*, devendo seguir as normas de EMDR Iberoamérica para a aplicação do método. EMDR é um trabalho complexo que exige o conhecimento da história clínica do paciente, diagnóstico apropriado, desenvolvimento de uma relação empática terapeuta/paciente e a preparação do paciente para o EMDR em si.

O protocolo EMDR inicia com a evocação de uma memória do trauma relatada pelo cliente e segue considerando as crenças positivas e negativas e demais intervenções verbais associadas às técnicas de movimentação ocular, as quais promovem atividade cerebral específica, ativando o reprocessamento das memórias traumáticas com efetividade na redução de muitos sintomas do TEA e do TEPT.

Durante a sessão, o paciente deve manter em sua mente recordações do evento traumático (uma cena, um sentimento, um pensamento) enquanto o terapeuta conduz os movimentos bilaterais. Os estímulos bilaterais são repetidos até que a lembrança seja menos perturbadora e possa se associar a pensamentos e crenças mais funcionais. A informação será integrada de forma positiva e adaptativa por meio da retirada do bloqueio causado pelas imagens, crenças e sensações corporais negativas advindas do evento traumático. A abordagem demanda que as sessões sejam individuais para que seus pressupostos sejam cumpridos. Desta forma, o profissional de Segurança Pública pode manter-se como paciente no grupo da psicoterapia e receber atendimento individualizado em uma ou mais sessões de EMDR, conforme a necessidade. Em alguns casos, basta uma sessão para a obtenção dos efeitos positivos do EMDR.

Seguem os objetivos do EMDR como estratégia auxiliar para o tratamento do TEPT:

1. identificar os eventos traumáticos;
2. processar os eventos traumáticos;
3. integrar os traumas processados;
4. resgatar o autocontrole das emoções;
5. propiciar condutas funcionais e apropriadas.

6.6.2.3 Acupuntura

O tratamento de acupuntura é sugerido no Protocolo com o propósito principal de redução dos sintomas do TEA ou TEPT, principalmente os relacionados ao grupo de sintomas de hiperexcitação como insônia, irritabilidade, taquicardia, hipervigilância, dentre outros e deve ser aplicada por profissionais de saúde com formação em acupuntura. É uma prática integrativa

complementar que, por meio de estímulo nos pontos pelas agulhas e outros instrumentos, produz reações locais e sistêmicas, resultando em alívio dos sintomas de forma imediata ou progressiva, porque age pela via nervosa e induz a produção de hormônios antiestressantes, como endorfina, dopamina e serotonina. Trata-se de uma estratégia coadjuvante ao processo psicoterápico nos casos de elevado comprometimento sintomático, no que se refere à quantidade e severidade dos sintomas, podendo ser aplicada uma vez por semana ou mais, conforme o caso. Se o paciente não aceitar as agulhas, pode-se aplicar a acupuntura por outros meios, como moxabustão que é a queima da erva *artemisia vulgaris* nos pontos de acupuntura, o que promove o aumento da circulação vital; acupressão feita por pressão dos dedos nos pontos de acupuntura ou nas mãos e nos pés e tem o mesmo efeito que a inserção de agulha; ventosa que consiste na aplicação de uma pressão negativa nos pontos de acupuntura; sonoacupuntura que é a aplicação de ondas sonoras com frequência acima de 400Hz nos pontos de acupuntura para emitir vibrações e estimular as zonas corporais; laseracupuntura feita com aplicações de *laser* nos pontos corporais da acupuntura tradicional com agulhas e acupuntura auricular estimulando pontos energéticos da orelha que refletem o funcionamento pleno dos órgãos.

Seguem os objetivos da acupuntura como estratégia auxiliar para o tratamento do TEPT:

1. prevenir e reduzir sintomas do TEPT principalmente os relacionados ao grupo de sintomas de excitação aumentada;
2. mitigar estados depressivos;
3. diminuir a frequência cerebral para obtenção de relaxamento profundo;
4. ajudar a manter o equilíbrio dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico dos profissionais que se envolveram em incidentes críticos, evitando o aparecimento de outras doenças.

6.6.2.4 Meditação - *Mindfulness*

Praticar meditação pode ajudar a aliviar os sintomas de TEPT e normalizar os níveis de hormônio do estresse, auxiliando o processo psicoterapêutico. Dentre os diversos tipos de meditação, destaca-se como sugestão neste Protocolo a meditação *mindfulness* (estado mental de controle sobre a capacidade de se concentrar nas experiências, atividades e sensações do presente) em função dos diversos estudos que mostram os efeitos positivos da prática regular de *mindfulness* para policiais e militares. Uma das primeiras instituições a incentivar esta prática entre militares foi a Marinha dos Estados Unidos, que destina cerca de 2 milhões de dólares ao ano para o treinamento das forças armadas em *mindfulness*. É bastante clara a relação entre o uso desta técnica de meditação e a diminuição da impulsividade nesses profissionais, mediado pelo aumento da atenção plena e da empatia, o que resulta num melhor serviço à população e melhora da sua qualidade de vida. Os resultados apontam também para a diminuição de emoções negativas como a raiva e dos sintomas de depressão, explicado pelo melhor manejo dos fatores de estresse. Esses benefícios acabam se estendendo também às organizações policiais e militares, pois a prática de *mindfulness* melhora as habilidades socioemocionais e, consequentemente, o clima organizacional. De acordo com a Academia Brasileira de *Mindfulness,* entre as diversas melhorias na qualidade de vida da pessoa que pratica essa meditação, destaca-se o crescimento da criatividade, da memória e da rapidez em obter respostas. Atualmente, existem empresas de consultoria especializadas em oferecer treinamentos baseados nas técnicas

de meditação *mindfulness*, visando principalmente os profissionais, mas também outras pessoas que se consideram com dificuldade de concentração ou que enfrentam situações de estresse.

A meditação poderia ser introduzida nas instituições de Segurança Pública não só para os acometidos de TEA ou TEPT, mas também para os outros profissionais que desejassem participar como uma estratégia preventiva ao estresse. Ela pode ser praticada em grupo, o que facilita o estabelecimento de um horário semanal, por exemplo, que atenda à demanda, sendo importante um profissional habilitado para conduzir a prática.

Seguem os objetivos da meditação como estratégia auxiliar para o tratamento do TEPT:

1. reduzir os sintomas de excitação aumentada;
2. reduzir emoções negativas;
3. reduzir o fluxo de pensamentos intrusivos decorrentes do incidente crítico;
4. aumentar o nível de atenção com o foco no presente;
5. aumentar a produtividade no trabalho.

6.6.2.5 *Yoga*

O yoga é um sistema que proporciona ao praticante um equilíbrio entre o corpo e a mente, não tem limite de idade, é vasta em termos de práticas e adequações a grupos e necessidades. O yoga normalmente é praticado em grupo com um especialista conduzindo a prática por meio de técnicas de respiração e posturas específicas. As técnicas desenvolvidas em aula são respiração básica e avançada, trabalhos para a coluna vertebral através das posições corporais do yoga, relaxamento e meditação.

A prática traz, entre outros benefícios, alívio do estresse, ansiedade e depressão; melhora da qualidade do sono; correção postural; reeducação respiratória; aumento da concentração; força, equilíbrio e alongamento; flexibilidade e vitalidade para o dia a dia. A prática de yoga atua na parte física, respiratória e mental do indivíduo e além das posturas psicofísicas, exercícios de respiração e meditações, tem efeito na fisiologia do equilíbrio do sistema endócrino, imunológico e nervoso. É capaz de produzir efeitos revigorantes, propiciando ao praticante um estado permanente de energia, serenidade, autoconfiança, equilíbrio físico e emocional, clareza mental e resistência à fadiga, substituindo ansiedades, fobias, conflitos e comportamentos neuróticos, favorecendo melhora do humor; diminuição da frequência cardíaca e da pressão arterial, enfim, melhora na qualidade de vida do indivíduo.

Seguem os objetivos do yoga como estratégia auxiliar para o tratamento do TEPT:

1. reduzir os sintomas de excitação aumentada;
2. proporcionar energia e vigor;
3. auxiliar o alívio de sintomas depressivos;
4. propiciar autoconfiança;
5. prover equilíbrio físico e emocional.

6.6.2.6 *Reiki*

O reiki tem como benefícios o alívio de dores, quebra de vícios, aumento da vitalidade, redução de estados deprimidos, fortalecimento do sistema imunológico, melhora do sono, desintoxicação do organismo, redução da frequência respiratória, além de prover relaxamento e alívio de tensões emocionais. O tratamento com Reiki promove a reparação de lesões e favorece o reequilíbrio dos sistemas biológicos do corpo, com destaque à característica especial de que todos são beneficiados em uma sessão, tanto o praticante quanto o paciente. A prática do reiki leva em conta dimensões da consciência, do corpo e das emoções, ativa glândulas, órgãos, sistema nervoso, cardíaco e imunológico, auxilia no estresse, depressão, ansiedade, estimula a energização dos órgãos e dos centros energéticos. A prática promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais, fortalecendo os locais onde se encontram bloqueios energéticos, eliminando as toxinas, equilibrando o pleno funcionamento celular de forma a restabelecer o fluxo de energia vital. O que torna o Reiki mais popular a cada dia é a sua neutralidade com relação a crenças espirituais, possibilitando ser usado em ambientes médico e psicológico por qualquer pessoa, independentemente de sua religião e filosofia. O reiki deve ser aplicado individualmente, em local silencioso e tranquilo, por um terapeuta iniciado no método por meio de formação específica.

Seguem os objetivos do reiki como estratégia auxiliar para o tratamento do TEPT:

1. reduzir os sintomas de excitação aumentada;
2. mitigar estados depressivos;
3. prover relaxamento profundo, aliviando as tensões emocionais;
4. propiciar a reposição energética do organismo;
5. fortalecer o sistema imunológico.

6.6.3 Terceiro procedimento: elaboração de relatório técnico

Para os casos de indivíduos afastados, o psicólogo ou psiquiatra deverá reavaliar a necessidade de permanência de afastamento do trabalho ou da atividade operacional desses profissionais no final do período do processo psicoterapêutico inicialmente previsto pela equipe técnica e elaborar relatório técnico sugerindo a continuidade ou término do tratamento e demais encaminhamentos.

6.6.4 Quarto procedimento: encaminhamentos

O psicólogo ou psiquiatra deverá encaminhar à informação da chefia imediata por meio de perícia médica no caso de necessidade de prolongamento do tratamento ou retorno às atividades regulares, orientando a reinserção do profissional em suas atividades. Somente a perícia médica poderá efetuar o afastamento do profissional de Segurança Pública. O afastamento do profissional do serviço ativo durante a intervenção psicoterápica é imprescindível para que ele possa adquirir novo repertório de respostas aos estímulos vinculados ao trauma de forma satisfatória.

6.6.5 Quinto procedimento: alimentação do banco de dados

A equipe técnica de tratamento deverá alimentar o banco de dados específico com os registros sobre as intervenções realizadas.

6.7 O ACOMPANHAMENTO DOS FAMILIARES DO PROFISSIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA ACOMETIDO PELO TEPT

Deve ser disponibilizada aos familiares do profissional de Segurança Pública acometido pelo TEPT a intervenção de apoio ou aconselhamento para que a família seja uma aliada no processo de adesão ao tratamento. A *International Critical Incident Stress Foundation* mostra que o impacto do incidente crítico e o estresse traumático secundário em familiares é devastador para a integridade da família. Técnicas de intervenção focadas no apoio e aconselhamento devem ser aplicadas aos familiares dos profissionais submetidos ao processo terapêutico para prover informação, suporte e talvez o encaminhamento de um membro da família, conforme o caso. O coordenador ou facilitador do grupo (membro da equipe técnica de tratamento) deve propiciar um ambiente favorável ao compartilhamento das experiências vividas pelos familiares com o propósito de auxiliar o tratamento do profissional com TEPT. Não se trata de psicoterapia, mas de aconselhamento psicológico.

Seguem os objetivos do acompanhamento dos familiares para o tratamento do TEPT:

1. obter apoio da família no processo de adesão do profissional de Segurança Pública ao tratamento psicoterápico;
2. envolver a família no processo de promoção de mudanças no estilo de vida do profissional acometido pelo TEPT;
3. prover informação sobre o TEPT;
4. prover suporte emocional e alívio do sofrimento de quem convive com uma pessoa com o transtorno;
5. facilitar o processo de tratamento do profissional com TEPT;
6. acompanhar a evolução do tratamento do profissional de Segurança Pública.

6.7.1 Intervenção de apoio e aconselhamento

Os estados devem disponibilizar intervenção de apoio ou aconselhamento aos familiares dos profissionais de Segurança Pública submetidos ao tratamento do TEPT e, para tanto, poderão desenvolver modelos próprios adequados à realidade local e à capacitação de sua equipe, utilizando técnicas que tenham comprovação científica de sua validade. A equipe de tratamento deve realizar intervenções breves com as famílias dos policiais encaminhados ao atendimento psicoterápico para obtenção de apoio e como fonte de acompanhamento da evolução do tratamento. As estratégias para o processo de intervenção familiar devem incluir a possibilidade de convidar os familiares mais próximos dos profissionais de Segurança Pública submetidos ao tratamento do TEPT para o processo de intervenção. Na falta de um modelo local, sugerem-se os procedimentos a seguir.

6.7.1.1 Primeiro procedimento: composição de grupos

A equipe técnica de tratamento deve compor grupos de suporte psicossocial e psicoeducação com os familiares dos profissionais submetidos ao tratamento do TEPT, dentre outros que se fizerem necessários.

6.7.1.2 Segundo procedimento: realização da intervenção

A equipe técnica de tratamento deve realizar de duas a três sessões de apoio e aconselhamento com os grupos de familiares dos profissionais com a utilização de técnicas de intervenção focadas no esclarecimento sobre os sintomas do TEPT, suas manifestações e a importância do suporte dos membros da família.

6.7.1.3 Terceiro procedimento: encaminhamentos

A equipe técnica de tratamento deve verificar necessidade de encaminhamento de algum membro da família para tratamento psicoterápico pela Instituição do profissional de Segurança Pública, se viável, ou para outro Órgão de Assistência.

7 A EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA PREVENÇÃO E GERENCIAMENTO DO TEPT COMO ESTRATÉGIA COMPLEMENTAR AO PROTOCOLO

As Instituições de Segurança Pública devem fomentar e implementar processos de Educação Continuada para Prevenção e Gerenciamento do Estresse como uma forma de auxiliar o processo de identificação de indivíduos com risco de TEPT e sua adesão ao Protocolo, facilitando o encaminhamento do policial e/ou bombeiro militar ao processo de intervenção.

7.1 OS OBJETIVOS DE UM PROCESSO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

1. preparar os profissionais de Segurança Pública e a Instituição como um todo antes do incidente crítico acontecer (preparação pré-incidente);
2. criar uma equipe multidisciplinar para a capacitação continuada, buscando profissionais com experiência em TEPT e TEA para montar esta equipe;
3. reforçar a resistência psicológica em indivíduos sob risco de crises ou traumatizações psicológicas por meio de cursos e palestras, dentre outros;
4. estabelecer expectativas realísticas sobre os incidentes críticos aos quais o agente de Segurança Pública é submetido;
5. fornecer informações adequadas sobre manejo do estresse, com foco no TEPT e TEA;
6. proporcionar à organização conhecimento sobre resiliência, estratégias de minimização de crises e o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento;

7. sensibilizar e capacitar os profissionais de Segurança Pública sobre as questões ligadas ao estresse profissional cumulativo e pós-traumático, com ênfase na autoidentificação e autogerenciamento do estresse por meio de medidas preventivas.

7.2 AS ESTRATÉGIAS PARA A EDUCAÇÃO CONTINUADA

1. oferta de palestras de sensibilização com vistas a conscientizar os gestores, comandantes, diretores, chefias e demais integrantes das instituições de Segurança Pública sobre a importância da prevenção do TEPT e TEA para os profissionais de Segurança Pública como um fator de redução de vitimização, valorização profissional e humana;
2. oferta de cursos sobre as temáticas correlatas ao TEPT e TEA com respectivos procedimentos de intervenção previstos nas diretrizes do Protocolo para as equipes de prevenção e para as equipes de tratamento;
3. oferta de cursos e palestras sobre noções de TEPT e TEA com suas implicações na saúde e no desempenho do profissional para todo o efetivo, especialmente para os gestores, comandantes, diretores, chefias das Instituições de Segurança Pública;
4. inserção, nos cursos de formação e de aperfeiçoamento, de disciplinas sobre estresse, TEPT e TEA, incluindo noções de prevenção, identificação e tratamento;
5. divulgação das diretrizes do Protocolo em cada instituição podendo utilizar recursos como cartazes, *folders, sites* e outros, com o objetivo de que ele seja difundido em todas as instâncias para que o efetivo tome conhecimento do assunto;
6. promoção de *workshops*, campanhas educativas e oficinas sobre estresse, TEPT e TEA.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABENHAIM, L.; DAB, W. & SALMI, R.L. Study of civilians victims of terrorist attacks. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(2), 103-109. 1992.

ARNTZ, A. Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy,40*, 325-341. 2002.

Associação Brasileira de EMDR. O que é EMDR. Disponível em: <https://www.emdr.org.br/o-que-e-emdr.>. Acesso em: 21 out. 2018. 2018.

BALDWIN, A.L.; WAGERS, C. & SCHWARTZ, G.E. Reiki Improves Heart Rate Homeostasis in Laboratory Rats. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Volume 14, No 4, pp. 417–422. 2008.

BALLONE, G.J. Transtorno por Estresse Pós-Traumático. Disponível em: <http://gballone.sites.uol.com.br/voce/postrauma.html.>. Acesso em: 11 out. 2018. 2002.

BARROS, N. F. Yoga e promoção da saúde. *Ciência e saúde coletiva,* v. 19, n. 4, p. 1305-1314. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

BRESLAU, N.; KESSLER, R.C.; CHILCOAT, H.D.; SCHULTZ, L.R.; DAVIS, G.C. & ANDRESKI, P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632. 1998.

BROMET, E.; SONNEGA, A. & KESSLER, R.C. Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology, 147,* 353-61. 1998.

BRYANT R. A. Acute stress disorder as a predictor of post-traumatic stress disorder: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry,* 72(2),233-239. 2011.

CÂMARA FILHO, J.W.S. Transtorno de Estresse Pós-Traumático: características clínicas e sociodemográficas em policiais militares e suas famílias (dissertação). Recife: Universidade Federal de Pernambuco. 1999.

COGHI, M. F. Coerência cardíaca. Disponível em: <https://www.cardioemotion.com.br/coerencia-cardiaca/>. Acesso em 26 out. 2018. 2017.

COGHI, P.F. &. COGHI, M.F. *Como tornar visível o invisível: visualizando as reações psicofisiológicas por meio de biofeedback*. E-book Série NPT 01- Psicologia Neurociência Aplicada - Cortesia da NPT – Neuropsicotronics Ltda. 2015.

COHEN, R. E.; AHEARN, F. L. (1980). Handbook for mental health care of disaster victims. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

DE' CARLI, J. Reiki: Apostilas Oficiais – Instituto Brasileiro de Pesquisas e Difusão do Reiki. São Paulo: Madras, 2006.

DSM-IV. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* Porto Alegre: Artmed, 1994. 1994.

DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Trad. Cláudia Dornelles, 4ª. edição revisada). Porto Alegre: Artmed, 2002. 2002.

DSM-V. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.* 5ª. edição Porto Alegre: Artmed, 2013. 2013.

DYREGROV, A. Caring for helpers in disaster situations: psychological debriefing. *Disaster Management,* 2, 25–30. 1989.

EHLERS, A. & CLARK, D.M. Um modelo cognitivo do transtorno de estresse pós-traumático. *Behaviour Research and Therapy,* 38(4), 319-345. 2000.

EVERLY JR., G. S. & LATING, J. M. *A clinical guide to the treatment of the human stress response.* New York: Springer. 2013.

EVERLY, G.S. & MITCHELL, J. *Critical Incident Stress Management (CISM): a new era and standard of care in crisis intervention.* Ellicott City: Chevron Publishing Corporation. 1999.

FOA, E.B. & STREET, G.P. Women and traumatic events. *Journal of Clinical Psychiatry,* 62(17), 29-34. 2001.

FOA, E.B.; HEARST-IKEDA; D. & PERRY, K.J. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 63(6), 948-955. 1995.

FRANÇA, A.C.L. & RODRIGUES, A.L. *Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática.* São Paulo: Atlas. 1997.

FREDRICKSON, B.L.; TUGADE, M.M.; WAUGH, C.E. & LARKIN, G.R. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology,* 84(2), 365-376. 2003.

FRIEDMAN, M. Transtorno de estresse agudo e pós-traumático: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento (Trad. Marina Fodra, 4ª. edição). Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIRDANO, D.; Dusek, D. & Everly, G. *Controlling stress and tension.* San Francisco, CA: Pearson Benjamim Cummings. 2009.

GLYNN, S.M., Eth, S., RANDOLPH, E.T., FOY, D.W., URBAITIS, M.; BOXER, L.; PAZ, G.G; LEONG, G.B.; FIRMAN, G.; SALK, J.D.; KATZMAN, J.W. & CROTHERS, J. A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67(2), 243-251. 1999.

GREEN, B.L. Psychosocial research in traumatic stress: an update. *Journal of Traumatic Stress,* 7(3), 341-362. 1994.

GUIMARÃES, L.A.M.; GUIMARÃES, P.M.; NEVES, S.N.H. & CISTIA, J.M.D. A técnica de debriefing psicológico em acidentes e desastres. *Psicologia da Saúde,* 15 (1), 1-12. 2007.

HELZER, J.E.; ROBINS, L.N. & MCEVOY, L. Posttraumatic stress disorder in the general population. *The New England Journal of Medicine, 317*(26), 1630-1634. 1987.

KAPCZINSKI, F. & MARGIS, R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* 25(1). 2003.

KESSLER, R. C.; BERGLUND, P. A.; DEMLER, O.; JIN, R. & WALTERS, E.E. Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry,* 62(6), 593-602. Erratum in: Arch Gen Psychiatry. 2005; 62(7):768. 2005.

KESSLER, R.C.; SONNEGA, A.; BROMET, E.; HUGHES, M. & NELSON, C.B. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry,* 52, 1048-1060. 1995.

KIM, S. H., SCHNEIDER, S.M., BEVANS, M., KRAVITZ, L., MERMIER, C., QUALLS, C. & BURGE, M.R. "PTSD Symptom Reduction with Mindfulness-Based Stretching and Deep Breathing Exercise: Randomized Controlled Clinical Trial of Efficacy. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*,. Vol. 98, issue 7, Págs. 2984–2992. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701284/>. Acesso em: 12 out. 2018. 2013.

LAZARUS, R. S. *Psychological Stress and Coping Process.* New York: McGraw Hill. 1966.

LIPP, M.E.N. Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28 (6), 347-349. 2001.

LOUGHREY, G.C. Posttraumatic stress disorder and civil violence in Northern Ireland. *British Journal of Psychiatry,* 153, 554-560. 1988.

MAJOR, B.; ZUBEK, J.M.; COOPER, M. L.; COZZARELLI, C. & RICHARDS, C. . Mixed messages: the implications of social conflict and social support for close relationships for adjustment to a stressful

life event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, (6), 1-15. 1997.

MANTUANI, V. Estudos científicos comprovam efeitos do yoga sobre a saúde mental e física. Ciência, Mente e Yoga. Disponível em <http://www.yogue.com.br/estudos-cientificos-comprovam-efeitos-do-yoga-sobre-a-saude-mental-e-fisica/>. Acesso em 30 out. 2018. 2015.

MATTHEW, J. & FRIEDMAN, M.D. Treatments for PTSD: understanding the evidence. *PTSD Research Quarterly,* 19(3), 1-12. 2008.

MITCHELL, J.T. When disaster strikes:The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Services*, 8, 36–39. 1983.

MITCHELL, J.T. & EVERLY, G.S. *Critical Incident Stress Debriefing:* CISD an operation manual for the prevention of traumatic stress among emergency service and disaster workers (second edition revised). Ellicott City: Chevron Publishing Corporation. 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

OZER, E. J. & WEISS, D.S. Who develops posttraumatic stress disorder? *Current Directions in Psychological Science,* Volume: 13 issue: 4, page(s): 169-172. 2004.

PERES, J.F.P. *Trauma e superação:* o que a psicologia, a neurociência e a espiritualidade ensinam. São Paulo: Roca. 2009.

PERES, J.F.P., Mercante, J.P.P., Nasello, A.G. Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista de Psiquiatria,* 27(2), 131-138. 2005.

RAPHAEL, B. When disaster strikes: how individuals and communities cope with catastrophe. New York: Basic Books. 1986.

RAPHAEL, B. & WILSON, J.P. *Psychological debriefing:* theory, practice and evidence. Cambridge: Cambridge University Press. 2000.

REINHERZ, H.Z.; GIACONIA, R.M.; LEFKOWITZ, E.S, PAKIZ B. & FROST, A.K. Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 369-377. 1993.

RESICK, P.A., NISHITH, P., WEAVER, T.L., ASTIN, M.C., & FEUER, C.A. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867879. 2002.

ROBINSON. R.C. & MITCHELL, J.T. Getting some balance back into the debriefing debate. *The Bulletin of the Australian Psychological Society*, 17, 5-10. 1995.

ROBINSON, R.C. & MITCHELL, J.T. Evaluation of psychological debriefings. *Journal of Traumatic Stress*, 6(3), 367-382. 1993.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry,* 147, 598-611. 1985.

SAXE, G.N.; KOLK, B.A.; VAN DER KOLK, B.A.; BERKOWITZ, R.; CHINMAN, G.; HALL, K. & LIEBERG, G. Dissociative disorders in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 150 (7), 1037-42. 1993.

SCARPATO, A.T. Estresse pós-traumático: a situação emocional de pessoas vítimas de violência. *Revista Psicologia Brasil,* 6, 10-14. 2004.

SCHNURR, P.P., Lunney, C.A. & Sengupta, A. Risk Factors for the Development Versus Maintenance of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress,* Volume 17, Issue 2, pp 85–95. 2004.

SELIGMAN, M.E.P. Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar. Rio de Janeiro:.Objetiva. 2011.

SHALEV, A.Y. Post traumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack. *Journal of Nervous and Mental Disease,* 180, 505-509. 1992.

SHAPIRO, F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing: basic principles, protocols and procedures (2ª edição). New York: The Guilford Press. 2001.

SILVA, C.E.L.R; CANTELLI, E.Mª.F.; MOTTA, F.; MEDEIROS, J.S.; MANARA, L.B.; AMORIM, L.M.; PERIARD, M.B.N.; CASTRO, M.C.A.; KOTZIAS, M.V.S & RIFIOTIS, T. Intervenções Institucionais no Gerenciamento do Estresse em Servidores da Segurança Pública de Santa Catarina. *Relatório de pesquisa do Instituto de Pesquisa em Segurança Pública*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2006.

SOARES, B.G.O. & LIMA, M.S. Estresse pós-traumático: uma abordagem baseada em evidências. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* 25(1), 62-66. 2003.

SOUZA, E.R. & MINAYO, M.C.S. *Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

SPANIOL, M.I. *O impacto do uso da arma de fogo:* um estudo transdisciplinar na Polícia Militar do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Spazio Italia Edições. 2009.

TARRIER, N.; SOMMERFIELD, C., PILGRIM, H.; HUMPHREYS, L. Cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*,175, 571-575. 1999.

VALADARES, C. Agência Saúde: Atendimento à Imprensa. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737-ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus.>. Acesso em: 25 out. 2018. 2018.

VIOLA, T. W., Kluwe-Schiavon, B., Renner, A. M., & Grassi-Oliveira, R. Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,* 33(1),55-62. 2011.

WEISAETH, L. The stressors and post-traumatic stress syndrome after an industrial disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 80, 25-37. 1989.

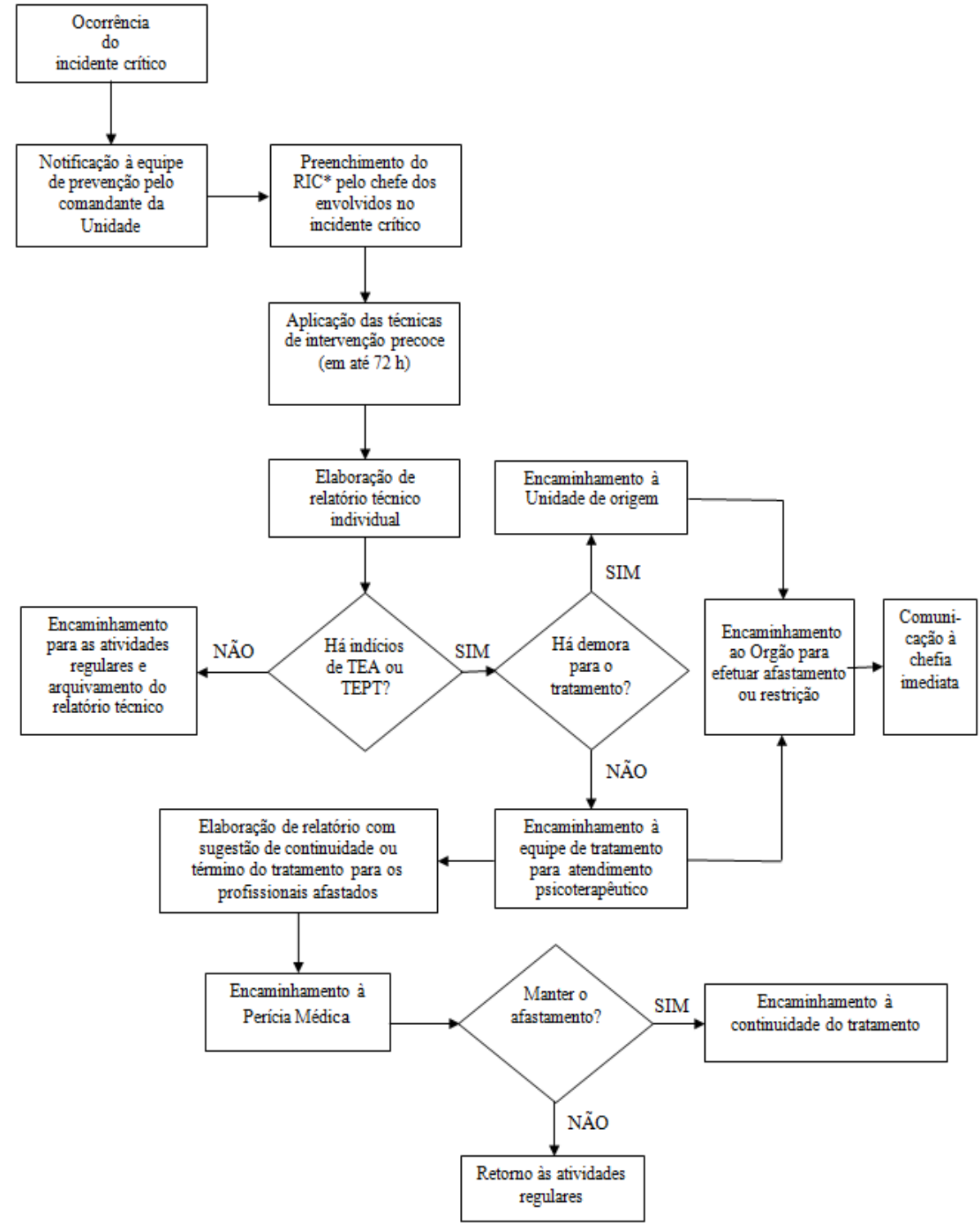
WOLFF, S. The concept of resilience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 29 (4), 565-574. 1995.

WOLLMAN, D. Critical incident stress debriefing and crisis groups: a review of the literature. Group, 17, 70–83. 1993.

YAMAMURA, M. Conheça os oito tipos de acupuntura e seus benefícios: Canal Acupuntura. Disponível em <https://www.canalacupuntura.com.br/solucoes-acupuntura/conheca-os-8-tipos-de-acupuntura-e-seus-beneficios/>. Acesso em: 25 out. 2018. 2016.

YEHUDA, A.C.; MCFARLANE, A.Y. & SHALEV, A.Y. Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry,* 44, 1305–1313. 1998.

APÊNDICE A – Fluxograma do Protocolo de Intervenção em Incidentes Críticos para Prevenção e Tratamento do TEPT



*RIC - Registro do Incidente Crítico

APÊNDICE B – Registro do Incidente Crítico – RIC

<table>
<tr><td colspan="11">Identificação Institucional</td></tr>
<tr><td colspan="11">REGISTRO DO INCIDENTE CRÍTICO - RIC</td></tr>
<tr><td>1</td><td colspan="2">Local do evento</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>2</td><td colspan="2">Data do evento</td><td colspan="3">____/____/____</td><td>Horário</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>3</td><td colspan="10">Informações sobre o incidente crítico:</td></tr>
<tr><td rowspan="4">3a</td><td colspan="2" rowspan="4">Número de pessoas envolvidas</td><td colspan="3"></td><td colspan="5">Adultos profissionais de Segurança Pública</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="5">Adultos NÃO profissionais de Segurança Pública</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="5">Crianças</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="5">Bebês</td></tr>
<tr><td rowspan="16">3b</td><td colspan="2" rowspan="16">Tipo de evento (marque com X)</td><td colspan="2" rowspan="8">Evento Natural (catástrofes, desastres naturais):</td><td></td><td colspan="5">ocorrências com grave risco de morte para o profissional envolvido</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">morte de colega(s) de trabalho</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">lesão grave de colega(s) de trabalho</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">número elevado de mortes ou ferimentos graves de cidadãos</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">morte de criança(s) e/ou bebê(s)</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">número elevado de desabrigados</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">outros</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="8">Evento Humano (confrontos, violência, acidentes):</td><td></td><td colspan="5">tiroteio</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">acidente automobilístico</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">morte ou ferimento grave de cidadão relacionada à ação ou operação policial</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">ocorrências com grave risco de morte para o profissional envolvido</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">morte de colega(s) de trabalho</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">morte de criança(s) e/ou bebê(s)</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="5">outros</td></tr>
<tr><td rowspan="3">4</td><td colspan="10">Identificação dos profissionais envolvidos no incidente crítico:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Nome</td><td>Tipo de lesão, se for o caso</td><td colspan="5">Circunstância do óbito, se for o caso</td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td></td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">5</td><td colspan="10">Informações complementares sobre o incidente crítico:</td></tr>
<tr><td colspan="10"></td></tr>
</table>

6	Identificação do responsável pelo preenchimento do RIC:	
	Nome do profissional	
	Cargo	
	Telefone para contato	
	Data de preenchimento	_____/_____/_____
	Assinatura	
7	Informações sobre o recebimento do RIC:	
	Recebido por	
	Data de recebimento	_____/_____/_____

ANEXO A – Componentes do CISM de acordo com EVERLY e MITCHELL

Compo-nentes	Intervenção	Cronograma	Ativação	Objetivo	Formato
1	Preparação Pré-crise	Fase pré-crise	Antecipação da crise	Expectativas estabelecidas, melhorar o enfrentamento, gerenciar estresse	Grupos / Organizações
2a	Desmobilização e consulta de ***staff***	Ao término do turno	Direcionado ao evento	Informar e consultar, permitir a descompressão psicológica, gerenciamento de estresse	Grandes grupos / Organizações
2b	Instrução de Gerenciamento de Crise (***Crisis Management Briefing*** - CMB) para civis, escolas, empresas	A qualquer momento após a crise			
3	***Defusing*** (Desarmamento)	Após a crise (em até 12h)	Geralmente direcionado ao sintoma	Redução de sintomas, possível encerramento, triagem	Pequenos grupos.
4	***Debriefing*** (CISD)	Após a crise (em até 72 h ou de 3 a 4 semanas para desastres em massa)	Geralmente direcionado ao sintoma; pode ser direcionado ao evento	Facilitar o encerramento psicológico, mitigação de sintomas e triagem	Pequenos grupos.
5	Intervenção individual	A qualquer momento, em qualquer lugar	Direcionado ao sintoma	Redução de sintomas, retorno à função se possível, recomendação, se necessária	Individual.

6	Intervenção pastoral	A qualquer momento, em qualquer lugar	Quando necessária	Fornecer apoio com base espiritual	Individual / em grupos
7a	CISM familiar	A qualquer momento	Direcionado ao sintoma ou ao evento	Fomentar suporte e comunicações, mitigação de sintomas, encerramento, se possível, recomendação, se necessária	Famílias / organizações
7b	Consulta Organizacional				
8	Acompanhamento / Recomendação	A qualquer momento	Geralmente direcionado ao sintoma	Avaliar o estado mental. Dar acesso a nível mais alto de atenção, se necessário	Individual / Família.

ANEXO B – Levantamento dos Programas Nacionais (2011)

Quadro 1: Região Centro-Oeste

UF	INSTITUIÇÃO	POSSUI PROGRAMA / AÇÃO DE PREVENÇÃO DE TEPT?*			BSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	NR**	
GO	PMGO			X	
	PCGO			X	
	CBMGO			X	
	Polícia Científica		X		
MT	PMMT[1]	X			Programa Unidos Contra Estresse
	PCMT[1]	X			
	CBMMT[1]	X			
	Polícia Científica		X		
MS	PMMS			X	
	PCMS			X	
	CBMMS			X	
	Polícia Científica		X		
DF	PMDF			X	
	PCDF			X	
	CBMDF			X	
	Polícia Científica		X		

*De acordo com as respostas de cada Instituição; **NR: Não Respondeu

Quadro 2: Região Nordeste

UF	INSTITUIÇÃO	POSSUI PROGRAMA / AÇÃO DE PREVENÇÃO DE TEPT?*			OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	NR**	
AL	PMAL	X			
	PCAL			X	
	CBMAL		X		
	Polícia Científica		X		
BA	PMBA[2]	X			Programa de Autocuidado e Prevenção ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático
	PCBA			X	
	CBMBA[2]	X			Programa de Autocuidado e Prevenção ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático
	Polícia Científica			X	
CE	PMCE			X	
	PCCE			X	
	CBMCE			X	
	Polícia Científica			X	
MA	PMMA			X	
	PCMA			X	
	CBMMA			X	
	Polícia Científica			X	
PB	PMPB			X	
	PCPB			X	
	CBMPB			X	
	Polícia Científica			X	
PE	PMPE			X	
	PCPE			X	
	CBMPE			X	
	Polícia Científica		X		

PI	PMPI			X	
	PCPI		X		
	CBMPI			X	
	Polícia Científica		X		
RN	PMRN		X		Centro Integrado de Apoio Social ao Policial – CIASP. "Após a implantação do Núcleo de Estudos, Prevenção e Gerenciamento do Estresse (nov11), será realizado um programa de prevenção nesta área".
	PCRN		X		
	CBMRN		X		
	Polícia Científica			X	
SE	PMSE			X	
	PCSE		X		"Não possui profissionais capacitados para o trabalho de ação antes e depois da ocorrência".
	CBMSE			X	
	Polícia Científica		X		

*De acordo com as respostas de cada Instituição; **NR: Não Respondeu

Quadro 3: Região Norte

UF	INSTITUIÇÃO	POSSUI PROGRAMA / AÇÃO DE PREVENÇÃO DE TEPT?*			OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	NR**	
AC	PMAC		X		
	PCAC			X	
	CBMAC			X	
	Polícia Científica			X	
AM	PMAM			X	
	PCAM		X		
	CBMAM			X	
	Polícia Científica		X		

AP	PMAP			X	
	PCAP			X	
	CBMAP			X	
	Polícia Científica			X	
PA	PMPA			X	
	PCPA			X	
	CBMPA			X	
	Polícia Científica		X		
RO	PMRO			X	
	PCRO			X	
	CBMRO			X	
	Polícia Científica			X	
RR	PMRR			X	
	PCRR			X	
	CBMRR			X	
	Polícia Científica			X	
TO	PMTO			X	
	PCTO		X		"A Polícia Civil possui a Diretoria de Valorização do Policial Judiciário responsável pelos atendimentos psicológicos".
	CBMTO			X	
	Polícia Científica			X	

*De acordo com as respostas de cada Instituição; **NR: Não Respondeu

Quadro 4: Região Sudeste

UF	INSTITUIÇÃO	POSSUI PROGRAMA / AÇÃO DE PREVENÇÃO DE TEPT?*			OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	NR**	
ES	PM ES			X	
	PC ES			X	
	CBMES3	X			A Instituição informou que há um programa de prevenção de TEPT, porém ele não foi fornecido pela Instituição. Informações breves foram obtidas por meio da internet.
	Polícia Científica			X	
MG	PMMG		X		'Está trabalhando no desenvolvimento do Protocolo Operacional Padrão para o atendimento ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático'.
	PCMG			X	
	CBMMG			X	
	Polícia Científica			X	
RJ	PMRJ4A, 4B	X			A) Programa de Assistência Psicológica para Policiais Militares Envolvidos em Ocorrências com Potencial Risco de Estresse Pós-Traumático, B) Programa para o Policial Vítima de Projétil de Arma De Fogo – PAF
	PCRJ			X	
	CBMRJ			X	
	Polícia Científica			X	
SP	PMSP5	X			Programa de Acompanhamento e Apoio ao Policial Militar - PAAPM
	PCSP			X	
	CBMSP			X	
	Polícia Científica			X	

*De acordo com as respostas de cada Instituição; **NR: Não Respondeu

Quadro 5: Região Sul

UF	INSTITUIÇÃO	POSSUI PROGRAMA / AÇÃO DE PREVENÇÃO DE TEPT?*			OBSERVAÇÕES
		SIM	NÃO	NR**	
PR	PMPR	X			O Programa não foi disponibilizado a tempo do relatório. Informações breves: policial envolvido em ocorrência de alto risco vai ao setor de psicologia onde são avaliados sintomas de Estresse Agudo e de atenção primária. Se necessária intervenção medicamentosa é encaminhado à psiquiatria e afastado do trabalho por 5. Após, inicia-se a psicoterapia comportamental ou psicodrama e sessões de acupuntura.
	PCPR			X	
	CBMPR			X	
	Polícia Científica		X		
RS	PMRS			X	
	PCRS			X	
	CBMRS			X	
	Polícia Científica		X		
SC	PMSC 6A, 6B	X			A) Programa de Gerenciamento de Estresse Profissional e Pós-Traumático (PROGESP); B) Programa Fortalecendo as Redes Humanas para a Saúde Integral do Servidor.
	PCSC6B		X		"Houve uma tentativa de criar núcleo de gerenciamento de estresse, porém o núcleo não está funcionando"; B) Programa Fortalecendo as Redes Humanas para a Saúde Integral do Servidor.
	CBMSC6B, 6C	X			"Curso de capacitação: Segurança, Saúde, Meio Ambiente e Qualidade de Vida"; B) Programa Fortalecendo as Redes Humanas para a Saúde Integral do Servidor; C) Grupo de Gerenciamento de Estresse Pós-Traumático;
	Polícia Científica			X	

*De acordo com as respostas de cada Instituição; **NR: Não Respondeu

ANEXO C – Detalhamento dos Programas Nacionais Específicos para Prevenção de TEPT (2011)

PROGRAMA DO ESTADO DO MATO GROSSO - PMMT, PCMT, CBMMT

1 - Programa Unidos Contra Estresse

Histórico do Programa

De acordo com a resposta fornecida diretamente por um membro da PMMT à SENASP, o Programa Unidos Contra Estresse ainda não foi institucionalizado, a instrução normativa está pronta e foi elaborada pela Comissão Integrada de Qualidade de Vida, faltando apresentá-la ao Secretário. Segundo o membro da Instituição, por meio deste Programa os atendimentos são realizados em até 24 horas para alguns incidentes críticos que aconteceram em 2010 e 2011. O Programa propriamente dito não foi disponibilizado pela Instituição. As informações que seguem abaixo sobre o Programa foram obtidas pela internet por meio da divulgação da Secretaria de Comunicação Social do Mato Grosso (sobre o histórico do Programa) e por meio do Corpo de Bombeiros Militar do Mato Grosso (sobre os objetivos e funcionamento do Programa).

"Unidos Contra o Estresse" é o tema do Programa de Prevenção e Gerenciamento do Estresse para Profissionais de Segurança Pública do Estado do Mato Grosso. A iniciativa é da Secretaria de Justiça e Segurança Pública, por meio da Gerência de Desenvolvimento e Qualidade de Vida, em parceria com o Instituto Psicológico de Controle do Estresse (IPCS) e desenvolve o trabalho com os servidores de diversas áreas da Segurança Pública. De acordo com a divulgação da Secretaria de Comunicação Social – SECOM/MT realizada em 13 de agosto de 2009, o Estado do Mato Grosso é pioneiro na realização do programa e vai avaliar o nível de estresse e qualidade de vida dos profissionais da Segurança Pública através de um mapeamento com aproximadamente 1.489 policiais militares, 430 policiais civis, 197 bombeiros militares e 150 servidores da Politec. A amostra total incluirá até 2.266 servidores. Durante a cerimônia de lançamento do programa, a fundadora do Centro Psicológico de Controle do Estresse e professora titular da PUC-CAMP, a psicóloga doutora Maria Lipp, ressaltou a importância da realização do programa em Mato Grosso e deu informações básicas sobre os procedimentos que serão realizados ao longo da programação. O secretário de Justiça e Segurança Pública, Diógenes Curado, reafirmou o compromisso da secretaria com os profissionais do estado - "Devemos levar em consideração que nosso maior patrimônio é o capital humano. A excelência das ações de Segurança Pública depende do bem estar e da qualidade do trabalho do profissional. O programa significa um avanço para a secretaria, tendo em vista que o estresse gera reflexos tanto no trabalho executado pelos policiais, quanto no relacionamento familiar quando o profissional chega em sua casa". A programação do evento teria sido dividida em três momentos: 1. palestra destinada aos Policiais Militares; 2. palestra para o Corpo de Bombeiros Militar e 3. palestra destinada aos Policiais Civis e à Politec. Após a palestra, os participantes receberiam um envelope contendo um questionário para avaliar o nível de estresse do servidor. A avaliação destas "provas" deveria ser realizada por uma equipe do IPCS de São Paulo. Com a análise dos resultados, poderão ser realizadas programações especiais e capacitações para o controle do estresse no ambiente de trabalho, entre outros temas.

Fonte: SECOM-MT (13.08.09)

(http://www.secom.mt.gov.br/imprime.php?cid=53335&sid=25)

Objetivos do Programa

O objetivo do Programa é proporcionar meios de diminuir e identificar as fontes de estresse nos profissionais da Segurança Pública por meio de programas e intervenções de prevenção, controle e gerenciamento do estresse, além da realização de campanhas sensibilizadoras com base no mapeamento das principais fontes de estresse.

Funcionamento do Programa

O trabalho envolve uma equipe de massoterapeutas, inclui a aplicação da técnica *Quick Massage* que é indicada para quem procura um atendimento rápido, principalmente para pessoas que possuem pouco tempo e que sofrem com as consequências da agitação diária. A técnica é realizada em uma cadeira especialmente projetada na qual o paciente fica numa posição confortável e relaxante, o que permite que o massagista possa trabalhar de maneira fácil as regiões do pescoço, ombros, braços, mãos e costas. O paciente sentirá alívio imediato de dores, cansaço físico e mental, estresse, desconforto muscular, dor de cabeça, além da melhoria na circulação sanguínea. Outra forma, utilizada pela equipe no controle do estresse emprega a esteira de massagem, que consiste no relaxamento de todo o corpo de uma só vez, serve para aliviar as tensões da coluna cervical, dorsal, lombar e pernas. A técnica do relaxamento também é utilizada como um recondicionamento psicofisiológico e abrange várias técnicas. Serve para proporcionar descontração, tranquilização e recreação para as pessoas. O relaxamento é uma técnica física que auxilia nos estados de estresse, tensão muscular ou ainda como meio revigorante que atua beneficamente sobre a saúde física, mental e emocional. Além disso, fornece outras possibilidades terapêuticas, dependendo da área. Essa etapa de trabalho direto com os servidores passou a ser realizada após avaliação do nível de estresse e da qualidade de vida dos profissionais da Segurança Pública, executado por meio de mapeamento com 1.200 policiais militares, 430 policiais civis, 197 bombeiros militares e 150 servidores da Politec. Com o mapeamento foi possível realizar o levantamento do nível de estresse, identificação dos principais sintomas e causas e colocar em prática o tipo de atividade para cada grupo de servidores. Poderão ainda ser aplicados aos servidores programas e intervenções de prevenção, controle e gerenciamento do estresse, além da realização de campanhas sensibilizadoras, caso exista necessidade de combater as principais fontes estressoras.

Fonte: CBMMT (19.03.10)

(http://www.revistaemergencia.com.br/site/content/noticias/noticia_detalhe.php?id=JajgAn&pagina=132)

Palestra contra o estresse

Profissionais da Segurança Pública de Tangará da Serra participaram de uma palestra com o tema "Unidos contra o Estresse". A palestra que faz parte do Programa de Prevenção e Gerenciamento do Estresse para Profissionais da Segurança Pública de Mato Grosso, que acontece em várias cidades do Estado, foi realizada no plenário da Câmara Municipal de Vereadores. O evento foi direcionado para policiais militares e civis, bombeiros, agentes penitenciários e servidores da Politec. Segundo Juliana Esposito, uma das responsáveis pela execução do programa, a ideia dos *workshops* é promover ações para os servidores no que diz respeito à prevenção com estratégias de

enfretamento para o estresse. Segue sua fala: "Buscamos dar ferramentas para esses profissionais serem melhores também como pessoas, tendo uma melhor qualidade de vida".

Fonte: Jornal News

(http://www.ojornalnews.com.br/Redacao/Profissionais-da-Seguranca-participam-de-palestra-contra-o-%E2%80%98estresse%E2%80%99)

PROGRAMA DO ESTADO DA BAHIA - PMBA E CBMBA

2 - Programa de Autocuidado e Prevenção ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático em Policiais e Bombeiros Militares da Bahia

Histórico do Programa

O Programa de Autocuidado e Prevenção ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático foi desencadeado por meio da solicitação de maior amparo psicológico ao policial militar ao Comando da Corporação, no início de 2010, visando atuar sobre fatores de afetação da saúde mental do policial e bombeiro militar de forma a reeducá-los ao fiel seguimento dos padrões doutrinários da PMBA. O Programa foi apresentado inicialmente no dia 26 de março de 2010, no Quartel do Comando Geral, aos Coronéis e Comandantes de Unidades Especializadas, os quais puderam conhecer as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Valorização Profissional do Departamento de Pessoal - SEVAP/DP e os conceitos do transtorno mental em questão. Os comandantes de Unidades Especializadas mostraram sensibilidade frente ao tema e solicitaram que os trabalhos fossem desenvolvidos em cada uma delas. No primeiro semestre de 2010, a Polícia Militar da Bahia colocou em prática, ainda em caráter embrionário, uma série de ações centradas na valorização humana dos seus profissionais de Segurança Pública, tendo ao centro do processo o Serviço de Valorização Profissional do Departamento de Pessoal, com o apoio do Departamento de Saúde da PMBA. Nesta primeira fase, a participação do Comando do Policiamento Especializado estabeleceu-se como um reforço à prática de atividades desenvolvidas para divulgação e execução do programa frente a todos os Comandados de Policiamento atuantes. Foi introduzida a prática da Equoterapia no programa através do Comando do Esquadrão de Policiamento Montado, seguindo a recomendação do Comandante Geral da Polícia Militar, aliada a técnicas e terapias psicológicas. Em abril de 1993, foram feitas as primeiras negociações entre a diretora do Grêmio de Integração de Deficientes (GRID) para o apoio da PMBA na implantação da Equoterapia no Estado da Bahia. Como consequência, surge o Centro Baiano de Equoterapia, passando a funcionar nas dependências do Esquadrão de Polícia Montada.

Sensibilização para o Programa: com o intuito de dar visibilidade à proposta, às atividades do Programa e mobilização dos gestores, a partir de um processo de sensibilização, a equipe de psicólogos da PMBA organizou uma breve explanação sobre o conceito do Transtorno de Estresse Pós-Traumático na operacionalização da intervenção em policiais e bombeiros militares. As palestras, com uso de *folders*, *slides,* e materiais de dinâmica de grupo foram ministradas pela Chefia do SEVAP para um público de mais de 700 pessoas no início de 2010. De acordo com o relatório do Departamento de Pessoal do Serviço de Valorização Profissional - Unidade de Assistência Psicológica, o Programa foi muito bem avaliado, tanto pelo empreendedorismo como pela sua aplicabilidade. Em 14 de abril de 2010, foi apresentada uma versão modificada e aperfeiçoada da proposta aos alunos oficiais do 2º ano na Academia de Polícia Militar, os quais também foram submetidos à aplicação de questionários temáticos com a finalidade de obtenção de dados e investigação sobre sintomas do transtorno mental naquele público. Em 23 de abril de

2010 a equipe do SEVAP/DP deslocou ao Batalhão de Polícia de Choque e apresentou a palestra com a proposta do programa nos mesmos moldes da APM, porém citando exemplos mais específicos da atividade desenvolvida pelo grupo. Os grupos de Rotamo, COE, CAR e outros da referida especializada estavam presentes, bem como o efetivo recém incorporado da Operação Gêmeos. O público mostrou-se interessado na temática e trouxe sérias questões e demandas. Reportaram que a localização do SEVAP não favorece a procura por ajuda no campo da psicologia ou da saúde, inclusive quando estendida aos familiares de policias militares, por considerarem o ambiente inóspito e perigoso. Também foi apontado que a demanda da corporação é muito vasta e que a equipe composta por cinco profissionais não abrangeria toda a intervenção necessária. Em 28 de abril de 2010 técnicos do SEVAP ministraram uma palestra sobre TEPT ao público de assistentes sociais e funcionários dos setores jurídico e psicológico, com um momento de discussão sobre como cada um pode atuar e implementar medidas para a produção de um novo projeto no campo da saúde mental do trabalhador militar abarcando, dentro da competência de cada setor (assistência), o policial, a família e a sua Unidade. Nesta palestra, como em todas as anteriores, ocorreu uma mobilização expressiva do público, inclusive com produção de relatos reais sobre a vivência dos depoentes com o transtorno mental. O Comando do Corpo de Bombeiros, que apresenta uma demanda específica no âmbito do estresse pós-traumático relacionado aos desastres que vivenciam regularmente, conheceu no dia 02 de maio o Programa de Autocuidado e apresentou uma série de carências nesse campo, solicitando prioridade no atendimento das questões que envolvem aquele comando no que tange ao acompanhamento psicológico. Além das palestras proferidas em unidades operacionais do Estado da Bahia para apresentação do Programa de Autocuidado, buscou-se o contato direto com policiais suscetíveis ao desenvolvimento do TEPT. Ficou estabelecido um procedimento padrão de aproximação positiva em um ambiente descontraído e acolhedor no Ambulatório do HGPM a fim de quebrar a resistência da tropa em busca de um atendimento psicológico, pois ainda há o estigma de que esse tipo de atendimento é para pessoa "fraca" ou "louca". De acordo com o relatório do SEVAP, o fato de os psicólogos do Programa serem policiais militares com recente passagem pela área operacional funcionou como um facilitador do processo.

Objetivos do Programa

O Programa de Autocuidado e Prevenção ao Transtorno do Estresse Pós-Traumático fundamenta-se no poder da informação como processo de tratamento, prevenção de doenças ocupacionais e conscientização para o autocuidado como processos de tratamento e prevenção de doenças ocupacionais como um resgate da capacidade e fortalecimento da autogestão da saúde entre policiais e bombeiros militares. O Programa se torna um fator de valorização profissional e humana à medida que se cuida do cuidador, no âmbito da Segurança Pública, é uma proposta de informação, acompanhamento, avaliação e assistência aos policiais e bombeiros militares da Bahia envolvidos em ocorrências estressantes que possam produzir e potencializar tal efeito. O propósito maior do programa é propiciar mudanças que beneficiem não somente os seus integrantes, mas à sociedade como um todo, visando que a instituição melhore seus serviços de atendimento no campo da saúde para o público interno e que sejam aprimorados os centros de valorização profissional. As intervenções propostas neste programa são destinadas aos policiais e bombeiros militares, de ambos os sexos, postos e graduações integrantes do quadro efetivo da Polícia Militar do Estado da Bahia, que atuam nos setores administrativos e operacionais, sendo dada atenção especial às Unidades Especializadas da PM que atuam regularmente em ocorrências de alto risco ou socorros e emergências.

Funcionamento do Programa

Metodologia do Programa

A metodologia utilizada pelo Programa implica em técnicas e terapias baseadas em três padrões:

1. Caráter preventivo-imediato: dentro da perspectiva preventiva é utilizada a técnica de *Debriefing Psicológico*, a qual abarca o público de maneira imediata, considerando a vivência do evento traumático em período inferior a 48 horas, firmando uma atuação emergencial para com o público alvo que apresenta um quadro de risco típico de Transtorno do Estresse Pós-Traumático. O objetivo é atender de forma imediata os policiais que estiveram inseridos em eventos traumáticos e serão imediatamente assistidos por equipe de psicólogos para evitar o desenvolvimento do TEPT.
2. Caráter psicoeducativo: utiliza a abordagem Cognitivo-Comportamental quando os policiais e bombeiros são encaminhados à Unidade de Psicologia para participarem do programa em forma de palestras denominado Curso de Autocuidado pelo período de 05 (cinco) dias, com um grupo de 30 (trinta) pessoas. Neste Programa são adotados procedimentos da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento, prevenção e autocuidado. Parte-se do pressuposto de que a combinação das terapias comportamental e cognitiva é mais eficaz no tratamento do TEPT do que a utilização de uma ou outra apenas. É dada importância também ao tratamento farmacológico em diversos casos de TEPT que exigirão o encaminhamento para a Clínica Psiquiátrica da PMBA. Por meio deste programa, a partir da abordagem comportamental e da utilização de instrumentos psicológicos, é possível extrair dos sujeitos dados mais aprofundados e consistentes sobre seu ambiente de trabalho, atividades desenvolvidas, relacionamentos e desta forma analisar a presença e o processamento do transtorno em suas vidas. Geralmente o indivíduo que é exposto a um evento traumático, tendo respondido com medo e ansiedade, mostrará a mesma resposta a situações, imagens e pensamentos que tenham estado associados à exposição traumática. Essa resposta aprendida leva o indivíduo a evitar os estímulos para reduzir sua ansiedade. Por conta disso, o afastamento do sujeito (policial ou bombeiro militar) do serviço ativo durante este programa se faz imprescindível para que possa melhor adquirir novo repertório de respostas aos estímulos vinculados ao trauma. O objetivo das intervenções baseadas na teoria comportamental é a redução da ansiedade através da exposição repetida ou prolongada, real ou imaginária, ao estímulo estressor.

   Dessensibilização sistemática: utilizada para o tratamento do TEPT com base no aumento gradual da intensidade de exposição real ou imaginária ao evento traumático. Dentro dessa perspectiva de prevenção e de autocuidado, enquanto a terapia comportamental promove uma ativação do estímulo aversivo visando a dessensibilização do paciente, o objetivo da terapia cognitiva é que o paciente desenvolva habilidades para lidar com esses estímulos. As reações normais aos estressores são mediadas por processos cognitivos que permitem ao indivíduo assimilar e processar novas informações. Eventos traumáticos podem acarretar um prejuízo dessa capacidade, levando a erros na cognição. O indivíduo que vivenciou uma experiência traumática pode ficar temporariamente incapaz de processar e assimilar adequadamente a situação ou lidar com seus efeitos, passando a perceber o mundo como extremamente perigoso e a percepção de si próprio como, permanentemente, incompetente e vulnerável, prejudicando a recuperação do trauma.

3. Caráter psicoterapêutico: em casos mais agudos de TEPT os policiais e bombeiros são atendidos por meio da abordagem *Somatic Experience* (SE), que é um modelo naturalista e biológico de resolução do estresse pós-traumático, que oferece contribuições para a compreensão da natureza do trauma, seu tratamento e sua prevenção. De acordo com a Abordagem *Somatic Experience* (SE) os sintomas do estresse pós-traumático indicam que são sinais de respostas incompletas e fixas de luta, fuga ou congelamento, processo fisiológico comandado por estruturas cerebrais inferiores. A *Somatic Experience* (SE) busca a finalização e restauração das respostas fisiológicas que permaneceram incompletas podendo constituir a base dos sintomas. É um método de grande alcance no tratamento do estresse pós-traumático e seus sintomas decorrentes de situações diversas tais como: agressão física, abuso (sexual, emocional, verbal), acidentes em geral, sequestros, assaltos, procedimentos cirúrgicos, violência entre outras. A Terapia em SE é também efetiva nas síndromes de fadiga crônica, fobias, transtorno do pânico, disfunções gastrointestinais, problemas respiratórios, alergias entre outras síndromes.

Fases previstas para o programa propostas no Projeto

1. Fase 01: Processo de Divulgação

Por meio de palestras, ministradas pela equipe deste programa, os comandantes de Unidades tomarão conhecimento sobre o Transtorno do Estresse Pós-Traumático. No primeiro momento serão apresentados o tema e programa de intervenção aos mesmos, sendo a divulgação estendida aos seus colaboradores (policiais) em cada Unidade caso seja solicitado, sendo o agendamento feito com a equipe técnica. O ciclo de palestras será divulgado na página da Intranet – *FastNews* – da PMBA, com vistas a atingir o maior número possível de comandantes, diretores e chefes. Com base nas apresentações e cientes do conteúdo, policiais presentes poderão, a *posteriori*, ajudar no processo de identificação de sujeitos e sua adesão ao programa, facilitando o encaminhamento do policial e/ou bombeiro militar.

2. Fase 02: Montagem da Estrutura de Triagens e Atendimentos

O Serviço de Valorização Profissional da PMBA possui 04 (quatro) Psicólogos que estarão engajados nas atividades do Programa de Autocuidado e Prevenção ao TEPT. Em toda Corporação existem hoje formados ou em formação, aproximadamente 15 (quinze) policiais militares combatentes que estão sendo contatados com vistas à participação plena no Programa. A melhor qualificação da equipe técnica e/ou a ampliação deste efetivo será em paralelo ao crescimento das demandas dos sujeitos potenciais. Para o desenvolvimento das atividades previstas neste programa a equipe necessitará de espaço físico adequado, conforme premissas estabelecidas pela Psicologia (Conselhos Federal e Regional), pois assim serão respeitados os valores presentes no Código de Ética Profissional. Vislumbra-se neste projeto a disponibilização de três salas: Sala de Atendimento - com área de 8m^2, com ar condicionado, computador, mesa, cadeiras, prateleiras em madeira e telefone fixo (ramal); Escritório - com área de 10m^2, com maior segurança, para guardar materiais de ordem psicológica (testes, relatórios e laudos), a qual conterá armário arquivo e ar condicionado; Sala de aula - espaço com área disponível para atividades em grupo, com ar condicionado, mesa, cadeiras escolares, televisor, aparelho de DVD, micro system e armário em aço.

3. Fase 03: Levantamento de sujeitos potenciais

Os comandantes que participarão do ciclo de palestras poderão estabelecer contato com a equipe técnica por telefone para agendar o encaminhamento de policial de sua Unidade que esteja com suspeita do TEPT ou que tenha participado de eventos mais graves (tiroteios, acidentes graves, ameaças e etc.). Confirmado o agendamento, o encaminhamento se dará mediante ofício à Unidade de Psicologia. Poderá ser observado o controle de encaminhamentos à UPM relacionados ao TEPT para ajudar na seleção de sujeitos potenciais, ou seja, militares que já têm o diagnóstico de TEPT e não foram submetidos a procedimento terapêutico com assistência de psicólogo. Após conhecimento do tema, pelos meios de divulgação citados acima, o policial também poderá ser voluntário e solicitar seu encaminhamento através de ofício junto ao seu comandante imediato.

4. Fase 04: *Debriefing* psicológico (caráter preventivo imediato)

Esta fase visa atender de forma imediata os policiais que foram submetidos a eventos traumáticos, sendo imediatamente assistidos pela equipe de psicólogos para prevenir a fase crônica do TEPT e evitar o seu desenvolvimento. Será utilizada a técnica psicológica do *Debriefing* a qual implica em um processo de intervenção imediata e apoio grupal para minimização dos sintomas físicos, emocionais e cognitivos do evento dentro das primeiras 48 horas após a ocorrência do evento crítico. A guarnição poderá ser conduzida ao Ambulatório do HGPM onde se submeterá ao *Debriefing* sob a orientação de um psicólogo. Após o desenvolvimento do *Debriefing* alguns policiais poderão ser encaminhados para a primeira ou segunda triagem do Programa de Autocuidado e Prevenção de TEPT, conforme o caso.

5. Fase 05: Primeira triagem

O policial encaminhado à Unidade de Psicologia participará de entrevista com o psicólogo para que sejam analisados as demandas e o quadro de saúde psíquica. Esta primeira triagem funcionará somente como observação. Serão analisados os discursos e seu comportamento, pois assim poderá ser verificada a presença de sinais do TEPT, bem como o nível da intervenção, neste caso terciária1. Confirmada a presença de indícios do transtorno, o policial será convidado a comparecer em outra data (a combinar com psicólogo) para que seja efetivada a aplicação de instrumentos psicológicos (questionários, testes e escalas). Se houver lapso de tempo entre a triagem e a avaliação psicológica, o policial será reapresentado à sua Unidade de origem e aguardará a data prevista, salientando que ficará afastado das atividades que desempenhava anteriormente correlatas aos indícios do TEPT e, logo depois, retornará com novo ofício.

6. Fase 06: Segunda triagem (Avaliação Psicológica)

Serão aplicados os instrumentos de avaliação psicológica (questionários, escalas e testes) ao policial militar encaminhado, conforme agendamento estabelecido com o psicólogo na Triagem, para que sejam identificados e confirmados os sinais característicos do TEPT. Os instrumentos garantirão o conhecimento da identidade do sujeito, bem como de suas respostas, somente à equipe de psicólogos. Ao comandante será referenciado somente

1 **Tipos de Intervenção em Estresse:** a primária é aquela que tenta mudar os estressores organizacionais presentes no trabalho. Na prevenção secundária, há uma tentativa de aliviar a intensidade da sintomatologia do estresse presente antes que doenças se manifestem. Já a prevenção terciária é caracterizada pelo tratamento de doenças que tem em sua gênese a contribuição do estresse e que já se manifestaram (MAIATO, 2010, p. 48).

que o mesmo necessita ser encaminhado ao programa terapêutico e/ou outro órgão de assistência, caso sejam percebidas comorbidades (depressão, alcoolismo ou outro caso). Estes sujeitos serão convidados à Unidade de Psicologia, novamente, para que conheçam a proposta e contemplem o programa terapêutico oferecido.

7. Fase 07: Atividades Psicoeducativas

O programa terapêutico será executado em sala de aula com o grupo de policiais selecionados através da 2ª Triagem, o qual será submetido à proposta elaborada pela equipe técnica. Serão ministradas aulas temáticas, dinâmicas de grupo com exibição de filmes, entrevistas e apresentação de estudo de casos aos participantes, dentro de uma perspectiva psicoeducativa. Os policiais e bombeiros militares ficarão à disposição da equipe técnica até a finalização do programa, quando serão informados dos resultados e reapresentados às Unidades de origem. O período poderá ser estendido a 30 (trinta) dias, no que diz respeito ao afastamento do policial ou bombeiro militar caso seja necessário um acompanhamento individual prolongado. A atividade psicoeducativa será levada a efeito, em princípio, num período de 05 (cinco) dias, com um grupo de 30 (trinta) pessoas, firmando uma atuação emergencial para com os policiais e bombeiros militares que apresentam um quadro típico de TEPT. E será desenvolvido nas dependências do Ambulatório do HGPM, no período vespertino, das 13:30h às 17:30h, de segunda a sexta-feira. Estruturado em aulas, a atividade psicoeducativa terá carga horária de 20 h/a. As atividades que compõem o programa tratarão diretamente da questão TEPT e seus efeitos no individuo, família e organização (PMBA). Durante a execução do Programa serão levados a efeito os trabalhos voltados para o Autocuidado: qualidade de vida, autoconhecimento e possibilidades de atuação profissional. Os instrutores deverão incentivar em todas as atividades o desenvolvimento da capacidade criadora do militar inscrito, utilizando técnicas e os recursos apropriados. E todas as aulas do programa terão o acompanhamento de psicólogos, os quais deverão, após as palestras, desenvolver atividades lúdicas com o objetivo de potencializar melhor reflexão do conteúdo ministrado.

8. Fase 08: Devolução

Finalizado o programa terapêutico, com as atividades psicoeducativas, será elaborado material devolutivo (Laudo ou Relatório) aos participantes, onde constarão as informações necessárias sobre o processo terapêutico. Os policiais poderão ser encaminhados às suas Unidades de origem ou Junta Médica de Saúde e, ainda assim, serão orientados a manter o trabalho de autoconhecimento e autocuidado. Os comandantes também receberão informações quanto aos procedimentos preventivos que deverão adotar nas suas Unidades para ajudar no processo de reabilitação do policial.

Resultados Esperados pelo Programa de acordo com o Projeto

Mudanças que propiciem benefícios aos policiais e bombeiros baianos e à sociedade como um todo (cliente). Espera-se melhora nos serviços de atendimento da instituição no campo da saúde para o público interno e que sejam aprimorados os centros de valorização profissional. No campo da pesquisa científica espera-se contribuir de forma efetiva com vistas à obtenção da aprovação de projetos que favoreçam o bem-estar dos colaboradores nas organizações militares e que os trabalhos interdisciplinares atuem com maior eficácia e eficiência.

Primeira aplicação prática do Programa com alguns policiais baianos

Num primeiro momento foram atendidas sete guarnições com um total de 25 (vinte e cinco) policiais militares atendidos. Os policiais que tinham participado de alguma diligência com impacto emocional muito forte (tiroteio, acidente automobilístico, deslizamentos, dentre outros) foram convocados via telefone pelos seus próprios comandantes, orientados pelos psicólogos. Esses policiais se deslocaram para o ambulatório do HGPM e foram submetidos ao *Debriefing* psicológico, o qual passou por alterações em virtude da adequação da realidade policial militar do Estado, já que alguns fatos tratados estavam em processo de investigação e para que a confiança na equipe não fosse contestada optou-se por deixar os policiais livres para narrarem qualquer ocorrência**.**

Observação psicológica: os policiais militares que participaram do programa foram entrevistados e observados pelo grupo de psicólogos do SEVAP e tiveram registradas suas impressões frente à diligência escolhida para a análise. Reações, sintomas, sentimentos e fatos foram depurados para compor interpretação do discurso do indivíduo. Sendo assim, indícios de TEPT foram observados em alguns casos e em outros não. Para evitar estigmatização própria do universo policial militar, optou-se por convocar para o Curso de Autocuidado a guarnição completa. O Programa adquiriu um caráter preventivo e proativo por meio da informação.

Curso de autocuidado: os policiais participaram por cinco dias (20 horas/aula) de aulas psicoeducativas sobre o TEPT e outros temas correlacionados. Observou-se que os policiais militares do Estado desencadeiam processos de estresse que propiciam quadros cada vez mais frequentes de picos hipertensivos devido a hábitos de vida não saudáveis e principalmente pela atividade de risco que realizam. No período de avaliação do curso, alguns policiais sugeriram que essa carga horária fosse ampliada para melhor assimilação do conteúdo ministrado, sendo a carga horária de 20 horas/aula avaliada por cerca de 25% dos participantes como ruim ou regular. O grupo em sua grande maioria avaliou o conteúdo do curso como excelente e muitos mostraram a necessidade de que ele seja disponibilizado para toda a tropa.

O grupo: Os sujeitos que participaram da 1ª Turma de Autocuidado no combate ao TEPT foram selecionados pós escuta em *Debriefing* psicológico, nos meses de abril e maio de 2010. Mostraram-se desconfortáveis diante do grupo de psicólogos no primeiro momento, porém ao longo da elaboração de cada discurso esse desconforto foi diminuindo. A maioria se apresentou com muita tensão e, além disso, foram observados diversos outros comportamentos, tais como: observação do ambiente de escuta psicológica, bem como a equipe de psicólogos; manipulação de objetos (celulares, boinas, faca e coldres); inquietação com as mãos e pés (movimentos de esfregar e girar tornozelo, além de deixá-los nas pontas); projeção dos ombros para o centro (retraimento); cruzamento de braços e pernas frequente; entrelaçamento de dedos das mãos. Nota-se que é compreensível tal dificuldade inicial em falar sobre alguma ocorrência mais grave por conta dos efeitos jurídicos da ação e face ao contexto policial no qual estão inseridos. Ficou nítida a desconfiança com a nova atividade havendo indícios de alta ansiedade ligada ao estresse ou ao próprio contexto de trabalho e uma preocupação com que seria avaliado. Ocorreu um caso de fala pastosa com presença de tremores, a qual não ficou clara suficiente no que diz respeito à sua origem: se por alcoolismo ou ansiedade. Destacou-se o comportamento de um policial na fase introdutória quanto à sua apresentação, pois diferente da maioria, portou-se de forma confortável diante do grupo, com muita facilidade para verbalizar e com denotação de leves traços de estrutura perversa: o sujeito denotou frieza acima do esperado, ou seja, seu temperamento não parecia condicionado pelas questões inerentes à atuação policial e diligências, mas à sua

constituição psicológica construída ao longo de seu desenvolvimento. Os discursos dos policiais apresentavam queixas relativas às estruturas físicas das Unidades, carência de equipamentos de proteção individual e, também, quanto ao comportamento rígido de Comandantes. Reportaram que há falta de capacitação para a tropa. Quanto ao procedimento de escuta psicológica, falaram que serviu como uma forma de desabafo e que chegou tarde demais apesar de louvável.

As ocorrências de risco: na fase factual, a qual reporta sobre os fatos típicos de situação de alto risco, ficou marcado em 1º lugar o tiroteio, como principal ocorrência, seguida por roubo de veículos. A 3ª posição estava relacionada ao tráfico de drogas. Neste ponto, os policiais destacaram que as informações de diligências passadas pela Central de Telecomunicação chegam sempre de forma truncada ao grupo. Quanto ao relato de diligências, observou-se que eles são feitos de maneira uniforme e elaborada como em um fórum. Os policiais relataram que não há preparo psicológico nem técnico para lidar com a ocorrência de morte de um colega. Seguem alguns relatos, apontados no relatório, sobre o que pensam na hora do confronto:

-"sair fatiando, usando a técnica.";

-"(...) você não pensa na mulher, na família, a gente só pensa na gente e na técnica";

-"não dá pra raciocinar muito, é fração de segundos. A gente tem que escolher um. Eu várias vezes já deixei de atirar por causa das pessoas na rua, as residências.";

-"(...) a gente sabe que vai, mas não sabe se volta.";

"Já estamos quase adestrados, é levantar, seguir e finalizar, pronto!".

As falas denotam condições de preparo para matar e nenhuma assistência para combater os sintomas, o que é comum na cultura da polícia baiana. Ficou destacado que durante a ocorrência de tiroteio muitos policiais chamam pela proteção divina, independente da religião. Outros afirmaram que se transformam em uma "pedra", aniquilando quaisquer pensamentos, fato este correlacionado às dissociações peritraumáticas. Como dificuldade, relataram que são tomados por pensamentos de matar os marginais e, ao mesmo tempo, de proteger inocentes: crianças e idosos, bem como transeuntes locais. Seguem outros relatos apontados no relatório do SEVAP:

- "Somos racionais!" (não se evidenciou isto, pois muitos agiam prioritariamente com instinto de defesa e contra-ataque, quando tinham oportunidade para tal).

-"Não podia acertar um inocente! Eu tinha que raciocinar. Poxa é difícil, a imprensa quer (...). Eu só pensava em me abrigar e focar na técnica. Pensei o tempo todo no colega e no cidadão que passava na rua".

As reações e sentimentos do grupo corresponderam com o esperado, pois a maioria reportou que tem medo, mas que este sentimento existe para evitar uma desgraça maior e também para diminuir o excesso de confiança. Seguem mais algumas falas:

-"(...) acho que medo não, a gente fica atento o tempo todo.";

-"(...) não tento trabalhar com a emoção, trabalho com a razão (risos dos companheiros)."

-"A gente mata pra salvaguardar nossas vidas!"

-"Fico ansioso, nervoso, medo de errar e repercutir mal."

-"Quando eu termino o serviço, eu fico tenso, preocupado. Entro em contato com a minha família, pra saber se está tudo bem."

Durante a elaboração do discurso, alguns resistiram e verbalizaram que não eram covardes, mas que tinham muito medo. Dois deles chamaram a atenção: um sujeito com traços de estrutura perversa e um graduado. Ambos versaram sobre postura de controle dos sentimentos: *"Não tenho culpa!"* – em relação ao óbito de marginais; *"Não tenho medo, pois sou chamado para decidir!"* – quanto às diligências de alto risco que enfrenta em apoio às Unidades Operacionais; *"Marginal é marginal!"* – quanto às crenças que estabelecem como mecanismo de defesa para enfrentar a culpa ou ter raiva de alguém em combate. O grupo deixou claro que pensa como policiais exterminadores, pois querem atacar e solucionar a ocorrência, mesmo com o óbito do oponente. Não toleram as fugas e se sentem ofendidos e incompetentes quando as fugas acontecem.

Os sintomas: quanto aos sintomas, o grupo relatou que tem pesadelos que envolvem armas de fogo; disparos feitos por marginais são sempre certeiros e na cabeça; muito sangue; invasões; discussões com oficiais e marginais, bem como os congelamentos em situações de vida ou morte. Registraram dores de cabeça, tensão muscular e estado de hipervigilância. Houve relatos de impotência sexual e pânico em casos isolados. A maioria do grupo reportou que dorme mal por causa da preocupação com relação à atividade e devido ao cansaço com atividades extras. Os relatos mostram que o sono é perturbado, como segue:

-"Não sei o que é uma noite bem dormida. Há muito tempo não durmo bem! Essa noite mesmo eu não dormi, olha os meus olhos como estão avermelhados e cansados. Antes eu dormia bem, rapaz! (risos)".

Alguns policiais relataram que buscam no cigarro e no álcool o alívio das tensões, outros fazem atividade física e os religiosos buscam orações e vigílias como forma de aliviar a ansiedade, angústia e medo.

A família: a família deve ser uma grande aliada no processo de adesão ao tratamento e na promoção das mudanças no estilo de vida do policial acometido pelo TEPT. Como o tratamento inclui quadros de sofrimento prolongado que alteram a vida do policial e da sua família, faz-se necessário um processo contínuo de atenção não só ao paciente como aos seus familiares, pois estes precisam compreender melhor o seu papel e quando envolvidos no processo podem ajudar de forma decisiva no tratamento.

Conclusões sobre o processo de implantação do Programa apresentadas no relatório do SEVAP

1. Necessidade de capacitação de alguns profissionais da equipe interdisciplinar envolvida no Programa com relação aos modelos terapêuticos adotados, com base nas Teorias Cognitivo-Comportamental e Equoterapia, os quais não são do domínio de todos os profissionais da equipe.
2. Os recursos materiais solicitados no projeto não foram fornecidos e por consequência algumas etapas foram suprimidas como a avaliação psicológica preliminar e posterior ao programa.
3. Necessidade de reforma na sala de aula onde ocorreram as palestras (ambientalização, iluminação e pintura).
4. Solicitação, em palestras no Comando de Policiamento Regional da Capital, de atenção imediata do Programa aos Comandantes de Unidade. As palestras quase sempre se transformavam em terapia de grupo, em decorrência da dimensão das

queixas dos Oficiais Comandantes que vivem sobre estresse constante. As sucessivas queixas são direcionadas para a dificuldade nas relações interpessoais com a tropa.

5. Na promoção de palestras nas CIPM com a tropa, alguns policiais também alegaram que muitos comandantes de Unidade precisariam do curso de Autocuidado para otimizar as relações interpessoais nos quartéis.
6. A escolha de um nome fantasia para o Programa a fim de não vincular uma proposta de tratamento aos termos de um problema, permanecendo o nome Programa de Autocuidado, tendo em vista que todas as ações desenvolvidas são voltadas para informar ao policial militar acerca da necessidade de cuidar da saúde física e mental.
7. Utilização da Hidroterapia como um plano alternativo para alguns policiais e bombeiros que possuam alguma contraindicação para essa atividade.
8. Criação de uma nova turma do Curso de Autocuidado que atenda os policiais militares que atuam em Companhias Independentes e que já apresentam um diagnóstico de TEPT.
9. Indicação de componentes do corpo docente do Programa para participação de um Curso de Equoterapia Básica.
10. Ampliação do Curso de Autocuidado para o período de dois turnos (vespertino e matutino) por uma semana.
11. Elaboração de um Programa de Autocuidado para Comandantes de Unidade Operacionais.
12. Ampliação do número de psicólogos no Quadro do SEVAP e criação de pequenos centros de atenção psicológica nos Comandos de Policiamento do Interior, bem como uma melhor estruturação da Unidade de psicologia com a aquisição de equipamentos e testes psicológicos.

PROGRAMA DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

3 - Programa de Prevenção de Estresse Pós-Traumático

As informações sobre este programa foram fornecidas pela Assessoria de Comunicação do Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo na internet.

Histórico do Programa

De acordo com a Assessoria de Comunicação do Corpo de Bombeiros Militar do Espírito Santo, o trabalho desenvolvido pelo Corpo de Bombeiros expõe seus servidores a eventos que podem desencadear estresse pós-traumático. São atividades operacionais que podem ser de grandes proporções ou ocorrências de maior gravidade, com vítimas e situações críticas, por exemplo, acidentes envolvendo crianças ou até em situações onde a equipe se sinta impotente, por motivos diversos. Esses eventos podem ser considerados como estressores e podem desencadear uma série de sintomas, que impossibilitam que bombeiro desenvolva suas atividades de forma saudável. A partir dessa análise, o Corpo de Bombeiros Militar desenvolveu o Programa de Prevenção de Estresse Pós-Traumático que tem a finalidade de propor diminuição dos danos psíquicos. O programa atende a grupos de bombeiros que foram expostos a grande estresse em atendimento à ocorrência de maior gravidade, com possibilidade de desenvolver o estresse pós-traumático.

Objetivos do Programa

O objetivo do programa é a diminuição do nível de tensão, proporcionando reflexão e autopercepção para fins da prevenção do transtorno do estresse pós-traumático. O programa atenderá também bombeiros que estejam demonstrando estresse crônico na realização de suas atividades profissionais.

PROGRAMAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - PMERJ

4A - Programa de Assistência Psicológica para Policiais Militares envolvidos em Ocorrências com Potencial Risco de Estresse Pós-Traumático.

Histórico do Programa

O Comando Geral da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro iniciou o Programa de Assistência Psicológica para Policiais Militares Envolvidos em Ocorrências com Potencial Risco de Estresse Pós-Traumático em Agosto de 2009.

Objetivos do Programa

O Programa visa oferecer suporte psicológico aos policiais militares envolvidos em ocorrências de risco que resultem em morte ou lesão corporal grave de componentes da guarnição. O programa destina-se a amparar o policial militar em uma situação de potencial risco subjetivo com possíveis repercussões em sua condição psíquica e profissional. De acordo com o Bol. da PM n. 023 - 07 Ago 2009, os policiais militares envolvidos em ocorrências que resultem em morte ou lesão corporal grave de componentes da guarnição devem ser atendidos e avaliados por um Oficial Psicólogo da Corporação, previamente escalado para tal acolhimento. O programa encontra-se em andamento e mostra uma preocupação da corporação com o tema descrito e com suas consequências na vida pessoal e laboral do sujeito policial.

Funcionamento do Programa

Primeiramente o Oficial Psicólogo da Corporação, previamente escalado, conforme publicação de escala extra em BOL PM, realiza uma avaliação inicial da condição emocional e psicológica dos policiais militares envolvidos em ocorrências que resultem em morte ou lesão corporal grave de componentes da guarnição. Será de responsabilidade da DGS ou do Oficial Superior de Dia à PMERJ acionar o psicólogo escalado. Após a avaliação técnica pelo Oficial Psicólogo, este deve entrar em contato diretamente com o Oficial Superior de Dia à PMERJ, recomendando o retorno do policial militar para o término do serviço ou, nos casos onde se fizer necessária, a recomendação para encaminhamento à Seção de Perícias Médicas para avaliação. O Oficial Psicólogo, assim que retornar à base, enviará por fax o relatório do atendimento realizado à DGS ou ao Oficial Superior de Dia à PMERJ, que tomará as medidas necessárias junto aos Comandantes, Chefes ou Diretores dos Policiais Militares envolvidos para que seja cumprida a recomendação do Oficial Psicólogo. Nos casos em que o Oficial Psicólogo considerar necessário acompanhamento posterior do policial militar, deverá fazer constar no relatório do atendimento a recomendação para que seu Comandante o apresente posteriormente ao serviço de assistência psicológica da Corporação, onde o caso será tratado com prioridade. Da mesma forma, os casos onde for necessário acompanhamento psiquiátrico, o policial militar será encaminhado ao ambulatório de Psiquiatria do HCPM pelo seu Comandante, Chefe ou Diretor, onde o caso será tratado com prioridade. Este encaminhamento deverá ser feito pelos Comandantes, Chefes e Diretores através de agendamento via DGS, levando-se em consideração a OPM mais próxima

da residência do Policial Militar. A responsabilidade de estabelecer escala de permanência dos Oficiais Psicólogos é da DGS e o suporte logístico aos Oficiais Psicólogos fica a cargo do HCPM.

4B - Programa para o Policial Vítima de Projétil de Arma de Fogo – PAF

Outro projeto da PMERJ foi desenvolvido em 2007 pelo Setor de Psicologia Hospitalar do Hospital Central da Polícia Militar do Rio de Janeiro que oferece ao policial vítima de Projétil de Arma de Fogo – PAF, suporte psicológico durante a internação hospitalar por meio da escuta e da possibilidade de elaboração da experiência vivida. Tal serviço visa diminuir os danos emocionais advindos do processo de hospitalização através do atendimento individual à beira do leito, assim como trabalhar em interconsulta com a equipe de saúde responsável pelos casos. De acordo com a equipe responsável pelo atendimento, por ocorrer no exercício da profissão e fazer parte da realidade da prática policial militar, a internação representa para o policial o confronto direto com os perigos da profissão e com a possibilidade real de morrer. A consciência de finitude parece instaurar-se tão fortemente no sujeito que suas fragilidades e limitações vêm à tona de forma abrupta e desestruturante. Apresenta-se então um policial com forte sentimento de impotência e fragilizado emocionalmente, o que pode contribuir muito para o estabelecimento de quadros posteriores de ansiedade generalizada, estresse, pânico, fobia ou depressão. O PAF aborda de uma forma preventiva situações com grande potencial de desenvolvimento de TEPT nos policiais recebidos pelo serviço.

PROGRAMA DO ESTADO DE SÃO PAULO – PMSP

5 - Programa de Acompanhamento e Apoio ao Policial Militar - PAAPM

Histórico do Programa

Implantado em 15 de Agosto de 2002, originado do antigo programa PROAR, o Programa de Acompanhamento e Apoio ao Policial Militar - PAAPM foi criado com uma proposta de acompanhamento, avaliação e assistência aos policiais militares envolvidos em ocorrências de alto risco, cabendo sua execução à Diretoria de Pessoal, através do Centro de Assistência Social e Jurídica no âmbito da Capital e Região Metropolitana e aos respectivos Comando de Policiamento do Interior, no Interior do Estado. Para o PAAPM, ocorrência de alto risco configura-se em um evento crítico e circunstâncias trágicas. De acordo com o Programa, "Ocorrência de Alto Risco" é todo acontecimento de qualquer natureza que provoque ou represente perigo ou altíssima probabilidade. Os "Eventos Críticos" são aqueles relativos ao gerenciamento de uma crise, com consequências graves e imprevisíveis, com pouco tempo para articulação de possibilidades e decisão. As "Circunstâncias Trágicas", por sua vez, são situações vinculadas a uma tragédia e trazem no seu conteúdo aspectos sinistros e funestos, todos eles caracterizam ocorrências graves e causam ao agente interventor (policial militar) estresse com diretas decorrências orgânicas e emocionais, que podem interferir casualmente no resultado das ocorrências. Enquadra-se como ocorrência grave, também o acidente de trânsito com viatura que, dependendo de sua gravidade, pode afetar as condições emocionais do motorista policial militar e guarnição.

Objetivos do Programa

1. agir preventivamente em favor ao restabelecimento da saúde mental do policial militar;
2. readequar a atitude do policial militar que se envolveu em ocorrências de alto risco, conduzindo-o aos padrões doutrinários da atividade desenvolvida pela Instituição;

3. restabelecer o equilíbrio psicoemocional do policial militar, favorecendo o desenvolvimento pessoal e o consequente uso produtivo de suas potencialidades;
4. promover a perfeita interação do policial militar com a sociedade, de modo a garantir uma relação cordial e profissional com todos os segmentos, enaltecendo os valores ligados à vida, à integridade física e à dignidade humana, e não aceitando o evento "morte" como resultado natural do trabalho policial, quando do inevitável confronto com os marginais;
5. fortalecer os princípios da hierarquia e disciplina, através da depuração de valores contrários aos da Instituição, fortalecendo as normas, regulamentos e leis que regem a atividade policial militar.
6. readequar a atitude e o comportamento do policial militar frente aos desafios e exigências do novo conceito de Polícia Comunitária.

Funcionamento do Programa

O início de funcionamento do programa se dá a partir da apresentação do policial militar à secretaria do PAAPM, que após o preenchimento de uma ficha de coleta de dados é encaminhado para uma avaliação psicológica individual. Quando é diagnosticada uma "alteração" o policial é designado às turmas do Estágio de Aprimoramento Profissional (EAP). Caso o policial receba uma avaliação positiva, retorna à unidade de origem. Para o desenvolvimento do Programa são aplicadas técnicas modernas de Psicologia; num trabalho focado na prevenção, tendo como objetivo o reequilíbrio psicoemocional do policial militar. O policial militar, por ocasião de sua apresentação no Centro de Assistência Social e Jurídica - CASJ, passou a ser submetido a exames psicológicos no mesmo dia, obtendo praticamente de imediato o resultado e permitindo que, nas hipóteses onde a frequência ao programa for avaliada como desnecessária, seja reapresentado à sua Unidade de origem, podendo ser novamente empregado em suas atividades normais principais.

O programa capacita o aluno a reconhecer e identificar os conceitos de leis, decretos e publicações afetas à administração de pessoal, vencimentos e vantagens, bem como ter plena ciência dos seus direitos junto à Instituição, proporciona conhecer a filosofia, doutrina e metodologia de Polícia comunitária e empregá-las nas atividades desenvolvidas pela Organização, desenvolver mecanismos que propiciem a melhora no relacionamento institucional com entidades públicas e privadas, aprimorar o papel desenvolvido pela PMESP no campo da Segurança Pública, utilizar-se de cuidados alimentares evitando-se doenças e melhorando a saúde, fazer a composição de um cardápio equilibrado, reconhecer a importância de uma boa alimentação, ter noções gerais de nutrição, discriminar as diferentes variáveis que determinam o comportamento humano, identificar as influências do meio social na compreensão do próprio comportamento, compreender a ação do estresse sobre a mente, o corpo e o emocional. Saber fazer uso das técnicas desenvolvidas pela psicologia para diminuição e controle do estresse, elevar sua qualidade de vida através da Educação Física, ter consciência do próprio corpo e suas reações fisiológicas, buscar o reequilíbrio físico e emocional através dos movimentos físicos, reconhecer, vivenciar e controlar suas emoções, recuperar e manter seu equilíbrio bioenergético, prevenir os episódios de estresse excessivo, conhecer os aspectos relacionados às terminologias: "dependência" e "substâncias psicoativas"; conhecer as implicações "biopsicosociais", bem como os fatores de risco e de proteção, associados ao uso indevido de substâncias psicoativas como álcool e drogas.

O Programa da PMSP se propõe a fazer o acompanhamento, avaliação e assistência aos policiais militares envolvidos em ocorrências de alto risco através de uma abordagem de grupo. Porém não aparecem, na descrição do programa, os critérios para o diagnóstico do TEPT ou outro acometimento e também não fica claro como se dá o acompanhamento das situações mais difíceis e individualizadas. Talvez o formato de curso do acolhimento acabe direcionando o trabalho para as questões mais amplas, mais grupais, menos voltadas para o atendimento individualizado. Não se trata de um processo psicoterapêutico, sendo o programa o próprio estágio de aprimoramento profissional (curso), contando também com terapias especiais, como Ikebana, aulas de Cerâmica, visita a museus e Terapia Ecológicas.

Estágio de Aprimoramento Profissional – EAP / Desenvolvimento Psicoemocional

Este estágio visa ao restabelecimento da saúde mental dos policiais militares, sejam os envolvidos em ocorrência de risco ou aqueles que eventualmente manifestem alterações emocionais no seu comportamento. Dele fazem parte as seguintes diretrizes:

a) encaminhamento ao programa para avaliação inicial psicológica do policial militar, envolvido em qualquer ocorrência, potencial ou concretamente, causadora de trauma psíquico (até mesmo acidentes, incêndios, salvamentos, etc.)

b) a aplicação do Programa também em relação ao policial militar que se envolveu em ocorrência nas horas de folga, mas em razão da função;

c) inclusão, no programa, do policial militar que apresentar qualquer alteração comportamental ou emocional, independente do prévio envolvimento em ocorrência;

d) as linhas e diretrizes referentes ao emprego de técnicas da Psicologia em estrita consonância com o preconizado pelo Conselho Federal e Regional de Psicologia.

e) estabelecimento de uma comissão de análise encarregada de analisar a situação individual de cada policial militar participante do programa e decidir quanto a sua liberação para o serviço policial militar ou aplicação de prescrições de atividades supervisionadas.

O Estágio de Aprimoramento Profissional tem a forma de um curso onde matérias ligadas à administração pública, às doutrinas de Polícia Comunitária, aos cuidados com a alimentação e sobre elementos da Psicologia são ministradas em 102 (cento e duas) horas/aulas durante 17 (dezessete) dias letivos. De acordo com o documento pesquisado sobre o Programa, os resultados de satisfação dos policiais militares que frequentaram o estágio, aliados aos demonstrativos das prescrições emitidas, resultam na eficiência dos trabalhos no que tange à promoção do reequilibrio psicoemocional. O programa consegue buscar a maximização da qualidade na prestação de serviço e, principalmente, preservar a integridade física dos policiais militares e das pessoas envolvidas em ocorrências policiais, minimizando o grau de exposição ao risco, além de reduzir os efeitos traumáticos, ocasionados aos policiais militares que, eventualmente, se envolvem em acidentes de trânsito quando da condução de viaturas da PM.

PROGRAMAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

6A - Programa de Gerenciamento de Estresse Profissional e Pós-Traumático – PROGESP - PMSC

Histórico do Programa

1995: foi iniciado o processo de sensibilização das autoridades institucionais do Corpo de Bombeiros, através de Curso promovido pelo CETREM, que solicitou a colaboração do Serviço Social e da Psicologia do HPM para aplicação de técnicas de GESP efetivo de socorristas.

1996: levantamento de dados da JMC (Junta Médica da Corporação) da frequência de LTS (Licença para Tratamento de Saúde) por problema de Saúde Mental; pesquisa participante para levantamento de informações sobre o estresse em Profissionais de Segurança Pública. Os resultados mostraram níveis de estresse em 48 socorristas e os agentes estressores enquadram-se nas seguintes categorias: condições de trabalho (87% de insatisfação); estresse: hipervigilância e estado de alerta (20%); insônia (18%), ansiedade (14%); dificuldade de concentração e memória (23%).

1997: pesquisa qualitativa junto ao efetivo do Corpo de Bombeiros sobre "o estresse profissional e suas implicações na qualidade de vida dos bombeiros militares". O resultado da pesquisa identificou elevados níveis de estresse, constatando-se que o Estresse Cumulativo pode ser tão maléfico quanto o Pós-Traumático.

1998: configuração do Programa de Gerenciamento do Estresse Profissional sob forma de cursos de capacitação; participação nos cursos de resgate veicular; elaboração de proposta de treinamento através de curso específico (informações teóricas, dinâmicas de grupo, técnicas de relaxamento, automassagem, programação mental).

1999: cursos em 15 cidades de Santa Catarina, totalizando 270 treinados (40hs); formação de 15 Times de Gerenciamento do Estresse Profissional.

2001: intervenções do Time de Chapecó e da equipe técnica com aplicação de técnicas de primeiros socorros emocionais em eventos críticos, participação nos Cursos de Resgate Veicular.

2002: inclusão da disciplina GES nos Cursos de Formação de Soldados (450 soldados treinados).

2003: continuidade com a formação de 525 soldados treinados.

2004: continuidade com a formação de 350 soldados treinados; inclusão da matéria no CFSgt; assessoria na Empresa Brasileira de Correios; colaboração com a Defesa Civil em elaboração de projeto para atendimento das vítimas do "Catarina".

2005: assessoria à Regional da Polícia Federal; elaboração do Projeto de pesquisa "Intervenções Institucionais no Gerenciamento do Estresse em Servidores da Secretaria de Segurança Pública de Santa Catarina"; efetivação das aulas de GES no CFS; projeto de Intervenção junto às equipes e que atuaram no "Catarina".

2006: pesquisa Intervenções Institucionais no GES em servidores da SSP/DC (IPESP-UFSC); intervenção em Evento Crítico na Agência dos Correios; curso de GES para Gerentes das Agências dos Correios/Região Sul.

2007: aprovação da Diretriz do PROGESP pelo Cmdo Geral, CFS (3 turmas) e CAS (1 turma) - 136 turmas, 450 soldados treinados; adesão ao programa Redes Humanas 85 PM/BM e funcionários civis participantes; inclusão de técnicas de Biopsicologia nas instruções; início

das Práticas no HPM; 7 multiplicadores – Curso Inst. Visão Futuro; intervenção Evento Crítico em Descanso 09/10; encaminhamento Projeto à SENASP – Formação de Monitores.

2008: instrução (245 alunos); pesquisa sobre situações de estresse e estratégias de *Coping* em servidores da SSPDC; curso de GES para 30 Policiais Federais; intervenção em Evento Crítico (tiroteio Araranguá); encaminhamento de projeto à SENASP - recursos para ampliação da base física do PROGEP; apresentação de Poster do PROGESP no VIIIº Congresso Internacional da ISMA; apresentação de Trabalho Oral "Intervenções institucionais no gerenciamento do Estresse em Servidores da segurança Pública de Santa Catarina"; matéria realizada pela RBS/TV para o programa Estúdio Santa Catarina sobre o PROGESP.

2009: formação de 132 policiais militares; participação no 1º Encontro Nacional de Representantes de Instituições de Segurança Pública (Congresso da ISMA); continuidade na parceria com o programa Redes Humanas e retomada das práticas no HPM

Objetivos do Programa

O PROGESP tem como objetivo reduzir a morbidade decorrente do estresse profissional nos policiais militares ativos, promovendo medidas de caráter institucional e continuado focadas na prevenção e intervenção. Este Programa foi instituído na Polícia Militar de Santa Catarina pela Diretriz nº 027/2007/Cmdo G. Desde então, o PROGESP tem realizado algumas intervenções e atualmente está em fase de implementação em toda a Corporação. Segundo dados levantados junto à JMC, cerca de 35% das LTS são decorrentes dos problemas de saúde mental, onde o estresse profissional é fator desencadeante ou agravante destes quadros. O PROGESP promove cursos e sensibilizações para as questões ligadas ao estresse profissional cumulativo e pós-traumático, com ênfase na autoidentificação e autogerenciamento do estresse, por meio de medidas preventivas. As atividades relacionadas ao PROGESP têm seus registros sistematizados em um banco de dados específico que permite avaliar os resultados e serve como fonte de pesquisa para novos trabalhos nesta área. O PROGESP utiliza o termo "eventos críticos" ou "incidentes críticos" para caracterizar o evento estressor traumático. O PROGESP considera o confronto entre policiais e infratores que resulte em morte, a participação em acidentes ou desastres envolvendo múltiplas vítimas, participação em crises envolvendo grande perigo ou responsabilidade sobre a própria integridade física ou de terceiros e episódios com grande repercussão negativa na mídia como eventos críticos que podem levar alguns policiais a desenvolverem o TEPT.

Estrutura Humana do Programa

1. Coordenador Geral: diretor da diretoria de Saúde e Promoção social (DSPS);
2. Coordenador Executivo: subdiretor da DSPS ou oficial superior indicado pelo diretor da DSPS;
3. Coordenador da Equipe Técnica: oficial da DSPS designado pelo diretor da DSPS;
4. Equipe Técnica: formada por policiais militares psicólogos

Novo Projeto Piloto do PROGESP de 2010

De acordo com o relatório sobre o Projeto do Programa de Gerenciamento de Estresse Profissional e Pós-Traumático realizado em abril de 2010, o Programa desde 2008 não possui recursos humanos e infraestrutura adequados para atender a demanda de incidentes críticos da Polícia Militar de Santa Catarina, não sendo capaz de oferecer o tratamento de reabilitação ao policial militar acometido pelo TEPT. Segundo pesquisa realizada pela equipe do PROGESP,

ocorrem 146 incidentes críticos mensais na PMSC, dos quais 13 incidentes críticos envolvem diretamente policiais militares de forma mais grave, como tiroteio, morte, lesão, confronto (base de pesquisa nos dados da Agência Central de Inteligência da corporação). Segundo o relatório, por falta de recursos humanos, no decorrer de 12 anos de existência, o PROGESP atendeu apenas a 23 casos de incidentes críticos envolvendo policiais militares. Porém, desde outubro de 2009, segundo o relatório, o Programa conta com apenas dois psicólogos, tendo aumentado o número de atendimentos em 44% no período de seis anos em comparação com os 11 anos e meio anteriores do PROGESP. Esses psicólogos são policiais militares e não fazem parte do Quadro de Saúde, o que pode vir a causar certa desconfiança por parte do policial atendido no Programa. Ainda assim, de acordo com o relatório, a carência de recursos humanos inviabiliza a prestação de tratamento psicológico a policiais envolvidos em incidentes críticos, havendo uma perda de 448 policiais militares por ano no Estado devido a afastamentos médicos e reformas dos policiais, sendo o afastamento do policial devido a transtorno psicológico com duração de 38 dias em média por ano e a Instituição não tem garantia de que esse profissional retornará com boa saúde mental ao trabalho, pois de acordo com a pesquisa, 31 deles nunca mais voltarão ao trabalho. O relatório mostra que tem havido uma mudança no funcionamento e na estrutura do PROGESP devido à carência de profissionais, sendo contratado o serviço de psicoterapia de pessoa jurídica, ou seja, de fora da corporação, o qual em princípio seria integrado ao PROGESP em caráter de projeto piloto para fornecer tratamento psicoterápico para os policiais envolvidos em incidentes críticos na tentativa de reduzir a morbidade decorrente do TEPT, objetivo este do Programa. Segundo o relatório, o PROGESP ainda é desconhecido por grande parte da corporação e precisa de maior divulgação. O Projeto estabelecido em 2010 para o PROGESP visa sanar parte das dificuldades de infraestrutura já apresentadas.

Funcionamento do Programa

O PROGESP possui um documento denominado Notificação de Evento Crítico – NEC o qual deve ser preenchido pelo Comandante da Organização Policial Militar sempre que uma ocorrência policial for caracterizada como um "evento crítico" ou "incidente crítico". Nesse caso, o Comandante da Organização Policial Militar deverá ficar atento ao envolvimento de policiais subordinados, informando através da NEC à equipe do PROGESP qualquer ocorrência que tenha causado impacto emocional nos policiais envolvidos; ocorrência com morte ou lesão grave de policial militar; ocorrência envolvendo múltiplas vítimas fatais ou politraumatizadas; ocorrência com morte ou ferimento grave de cidadão civil relacionada à ação ou operação policial; ocorrências com grave risco de morte para o policial militar, provocado pela ação intencional de terceiros; ocorrências de confronto com a utilização de armas de fogo com o resultado de ferimento ou morte de cidadão civil; ocorrência com morte traumática e dolorosa de uma ou mais crianças com envolvimento, causal ou não, dos policiais. A Notificação de Evento Crítico, portanto, deverá ser preenchida pelo Comandante após o término da ocorrência de evento crítico e deverá ser encaminhada como um anexo a uma mensagem eletrônica, junto com o registro de ocorrência do COPOM, para os endereços eletrônicos da equipe do PROGESP que será então mobilizada.

Segue abaixo o modelo de Notificação de Evento Crítico utilizado no PROGESP.

Notificação de Evento Crítico – NEC

Diretoria de Saúde e Promoção Social

Divisão de Serviço Social

Programa de Gerenciamento do Estresse Profissional e Pós-Traumático (PROGESP)

NOTIFICAÇÃO DE EVENTO CRÍTICO

1º - Organização Policial Militar:

RPM/BPM/Cia/Pel/Grupo

2º - Local do evento crítico:

Bairro: Município:

3º - Data do evento crítico:

Dia: Mês: Ano:

4º - Horário do evento crítico:

Hora: Minuto:

5º - Tipo do evento crítico:

☐ Natural (relacionado às condições da natureza, ex: vendaval, enchente etc.)

☐ Humano (relacionado à ação humana, ex: acidente, incêndio etc.)

6º - Breve relato do evento crítico:

(número de pessoas envolvidas "adulto/criança"; "lesão leve/grave; óbito; desabrigados; danos etc.)

7º - Nº PM utilizados no evento crítico:

8º - Houve PM vitimados? Quantos?

Lesão LEVE: Lesão MÉDIA: Lesão GRAVE: ÓBITO:

9º - Identificação do responsável pelo time do PROGESP:

Nome do integrante do PROGESP: Assinatura: Telefone: Data:

10º - Relação dos PM envolvidos no evento crítico:

	Posto/Grad	Matrícula	Nome	Lesão	Óbito
01				☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
02				☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
03				☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
04				☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
05				☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO

ENVIAR ESTA NOTIFICAÇÃO DE EVENTO CRÍTICO AOS ENDEREÇOS: dspschdss@pm.sc.gov.br, dspsdir@pm.sc.gov.br, dspssubdir@pm.sc.gov.br,dspschds@pm.sc.gov.br

Eixos estruturantes do PROGESP e seus processos

1. Sensibilização e Capacitação do efetivo policial militar para enfrentamento do estresse profissional por meio de medidas preventivas: cursos de Gerenciamento de Estresse abordando questões como a autoidentificação do estresse, situações estressoras no ambiente de trabalho, estratégicas de enfrentamento de estresse, dentre outros.

Segue abaixo, como exemplo, o conteúdo programático do Curso de Gerenciamento de Estresse Profissional e Pós-Traumático proposto pela professora Elisabeth Faraco Cantelli:

A - Módulo I - Aproximação interativa

- Promover o conhecimento dos participantes entre si e deles com os instrutores

- Levantar as expectativas do grupo à respeito do curso

- Dar a conhecer os objetivos do curso

- Informar sobre a Programação Didática

- Estabelecer as "Regras do Jogo" ou "contrato"(normas sobre o funcionamento do curso que deverão ser respeitadas por todos os participantes).

B - Módulo II - O Estresse

- Conceituar estresse

- Conhecer a anatomia do estresse - os processos fisiológicos que ocorrem na pessoa

- Identificar a sintomatologia

- Reconhecer as fases do estresse

- Diferenciar o estresse das "pressões": como as pessoas se estressam

C - Módulo III - Estresse e Qualidade de Vida no Trabalho

- Caracterizar as fontes Internas geradoras do Estresse

- Caracterizar as fontes Externas geradoras do Estresse

- Identificar os tipos de personalidade mais propensos ao Estresse

- Identificar as decorrências mórbidas desencadeadas pelo Estresse Cumulativo

- Prestar orientações básicas para o auto-gerenciamento do estresse cumulativo

D - Módulo IV - A Formação dos Times de Gerenciamento do Estresse Profissional(GESP)

- Conceituar time

- Caracterizar um time de GESP

- Identificar os processos que estão prejudicando o trabalho em equipe

- Favorecer o espírito de equipe

- Traçar planos de ação quanto a formação de times em sua Unidade

- Identificar a missão dos Times do PROGESP

E - Módulo V - Gerenciamento do Estresse Pós- Traumático

- Conceituar estresse pós-traumático

- Identificar a sintomatologia do Estresse Pós Traumático

- Caracterizar Desastres; Incidente Crítico; Trauma

Reconhecer os incidentes críticos relacionados às atividades de Segurança Pública e ambiente de trabalho

Conhecer as técnicas de intervenção para o gerenciamento do estresse pós-traumático (*"debriefing"; "desmobilizations" "defusing"* e consultas individuais)

Vivenciar a aplicação das principais técnicas de intervenção.

- Identificar as atribuições dos Líderes dos Times de GESP

2. Intervenção e Acompanhamento: sempre que for identificado um incidente crítico envolvendo policial militar deve ser dado suporte a acompanhamento psicológico, psicoterapia, se necessário ou encaminhar a outro atendimento especializado.

a) Os comandantes, chefes e diretores deverão ficar atentos à incidentes críticos ocorridos com seus subalternos. Após identificá-los, deverão comunicar à equipe do PROGESP que acionará o psicólogo num prazo de 24 a 72 horas relatando os fatos e arrolando os policiais militares envolvidos por meio do preenchimento da NEC. Deverão também providenciar local para a intervenção individual ou coletiva conforme orientação técnica da equipe de psicólogos do Programa e devem tomar providências para que os policiais envolvidos nos incidentes críticos sejam preservados de outros eventos estressores.

b) A equipe técnica (psicólogos) então avalia o teor da NEC e achando necessário, encaminha um psicólogo da própria corporação para realizar um atendimento imediato e posterior acompanhamento dos policiais envolvidos no incidente crítico.

c) São atribuições dos psicólogos responsáveis pela intervenção e acompanhamento:

- realizar avaliação e intervenção dos policiais envolvidos e se necessário da família desses policiais;

- informar o Comandante, Chefe ou Diretor sobre os procedimentos que serão adotados;

- providenciar a realização da intervenção em local e horário adequados;

- verificar se algum participante da intervenção, psicoterapia e acompanhamento está sendo submetido a acompanhamento médico, psicológico ou psiquiátrico;

- elaborar relatório da intervenção e encaminhamento, enviando-os à equipe técnica do PROGESP;

- acompanhar a evolução do quadro clínico do policial submetido à intervenção;

- elaborar parecer psicológico à Coordenação técnica do PROGESP se achar necessário encaminhamento para psicoterapia, atendimento médico, serviço social, indicando também casos de afastamento ou restrição à atividade operacional;

- terminado o prazo de afastamento ou restrição concedido pela Junta Médica, o psicólogo deve realizar uma nova avaliação psicológica nos policiais;

- atualizar os registros e bancos de dados sob sua responsabilidade.

d) Período de acompanhamento: os Comandantes e Chefes Imediatos devem acompanhar pelo período de 6 meses os policiais que foram submetidos às intervenções

individuais ou coletivas, devendo comunicar ao Coordenador Técnico sobre eventuais envolvimentos em novos incidentes críticos, dispensas médicas que possam estar associadas ao estresse, problemas disciplinares relacionados ao excesso no uso da força e problemas de relacionamento interpessoal. O Coordenador Técnico do Programa precisa manter atualizado o banco de dados com essas informações.

3. Avaliação e Pesquisa: sistematização das atividades relacionadas ao PROGESP, avaliação de resultados e desenvolvimento de pesquisas para novos trabalhos.

Avaliação dos Resultados do Projeto

Os resultados do projeto-piloto do PROGESP serão avaliados por meio de quatro indicadores:

1. Inventário de Sintomas de Stress para Adultos- ISSL;
2. Quadro Geral de Saúde de Goldberg – QSG;
3. Índices de Licenças para Tratamento de Saúde (LTS) devido a transtornos mentais ou comportamentais;
4. Índice de LTS motivadas por reações graves ao estresse e transtornos de adaptação. Do total de 123 licenças concedidas por transtornos psicológicos ao ano na Grande Florianópolis, 41,5 concessões são decorrentes de reações graves ao estresse e transtornos de adaptação, o que representa 33% da LTS, por transtorno psicológico, daquela região.

Cronograma de operacionalização dos objetivos do projeto-piloto do PROGESP

Segue abaixo a proposta de cronograma do projeto PROGESP contida no relatório de abril de 2010.

- Etapa Inicialização: junho de 2010

Objetivos: apresentar projeto de implementação do PROGESP

Operacionalização: a) apresentar o Projeto para mobilizar a instituição mostrando custo financeiro e humano em função de LTS e reformas por transtornos psicológicos, demanda de serviços com base em incidentes críticos e contratação de serviços psicoterápicos; b) capacitar os psicólogos que realizarão as intervenções por meio do serviço de psicoterapia, apresentando estudos sobre TEPT; c) divulgar no correio eletrônico notícias sobre o PROGESP e informações sobre estresse profissional e TEPT.

- Etapa Execução: junho de 2010 a maio de 2011

Objetivos: realizar ações de prevenção e tratamento do estresse profissional e Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Operacionalização: a) realizar intervenção e acompanhamento psicológico; encaminhamento à psicoterapia quando necessário sempre que a equipe do PROGESP for acionada ou souber da ocorrência de um incidente crítico; b) sensibilizar e capacitar o efetivo da 1º. e 11º. RPM para enfrentamento de estresse profissional por meio de workshops.

- Etapa Avaliação: junho de 2011

Objetivos: avaliar os resultados do projeto piloto

Operacionalização: por meio da compilação dos resultados da ISSL e do QSG, também por comparação entre os índices de LTS por transtornos mentais e comportamentais e dos índices LTS pelo código F43 (CID-10), levantados antes e após a operacionalização desse projeto piloto.

6B - Programa Fortalecendo as Redes Humanas para a Saúde Integral do Servidor PMSC, PCSC, CBMSC e Instituto Geral de Perícia

Histórico do Programa

Em 2002, um grupo de servidores das Secretarias de Estado da Administração e Fazenda se reuniu em função de uma preocupação com o número de afastamentos para tratamento de saúde e devido à falta de integração entre as gerências e diretorias de suas Instituições. O Núcleo de Saúde do Servidor da Secretaria de Estado da Administração efetuou um levantamento sobre as causas dos afastamentos para tratamento de saúde dos servidores das Secretarias de Estado da Administração, Educação, Saúde e Segurança Pública e constatou que a maior razão dos afastamentos são os transtornos mentais e comportamentais. Preocupados com o aumento da demanda, começaram a procurar Programas que pudessem diminuir este problema. Encontraram, em um evento de Recursos Humanos, o *Programa Transforma®*, o qual foi aplicado como experiência piloto nas Secretarias para 100 servidores, numa parceria entre o Governo e o Instituto Visão Futuro. Em 2002, O *Programa Transforma®* foi selecionado porque atendia aos objetivos que o grupo de servidores buscava: gerenciamento do estresse, fortalecimento das redes humanas, trabalho em equipe, valorização do servidor e sua qualidade de vida. O Programa foi criado pela Dra. Suzan Andrews, do Instituto Visão Futuro de Porangaba/SP e é o único que trabalha esta questão por meio da biopsicologia. Atualmente no Brasil, o Instituto Visão Futuro é o único que presta serviço desta natureza, sendo detentor do "notório saber". O Programa esteve na Secretaria de Estado da Administração - Diretoria de Recursos Humanos/Gerência de Capacitação - de 2002 a 2005. A partir de 2006 passou a integrar a Diretoria de Saúde do Servidor, na Gerência de Saúde Ocupacional. Hoje ele é considerado uma ação de saúde ocupacional do Governo do Estado. O Estado de Santa Catarina, então, por meio da Secretaria de Estado da Administração, Gerência de Saúde Ocupacional, criou o Programa Redes Humanas, o qual foi estendido para os profissionais da Segurança Pública no ano de 2007, sendo implementado anualmente de acordo com o interesse e a participação dos órgãos da Segurança Pública (Polícia Militar, Polícia Civil, Instituto Geral de Perícia e Corpo de Bombeiros). A partir de uma pesquisa realizada em 2010 (SENASP), identificou-se que os bombeiros militares são os que têm o maior índice de estresse entre os profissionais da Segurança Pública Catarinense, tendo sido criado um curso de capacitação em Segurança, Saúde, Meio Ambiente e Qualidade de Vida, com base no Programa Redes Humanas a fim de capacitar bombeiros militares de todos os aquartelamentos para trabalharem preventivamente em alguns dos fatores estressores identificados pela pesquisa. Dois cursos já foram ministrados, devendo chegar a cinco até dezembro de 2011, onde serão capacitados mais de 150 bombeiros militares. Está sendo inserida uma disciplina que trata sobre o assunto nos cursos de formação de soldados e de formação de oficiais. Dentro do curso foram inseridos conhecimentos diretamente ligados à segurança do trabalho, como forma de identificar o não cumprimento da legislação vigente, bem como buscar o seu atendimento. Até o final de 2012, a intenção é de implantar em 100% dos quartéis as CIPA e, até 2015 devem ser implantadas equipes multidisciplinares para o atendimento integral aos bombeiros militares. O CBMSC está com projetos de lei tramitando no governo para ampliação do quadro de funcionários, de forma a ampliar o atendimento dos bombeiros no território catarinense. O Programa conquistou a Legislação que lhe dá respaldo

Institucional por meio do Decreto n. 1246, publicado no DO 01/04/2008, que instituiu o Programa Fortalecendo as Redes Humanas para a Saúde Integral do Servidor, o qual utiliza a metodologia do *Programa Transforma®*.

2002: com recursos do Estado, foi realizada a primeira experiência piloto, para a implantação do *Programa Transforma®*.

2004: com recursos do Estado, foi realizada a aplicação do *Programa Transforma®* nas Secretarias de Estado da Saúde (Hospital Nereu Ramos, Celso Ramos e Clínica de Reabilitação), Cultura, Turismo e Esporte, Planejamento, Segurança Pública e Defesa do Cidadão (IGP) e continuação na Administração e Fazenda.

2005: foi incluído no Planejamento Estratégico da Secretaria de Estado da Administração no Objetivo Estratégico: Preservar a Saúde e Qualidade de Vida do Servidor, no Projeto: Implementar o *Programa Transforma®* no Governo do Estado de Santa Catarina, com diversas ações: Ação 1 - *Programa Transforma®* para Educadores; Ação 2 - *Programa Transforma®* para a Segurança Pública e Defesa do Cidadão; Ação 3, Capacitação dos Servidores Multiplicadores do *Programa Transforma®* .

2006: o grupo Central do Projeto Redes Humanas, em parceria com as Diretorias da Secretaria de Estado da Administração, do Plano de Saúde, de Recursos Humanos, de Perícia Médica e Saúde Ocupacional do Servidor e Consultoria de Planejamento e com o patrocínio da UNIMED aplicou, como uma ação piloto, o *Programa Transforma®* para Educadores, com 55 servidores da Escola Básica Henrique Estefano Koerich e da Secretaria de Estado da Educação (Diretoria de Desenvolvimento Humano).

2006: aconteceu em Florianópolis, a Capacitação dos Servidores Multiplicadores, com patrocínio da UNIMED, e como ministrante, Drª Susan Andrews, Coordenadora do Instituto Visão Futuro de Porangaba/SP.

2007: otimizando o desempenho da Segurança Pública, numa iniciativa pioneira da ACADEPOL, foi celebrado Convênio 087/2005 aprovado pela SENASP (Secretaria Nacional de Segurança Pública), sendo desenvolvido em Florianópolis, pelo Instituto Visão Futuro, de Porangaba/SP, 5 turmas do *Programa Transforma®* para Policiais Civis, Militares e Corpo de bombeiros. Em Dezembro, aconteceu no Instituto Visão Futuro em São Paulo a capacitação de 40 servidores Multiplicadores, também patrocinados pela SENASP.

2008 e 2009: aconteceu à capacitação continuada dos servidores multiplicadores em Florianópolis e no Instituto Visão Futuro, em Porangaba/SP, por meio de palestras descentralizadas e também as práticas dos exercícios de biopsicologia no local de trabalho.

2010: aconteceu a descentralização das ações do programa, com a execução de 6 turmas de até 60 servidores cada uma, nos municípios de Concórdia, Chapecó, Araranguá, Joinville e Florianópolis, ampliando o número de servidores Multiplicadores. Foram criadas as Coordenações Regionais do Oeste, Norte, Sul, Alto Vale do Itajaí e Grande Florianópolis.

Hoje o Programa Redes Humanas acontece em 06 (seis) Secretarias de Estado. Destaca-se a ação descentralizada da Secretaria de Segurança Pública, nos municípios de Lages, Florianópolis, Criciúma, Araranguá, Ermo, Concórdia, Blumenau, Joinville, Biguaçu, Garuva e São José. Todas essas ações são realizadas em constante parceria Institucional, compartilhamento e conexão.

Objetivos do Programa

O programa tem como objetivos gerenciar o estresse, fortalecer as redes humanas no local de trabalho, estimular o espírito de equipe e valorizar o servidor e a sua qualidade de vida, introduzindo mudanças mais eficientes e conscientes nas organizações, baseadas em valores éticos e na formação de redes humanas que atuem como comunidades integradas no ambiente de trabalho. Essas ações visam à evolução da consciência coletiva alcançando assim um maior comprometimento e entusiasmo nas atividades profissionais.

Funcionamento do Programa

Metodologia

O *Programa Transforma®* está fundamentado na biopsicologia. Trata-se de uma metodologia que propõe o autocontrole das emoções negativas e seus reflexos na saúde e na vida. Visa a harmonização psíquica, física e energética, gerando mais saúde. O Programa utiliza-se de técnicas que atuam nas glândulas endócrinas, proporcionando o equilíbrio das emoções. Por meio da teoria e da prática, o *Programa Transforma®* oferece exercícios práticos para refinar os sistemas endócrino e neurológico que geram as emoções. Visa o autocontrole e a harmonia interpessoal, resultando em um estado de bem-estar e equilíbrio físico e mental. Pesquisas médicas mostram que velhos hábitos prejudiciais podem ser substituídos por novos hábitos saudáveis nas seguintes condições: um período de no mínimo 60 dias para o processo de recondicionamento; motivação e reforço contínuo do novo hábito. O Programa compreende um conjunto de estratégias que visam a qualidade de vida dos servidores, por meio da realização de seis módulos (32 horas), tendo como premissa a ampliação do potencial das pessoas por meio do desenvolvimento da sua capacidade de aprendizagem, flexibilidade comportamental, elevado grau de empatia nos relacionamentos e abertura para mudanças, com oportunidades e incentivos de criar e inovar.

Módulo 1 – O estresse a seu favor.

Módulo 2 – Personalidade resistente ao estresse.

Módulo 3 – A Bioquímica da felicidade.

Módulo 4 – Abrindo o coração para a saúde e o sucesso.

Módulo 5 – Coerência cardíaca e a arte de ouvir.

Módulo 6 – A resolução de conflitos.

Objetivos específicos dos módulos 1 (O estresse a seu favor), 2 (Personalidade resistente ao estresse) e 3 (A bioquímica da felicidade):

- Compreensão dos mecanismos fisiológicos e psicológicos do estresse;
- Controle emocional e gerenciamento do estresse;
- Transformação das emoções negativas em atitudes positivas e "pró-ativas" para melhorar a vida pessoal e profissional;
- Aumento da força interior;
- Habilidade de enfrentar os desafios da vida com energia e tenacidade;
- Como utilizar o estresse a seu favor para melhorar sua competência.
- A atual epidemia de estresse e suas causas;

- O estresse cibernético: síndrome da fadiga de informação;
- Como o estresse afeta o desempenho;
- A nova ciência da biopsicologia;
- Fisiologia da resposta do estresse: mobilização do sistema endócrino;
- Efeitos no cérebro: perda de memória;
- A "Personalidade tipo A";
- As características da personalidade resistente ao estresse;
- O "Eutresse", estresse positivo;
- Técnicas práticas para estimular a resposta ao relaxamento.

Objetivos Específicos dos módulos 4 (Abrindo o coração para a saúde e o sucesso), 5 (Coerência cardíaca e a arte de ouvir) e 6 (A resolução de conflitos):

- Aprender ferramentas práticas para a harmonia interpessoal e o autocontrole emocional;
- Desenvolver a habilidade da "escuta empática" e da comunicação profunda; Fortalecer os sistemas imunológico e circulatório, promovendo a saúde integral;
- Cultivar a compreensão mútua entre os membros de um grupo de trabalho;
- Harmonizar as diferenças e construir o sentido de união e comunidade;
- Desenvolver o espírito de cooperação e sinergia em equipe, construindo "redes humanas";
- Aumentar a autoestima, a empatia e a compaixão.
- A importância da comunicação e da cooperação no sucesso profissional e pessoal: "inteligência emocional";
- Como estimular um ambiente de confiança e lealdade no trabalho;
- Pesquisas científicas sobre o efeito da empatia e dos laços afetivos na saúde: a relação entre a afetividade e os sistemas imunológico e cardíaco;
- Utilização de técnicas de "coerência cardíaca" para otimizar sua saúde e clareza mental;
- Dinâmicas de cooperação para potencializar o trabalho em equipe;
- Exercícios de ouvir e comunicar sem julgamento e crítica;
- A importância da "coerência cardíaca";
- O valor da apreciação: reconhecendo o valor dos outros;
- Transformando sua personalidade de agressiva ou passiva para "assertiva";

O *Programa Transforma*® proporciona a continuidade das ações por meio dos exercícios de biopsicologia utilizando-se de servidores multiplicadores, com supervisão do Instituto Visão Futuro de Porangaba/SP, os quais recebem capacitação continuada. Estes servidores multiplicadores capacitados atuam no seu local de trabalho e horário de expediente, orientando as práticas dos exercícios de biopsicologia. Depois que os servidores participam dos módulos do *Programa Transforma*®, são identificados profissionais que se destacaram naturalmente e desejam

atuar como agentes multiplicadores para a consolidação do aprendizado. Este aprendizado é repassado pelo servidor multiplicador, que durante 01 hora, 2 vezes por semana, no local e horário de expediente, orientam os servidores nos exercícios de biopsicologia, objetivando atuar preventivamente, diminuindo o número de afastamentos para tratamento de saúde e ampliando a formação de redes humanas.

Exemplos da aplicação prática do Programa na PC, PM e CBM

Prática de técnicas de resolução de conflitos.

- **SSP – Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão**
- **SSP - FLORIANÓPOLIS - 6ª Delegacia de Polícia da Capital**

Local: Sala de Reuniões

Horário: das 17:00 às 18:00 horas

Dias: 2º e 6º

Multiplicador: Abdúlia Medeiros da Silva 3228-5304

E-mail: abduliam@yahoo.com.br, 6dpcapital@pc.sc.gov.br

- **SSP-PM - FLORIANÓPOLIS - Hospital da Polícia Militar**

Local: sala especial de ginástica

Horário: Turma 1 - 11:00 às 12:00

Turma 2 - 17:00 às 18:00

Dia: 5ª feira

Multiplicadores: Adilto Bento de Campos , Elisabeth M.X.F.

Cantelli , Lias Welter, Maria Lucia Dilai 3229 6508

E-mail: jrhpmcspes@pm.sc.gov.br e hpmss@pm.sc.gov.br

- **CB - FLORIANÓPOLIS**

Local: Churrasqueira do Quartel

Horário: 13:15

Dias: 2ª feira e 4ª feira

Multiplicador: TC Mauro (José Mauro da Costa) 3251 9600/8843 4507

E-mail: mauro@cbm.sc.gov.br

Fonte:http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=1148&Itemid=161

6C - Grupo de Gerenciamento de Estresse Pós-Traumático - CBMSC

Histórico do Programa

No ano de 1996, foi criado o Grupo de Gerenciamento de Estresse Pós-Traumático no Corpo de Bombeiros de Santa Catarina, à época subordinado à Polícia Militar do Estado de Santa Catarina. Foram montadas equipes para identificação de sinais de estresse em bombeiros militares que se posteriormente confirmados, eram encaminhados para especialistas para tratamento. Na montagem das equipes, foram repassadas uma série de ferramentas para identificação e tratamento preventivo do estresse.

Obs.: não foi fornecida informação pela Instituição sobre o funcionamento deste Grupo nem foi possível obter mais dados a respeito por meio virtual.

PROGRAMA DE AJUDA HUMANITÁRIA PSICOLÓGICA - PAHP

Histórico do Programa

O trabalho do Programa de Ajuda Humanitária Psicológica (PAHP) nasceu da crença na busca do desenvolvimento de forças internas dos desabrigados e danificados de catástrofes naturais para a construção de entornos de redes sociais e emocionais mais resilientes. Foi desenvolvido pela psicóloga Ana Maria Fonseca Zampieri (PUC-GO), a qual esteve com este programa em Santa Catarina, nas cidades de Blumenau, Ilhota e Gaspar; no Maranhão, nas cidades de São Luiz, Rosário, Trizidela do Vale e Pedreiras; em São Paulo, em Santana do Parnaíba e em Niterói. Foram atendidas 6 (seis) mil pessoas de dezembro de 2008 a setembro de 2010 e capacitados 180 psicólogos das regiões afetadas por catástrofes, das cidades supracitadas. De acordo com o Programa, logo após uma traumatização ou sensibilização, onde a pessoa aprende a associar o evento traumático com o sentimento subjetivo de estresse, se houver a oportunidade de ocorrer o distresse, eliminar-se-á o estresse e, assim, psicopatologias futuras. O interesse do PAHP é intervir pelo menos até quatro meses após uma catástrofe.

Objetivos do Programa

O Programa de Ajuda Humanitária Psicológica tem como objetivo trabalhar preventivamente com relação ao TEPT e colaborar efetivamente com forças de resiliência para o fortalecimento intrapsíquico e interpsíquico de pessoas danificadas por catástrofes naturais brasileiras. O PAHP visa eliminar ou minimizar respostas e/ou energias de ansiedade para permitir às pessoas danificadas que se aproximem de uma recuperação. Os métodos utilizados no Programa de Ajuda Humanitária Psicológica também incluem a busca da ressignificação do entorno interno das pessoas afetadas, favorecendo situações onde possam se sentir mais seguras e relaxadas emocionalmente para enfrentar as decorrências e lembranças dos temores das catástrofes. São oferecidos recursos de aprendizagem de controle da não manutenção das aprendizagens de reações de estresses para que as pessoas danificadas por catástrofes, através de dinâmicas sistêmicas interpessoais e intrapsíquicas, possam ser ajudadas, além da superação, para o fortalecimento de suas vinculações para a vida, para a recuperação e o resgate da saúde, da autoestima e do sentimento de dignidade do ser humano. O Programa conta com a ajuda da Associação Brasileira de Jornalistas de Empresas, ABERJE, que criou o chamado Comunicadores Sem Fronteiras, cuja meta é, através dos recursos da mídia local, passar informações às pessoas sobre o funcionamento do PAHP no local.

Funcionamento do Programa

De acordo com o Programa, numa catástrofe natural pode-se trabalhar em três momentos especiais, a saber:

1 - Primeiro Momento: a fase do pré-impacto, quando se pode avisar a população, com alguma antecedência;

2- Segundo Momento: a fase do impacto propriamente dito e

3-Terceiro Momento: a fase do pós-impacto, quando se fazem as avaliações de danos materiais e humanos.

A proposta do PAHP é trabalhar com a ideia de resiliência, o que significa que de alguma forma os indivíduos poderiam escapar de um destino inevitável se eles foram os fatores que aumentaram a sua capacidade de suportar o impacto psicológico normal de um evento. Pode haver algum tipo de característica ou comportamento que protege as pessoas que desenvolvem sintomas no curto ou longo prazo e isso que pode ser aprendido, daí a importância de se estudar a capacidade de resistência ao impacto. Nas equipes do Programa de Ajuda Humanitária Psicológica sempre há um psicoterapeuta de plantão, que não vai a campo, mas atente os profissionais todas as noites, no retorno dos trabalhos com o propósito de evitar e/ou minimizar as chamadas síndromes da compaixão, com relações altamente transferenciais, de perda de referência de limites e alcances de ajuda entre os integrantes do Programa e os danificados. Tem também o propósito de evitar as chamadas traumatizações secundárias. Vê-se que o PAHP se preocupa não somente com a vítima do evento traumático como também dá muita importância ao suporte ao "cuidador", ou seja, às equipes envolvidas na recuperação dessas famílias. O Programa faz um trabalho psicológico visando a preservação da saúde mental, não apenas das pessoas danificadas diretamente e que perderam seus lares, pois não são apenas essas pessoas que precisam ser trabalhadas, mas, também, seus familiares e todos os envolvidos no evento, como socorristas, médicos, enfermeiros, bombeiros, policiais, militares e voluntários, entre outros. É fundamental que a equipe de psicólogos e voluntários do Programa de Ajuda Humanitária Psicológica saiba que o trabalho de ajuda não é com doentes que os procuraram, mas com pessoas que em princípio seriam saudáveis e estão enfrentando situações altamente traumatizantes de maneira muito abrupta e que, além disso, há patologias emergentes que são silenciosas.

A equipe do PAHP conta com atendimentos psicoterapêuticos e de supervisão diários que os ajudam a não adoecerem diante de tanta dor. O Programa está dirigido ao trabalho psicológico com comportamentos individuais e coletivos. Nos trabalhos individuais, são trabalhados estados de ansiedade, estados fóbicos, depressivos e psicóticos, se for o caso. Nos trabalhos coletivos, são trabalhados pânicos coletivos, êxodos, violências, defesa com agressividade, agitações desordenadas ou até a possibilidade de suicídios coletivos. A proposta metodológica de diagnóstico do Programa observa por quais fases as pessoas estão passando, no período pós-catástrofe, verificando se estão na fase de choque, de reações emocionais impulsivas e violentas, ou de resolução, quando o medo se acalma e se recuperam autocríticas e possibilidades de reorganização social. O Programa conta também com o apoio local para efetivar encaminhamentos possíveis às pessoas em risco com possibilidades do ambiente social e recursos médicos, psicológicos e psiquiátricos existentes.

Metodologia

Os métodos utilizados neste Programa de Ajuda Humanitária Psicológica - PAHP são:

1 - Sociodramas construtivistas de catástrofe, feitos com grupos no início do Programa;

2 - Sociodramas construtivistas de reconstrução, feitos com grupos no final do Programa;

3 - Atendimentos em protocolos grupais interativos com EMDR (*eye moviment desensitization and resprocessing*), com grupos específicos de crianças, adolescentes, adultos, idosos, casais e famílias;

4 - Atendimentos em protocolos grupais interativos com *debriefing* (Mitchel, 1974);

5 - Atendimentos em protocolos grupais interativos com *debriefing* e com EMDR para os atendimentos individuais e mais graves.

O tempo do Programa de Ajuda Humanitária Psicológica varia de 7 a 10 dias em primeira intervenção e de 2 a 3 dias na fase de seguimento e supervisão. Pode ter de uma a seis etapas, dependendo das necessidades locais. Um dos trabalhos do Programa de Ajuda Humanitária Psicológica é a capacitação simultânea dos psicólogos locais para viabilizar os atendimentos *a posteriori*. Estas estratégias grupais em catástrofes para prevenção de estresse pós-traumático foram chamadas pela mídia de Blumenau, em 2009, de "Abrigos para Almas" e inclui o treinamento de 60 horas, para psicólogos, médicos e assistentes sociais da rede pública e do grupo de voluntariado rotariano para a manutenção dos atendimentos à população.

Fonte: http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/V%20MOSTRA%20DE%20PRODUO%20CIENTIFICA/HUMANAS/8-.pdf

ANEXO D - Descrição dos Programas Nacionais Não Específicos para Prevenção de TEPT (2011)

Segue abaixo uma compilação dos programas nacionais de algumas instituições de Segurança Pública que não são específicos para prevenção de TEPT, mas talvez possam ajudar de alguma maneira na prevenção de estresse de forma geral, inclusive TEPT de forma indireta. Essas informações não foram fornecidas diretamente pelas instituições, tendo sido obtidas por meio de pesquisa documental virtual.

- PMGO: possui um estudo em curso para identificar a prevalência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em parte do coletivo de policiais; possui Programa de Atenção Integral à saúde do Policial Militar – PAISPM.

- PMDF: Trabalho de Saúde Ocupacional e o Programa de Resgate à Autoestima e Valorização da Vida – PRAEV-Vida (assistência a pessoas acometidas de estresse profissional).

- PMMA: Programas de Acompanhamento e Apoio ao Policial, Assistência à Família do Policial Vitimado, Grupo de Auto-Ajuda Superação.

- PMRJ: Núcleo de Atendimento ao Policial Militar Ferido (proporcionar assistência material, social e psicológica ao policial militar ferido).

- PMSP: Programa de Valorização Humana – PVH (prevenir a ocorrência de efeitos desfavoráveis decorrentes de desajustes de ordem psíquica detectados em avaliações psicológicas, nível de estresse, instabilidade emocional, entre outros fatores).

- BRIGADA MILITAR RS: Valorização da Vida, Assistência à Família do Policial Vitimado, Prevenção a Manifestações Suicidas, Acompanhamento e Apoio ao Policial.

- PMSC: Programa de Saúde Mental (prevenção de doenças mentais e do bem estar emocional).

- PMPR: Projeto Anti-Estresse (contribuir no combate ao estresse); Programas PRESMEN – Programa de Saúde Mental (favorecer a qualidade de vida e saúde mental).
- PMAM: Atendimento Biopsicossocial (assistência social e psicológica aos servidores e dependentes).

- PCPA: Projeto Saúde e Qualidade de Vida (traçar o perfil de saúde física e emocional do policial).

- PCPB: não existem programas, mas ações voltadas para a Qualidade de Vida e Saúde Mental.

- PCPE: Programa Pacto pela Vida, Programa de Acompanhamento ao Policial Vitimado com apoio integral.

- PCPR: Programa de Prevenção de Manifestações Suicidas (estimular a qualidade de vida e a prevenção de ações suicidas); Programas de Acompanhamento e Apoio ao Policial; Assistência à Família do Policial Vitimado; Valorização da Vida (contribuir para o bem-estar e a qualidade de vida dos servidores).

- PCRS: Programa Laborterapia (manter a qualidade de vida e contribuir para a realização profissional, visa atendimentos médicos e de terapias a pacientes que desenvolvem algum problema por motivos do ambiente de trabalho ou da atividade exercida).

O profissional do Estado do Rio Grande do Norte que respondeu à solicitação da SENASP sobre a existência ou não de programas e ações de prevenção de TEPT no Estado considerou que não há programas de prevenção direta para o TEPT, mas citou o CIASP como um programa existente no Estado que pode prevenir indiretamente o transtorno, informando que "após a implantação do Núcleo de Estudos, Prevenção e Gerenciamento do Estresse (em novembro de 2011), será realizado um programa de prevenção nesta área". As informações obtidas a respeito do CIASP foram retiradas do documento que regulamenta o Programa. Seguem abaixo algumas informações sobre o Programa obtidas a partir do Decreto n. 15.918, de 27 de fevereiro de 2002, que criou o Centro Integrado de Apoio Social ao Policial – CIASP.

PROGRAMA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

PMRN, PCRN, CBMRN, Instituto Técnico e Científico

Centro Integrado de Apoio Social Ao Policial – CIASP

Objetivos do Programa:

1. Proporcionar um atendimento multidisciplinar aos integrantes das Polícias Militar e Civil, Corpo de Bombeiros e do Instituto Técnico e Científico de Polícia, assim como aos seus familiares, destinado a assegurar-lhes o necessário equilíbrio psicológico e emocional para o bom desempenho de suas atividades funcionais;
2. Contribuir para a consolidação da estrutura familiar dos policiais militares, civis e servidores do ITEP;
3. Detectar possíveis distúrbios comportamentais em policiais militares e os civis que possam comprometer o seu desempenho funcional, dando o necessário encaminhamento profissional à solução dos casos identificados;
4. Elaborar, sugerir e executar programas e projetos assistenciais específicos de apoio aos policiais militares e civis, com a devida adequação aos problemas sociais e pessoais identificados;
5. Firmar convênios e parcerias com outros órgãos da administração pública, instituições privadas sem fins lucrativos ou entidades de reconhecida utilidade pública, dentro de seus propósitos e atribuições, com prévia anuência da Secretaria de Defesa Social;
6. Coletar dados e realizar pesquisas relativas aos problemas sociais e pessoais que afetam o desempenho do efetivo policial militar e civil do Estado;
7. Fortalecer as relações entre as instituições policiais e a sociedade civil através de programas sociais e outras atividades como campanhas, seminários, cursos ou quaisquer ações voltadas para a motivação e autoestima do policial no ambiente de trabalho.

Estrutura Humana do Programa

1. Coordenador Geral;
2. Subcoordenador de Apoio Estratégico;

3. Subcoordenador de Planejamento Técnico;
4. Seção de Apoio Sócio-Pedagógico;
5. Seção de Apoio Jurídico Conciliatório;
6. Seção de Apoio Psicológico e Psiquiátrico;
7. Seção de Cadastro e Triagem;
8. Seção de Controle Estatístico e Administrativo.

Funcionamento do Programa

A Seção de Apoio Psicológico realiza as seguintes atividades relacionadas ao Programa:

1. Diagnóstico dos conflitos de natureza profissional, promovendo o tratamento ou o encaminhamento do assistido para entidades capacitadas ao atendimento em questão, bem como propor medidas que assegurem a redução desses problemas;
2. Planejamento e supervisão da avaliação psicológica periódica do efetivo das Polícias Militar e Civil e do Instituto Técnico e Científico de Polícia do Estado;
3. Acompanhamento, juntamente com a Seção de Apoio Sócio-Pedagógico, do desenvolvimento de oficinas de trabalhos e outras atividades, com finalidade terapêutico-ocupacional;
4. Participação, quando convocado, na avaliação psicológica de candidatos a ingressos nas Polícias Militar e Civil e no Instituto Técnico e Científico de Polícia do Estado;
5. Elaboração periódica de projetos e trabalhos específicos dentro de sua área de atuação;

A Seção de Cadastro e Triagem presta atendimento inicial aos assistidos realizando a triagem dos casos e encaminhamento às Seções de Apoio competentes com a supervisão de um assistente social ou sociólogo, fazendo o controle dos atendimentos mantendo atualizado o cadastro dos agentes de apoio social e o cadastro dos assistidos e familiares atendidos pelo Centro. A Seção de Controle Estatístico e Administrativo, dentre outras atividades, coleta dados e faz levantamentos relativos aos atendimentos e projetos executados no Centro; confecciona e mantém informações estatísticas obtidas junto a outros órgãos de entidades congêneres para aferir resultados; providencia junto aos setores competentes das Polícias Militar, Civil e Instituto Técnico e Científico de Polícia do Estado, materiais necessários à realização de palestras, seminários e outros eventos científicos culturais promovidos.

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL