

## Atendimento psicológico às vítimas de catástrofes: estamos fazendo bem?

Psychological care for disaster victims: are we doing well?

Atención psicológica a las víctimas de los desastres: ¿estamos haciendo bien?

*Evandro Silva Freire Coutinho*<sup>1</sup>  
*Ivan Figueira*<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

### Correspondência

E. S. F. Coutinho  
Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil.  
esfcoutinho@ensp.fiocruz.br

Experiências potencialmente traumáticas que colocam em risco a vida ou a integridade física de indivíduos e de seus entes queridos são comuns, ainda que variem ao longo do tempo e entre as populações. Um estudo nas cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo<sup>1</sup> observou que mais de 80% dos moradores acima de 14 anos já foram expostos a essas situações pelo menos uma vez na vida.

Grandes desastres ou catástrofes coletivas, sejam elas naturais ou produzidas pelo homem, costumam receber maior atenção dos meios de comunicação. Terremotos, enchentes, incêndios, acidentes aéreos, atentados terroristas são apresentados em tons variados aos leitores e telespectadores de todo o mundo. No momento em que esse texto estava sendo escrito, três pessoas morreram e pelo menos 180 ficaram feridas em um atentado ocorrido durante a Maratona de Boston (Estados Unidos).

No Brasil, um exemplo recente foi o incêndio de uma boate em Santa Maria (Rio Grande do Sul), em janeiro de 2013, que matou 242 pessoas. No Rio de Janeiro, há cerca de dois anos, a mídia deu grande destaque às enchentes da Região Serrana, com mais de 900 mortes, e ao massacre em uma escola municipal, em que um atirador matou 12 crianças antes de cometer suicídio.

Estudos prospectivos mostram que um número significativo dos sobreviventes de desastres

desenvolve reações psicológicas intensas imediatamente após essas experiências<sup>2</sup>. Embora a maior parte das vítimas desses eventos não apresente danos psicológicos importantes em longo prazo, alguns indivíduos poderão desenvolver sintomas incapacitantes que fazem parte de uma condição conhecida como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Nos casos mais graves, o TEPT pode vir acompanhado de depressão, ansiedade, abuso de álcool e de outras substâncias psicoativas, com grande prejuízo para a vida social, profissional e acadêmica<sup>3</sup>.

A dimensão desses eventos e a cobertura exaustiva dos meios de comunicação, sobretudo nos momentos iniciais, costumam produzir uma grande comoção, muitas vezes acompanhada de ações por iniciativa dos governos e da sociedade civil. Até algum tempo essas ações eram praticamente restritas a prover as vítimas das catástrofes de recursos materiais, inclusive estimulando campanhas de doação. Nos últimos anos, entretanto, um novo elemento vem sendo incorporado ao conjunto de recursos oferecidos às vítimas de catástrofes: o atendimento psicológico imediato.

Ainda que seja compreensível o aspecto humanitário que impulsiona essa nova perspectiva, é preocupante a falta de conhecimento sobre as consequências de tais intervenções, especialmente em nosso meio. Não se trata de apenas

conhecer sua efetividade, mas também os riscos ou danos que podem delas advir.

Uma das contribuições do movimento de medicina baseada em evidências foi mostrar a necessidade de integrar experiência com a melhor evidência externa disponível, valendo-se da pesquisa sistemática para identificar intervenções efetivas e seguras. São inúmeras as condutas que se mostraram injustificadas após a investigação sistemática de seus efeitos. Bom senso e intuição, sem apoio de evidências empíricas, levaram a intervenções com resultados trágicos. O conselho disseminado entre as décadas de 1950-1980 de colocar os bebês para dormir de bruços produziu milhares de mortes pelo chamado “mal do berço”<sup>4</sup>. E ainda, quem poderia prever que o uso indiscriminado de oxigenação suplementar em prematuros causaria uma epidemia de cegueira, tendo entre uma de suas vítimas o cantor Stevie Wonder<sup>5</sup>?

Intervenções populacionais voltadas à prevenção também podem apresentar efeitos danosos. Na década de 1940, o *Cambridge-Somerville Youth Study* desenvolveu uma intervenção psicopedagógica com o intuito de reduzir a delinquência. McCord<sup>6</sup> avaliou seus participantes 30 anos após a implementação do programa. Essa autora verificou que o grupo que recebeu a intervenção apresentava maior frequência de condenações por crimes de rua, de alcoolismo e de transtornos mentais, além de morrerem, em média, cinco anos mais jovens do que os indivíduos do grupo controle. É interessante notar que tais consequências indesejadas talvez permanecessem desconhecidas, pois 2/3 dos entrevistados afirmaram que o programa havia permitido que eles se tornassem pessoas melhores. A identificação dos danos produzidos pela intervenção só foi possível porque o programa previu uma avaliação de seus efeitos por um desenho randomizado.

Esforços voltados a identificar formas mais eficazes e seguras de atenção às vítimas de desastres se intensificaram após os ataques de 11 de Setembro. Uma oficina de especialistas de diferentes países foi realizada, ficando evidente a enorme carência de conhecimento na área<sup>7</sup>.

Intervenções psicológicas imediatas, ou nas primeiras 72 horas que se seguem à experiência traumática, costumam ser propostas como um procedimento adequado. Porém, ainda que seu uso seja crescente, até o momento não há evidências de seus efeitos na redução do risco de TEPT<sup>8</sup>. Talvez a intervenção imediata mais referida seja aquela denominada *debriefing* psicológico. Essa abordagem, oferecida individual ou coletivamente, estimula os participantes a expressarem seus pensamentos, suas emoções e reações relacionadas com a experiência traumá-

tica. Essa forma generalizada de ajuda psicológica precoce, proposta de modo mais estruturado a partir dos anos 1980, não deve ser confundida com o tratamento precoce dos casos de transtornos mentais identificados após o trauma. O *debriefing* psicológico usualmente compreende uma intervenção de crise oferecida às vítimas do trauma horas ou dias após o evento, em uma única sessão, com intuito de aliviar os sintomas agudos de estresse e prevenir o surgimento de sintomas pós-traumáticos.

Ao contrário do que a intuição pode sugerir, estudos randomizados têm constatado que intervenções baseadas no *debriefing* não se mostraram efetivas. Pior ainda, elas parecem aumentar o risco de TEPT, possivelmente em razão da exacerbação e cristalização dos sintomas que, teoricamente, procurariam prevenir<sup>9,10</sup>.

Intervenções educativas, como a descrita por Turpin et al.<sup>11</sup>, assim como farmacológicas<sup>12</sup>, também não têm mostrado evidências quanto à sua eficácia.

Diante desses achados, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do Reino Unido e o National Institute of Mental Health (NIMH) dos Estados Unidos têm sugerido que os esforços sejam direcionados para a identificação de casos de transtornos mentais e oferta de tratamento, particularmente terapia cognitivo-comportamental. Essa proposta gera uma importante demanda por estudos que identifiquem instrumentos válidos de rastreamento de casos em diferentes faixas etárias e culturas, além de ferramentas de avaliação de programas de saúde mental em situações de desastres/catástrofes<sup>2</sup>. Outra área identificada como carente de conhecimento é a de fatores que aumentem a resiliência comunitária após experiências traumáticas<sup>13</sup>.

A implementação de ações ou programas de intervenção sem efetividade após desastres/catástrofes pode representar um grande desperdício de recursos humanos e materiais. Isso é ainda mais preocupante quando a utilização de alguns desses recursos pode produzir danos psicológicos. Isso é ainda mais grave no caso de catástrofes que atingem um grande número de indivíduos simultaneamente, pois as intervenções se dão de modo agudo e concentrado.

Muitos cientistas têm previsto um aumento na ocorrência de desastres climáticos em virtude do processo de aquecimento global. Diante do limitado conhecimento sobre os benefícios e segurança dessas ações, em especial daquelas mais imediatas, é preciso que se conduzam estudos para avaliar as consequências de intervenções dirigidas às pessoas envolvidas (vítimas e familiares) em eventos coletivos como enchentes,

incêndios de grandes proporções, acidentes aéreos. Tais estudos devem buscar a identificação de fatores de risco e de resiliência, bem como a avaliação sistemática e estruturada da efetividade de intervenções em curto, médio e longo prazos. Certamente, a realização de investigações em momentos de grande impacto emocional é difícil, tanto do ponto de vista ético quanto de aceitação pela população. Outro desafio é a obtenção de recursos para essas pesquisas, já que o processo de financiamento das agências de fomento não contempla demandas imediatas por recursos. No entanto, a despeito dessas dificuldades, se não forem realizados esforços para lidar com as lacunas e inconsistências nesse campo, continuaremos sem saber se estamos atendendo adequadamente às necessidades psicológicas das vítimas de catástrofes.

## Colaboradores

Ambos os autores conceberam, escreveram e aprovaram o manuscrito.

A versão em inglês deste texto está disponível *online* no Portal SciELO (<http://www.scielo.br/csp>).

The English version of this text is available online in the SciELO (<http://www.scielo.br/csp>).

La versión en Inglés de este texto está disponible en línea en el SciELO (<http://www.scielo.br/csp>).

- Ribeiro WS, Mari JJ, Quintana MI, Dewey ME, Evans-Lacko S, Vilete LM, et al. The impact of epidemic violence on the prevalence of psychiatric disorders in São Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS One* 2013; 8:e63545.
- Watson PJ, Brymer MJ, Bonanno GA. Postdisaster psychological intervention since 9/11. *Am Psychol* 2011; 66:482-94.
- Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1467-73.
- Evans I, Thornton H, Chalmers I, Glasziou P. Testing treatments. *Better research for better healthcare*. 2<sup>nd</sup> Ed. London: Pinter & Martin; 2011.
- Saugstad OD. Oxygen and retinopathy of prematurity. *J Perinatol* 2006; 26:S46-50.
- McCord J. Cures that harm: unanticipated outcomes of crime prevention programs. *Ann Am Acad Pol Soc Sci* 2002; 587:18-30.
- National Institute of Health. Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence: a workshop to reach consensus on best practices. Washington DC: US Government Printing Office; 2002. (NIMH Publication, 02-5138).
- Agorastos A, Marmr CR, Otte C. Immediate and early behavioral interventions for the prevention of acute and posttraumatic stress disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2011; 24:526-32.
- van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002; 360:766-71.
- Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson J. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (3):CD006869.
- Turpin G, Downs M, Mason S. Effectiveness of providing self-help information following acute traumatic injury: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2005; 187:76-82.
- Rothbaum BO, Kearns MC, Price M, Malcoun E, Davis M, Ressler KJ, et al. Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: a randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biol Psychiatry* 2012; 72:957-63.
- Norris FH, Stevens SP, Pfefferbaum B, Wyche KF, Pfefferbaum RL. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *Am J Community Psychol* 2008; 41:127-50.

Recebido em 21/Mai/2013  
Aprovado em 23/Mai/2013