

TRAUMA PSÍQUICO

ORIENTAÇÕES GERAIS AOS MÉDICOS

NÚCLEO DE ESTUDOS E TRATAMENTO DO TRAUMA (NET-TRAUMA)

SERVIÇO DE PSIQUIATRIA HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

Neste momento, após a tragédia do incêndio na boate em Santa Maria, todos estão sensibilizados, tristes e pensativos. É esperado um período de reflexão e desconforto. No entanto, algumas pessoas podem estar com reações agudas ao estresse que levam ao Transtorno de Estresse Agudo (TEA), a sintomas de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) ou de outros quadros psiquiátricos. É uma situação traumática que atinge todos aqueles envolvidos no acidente, direta ou indiretamente, inclusive os profissionais que prestaram ou seguem realizando atendimento as vítimas e as equipes de suporte nas diferentes áreas. O TEA pode ser tratado e resolvido. Caso não seja tratado, pode evoluir para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, após 1 mês do evento traumático. O TEPT tem os sintomas muito semelhantes com o do TEA, mas já não apresenta as sensações de parecer estar vivendo um sonho ou ter percepções de que o ambiente e o próprio indivíduo não são reais. É um transtorno com uma evolução que pode se tornar crônica. As chances de remissão do TEPT reduzem ao longo do tempo, diminuindo após um ano de duração.

SINTOMAS

Os sintomas de TEPT, que também estão presentes no TEA, são:

- 1) O evento traumático é persistentemente **revivido** no mínimo de uma das seguintes maneiras: imagens, pensamentos, sonhos, ilusões e episódios de flashbacks recorrentes, uma sensação de reviver a experiência, ou sofrimento quando da exposição a lembranças do evento traumático.
- 2) Acentuada **esquiva** de estímulos que provocam recordações do trauma (p. ex., pensamentos, sentimentos, conversas, atividades, locais e pessoas).
- 3) Sintomas acentuados de **ansiedade** ou maior **excitabilidade** (p. ex., dificuldade para dormir, irritabilidade, fraca concentração, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, inquietação motora).

No Transtorno de Estresse Agudo, o indivíduo também apresenta sintomas dissociativos, como sensação de distanciamento, sensação subjetiva de não estar sentindo as coisas direito ou não ter uma resposta emocional adequada, sensação de parecer estar vivendo um sonho, sentir como se o ambiente e as pessoas não são como ele está percebendo ou que o próprio indivíduo não se sente ele mesmo, ou ainda ter perda da memória de momentos importantes que foram vividos nessa tragédia.

QUANDO BUSCAR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL?

Se esses sintomas apresentam risco ou se continuarem mesmo após 2 semanas a um mês do término do estressor/trauma. Importante salientar que, no caso dos pacientes internados, seus familiares e das equipes que ainda estão diretamente envolvidas em seu atendimento, o estressor ainda não acabou, desta forma causando sofrimento significativo que pode impedir o retorno ao funcionamento habitual como em casa, no trabalho, com os amigos ou em outras áreas importantes da vida da pessoa. Desta forma, torna-se necessário buscar ajuda de um profissional da saúde mental.

FATORES DE RISCO

Mulheres, menos de 25 anos, instrução abaixo do nível superior, trauma na infância, perdas prévias importantes, privação econômica e de proteção, transtorno psiquiátrico prévio, história familiar de transtorno psiquiátrico, magnitude da exposição ao trauma, trauma causado por violência interpessoal, pouco apoio social, dissociação peritraumática (parece estar “fora do ar”, desligado(a)).

QUAL A MELHOR POSTURA FRENTE A UM PACIENTE TRAUMATIZADO?

* **Adaptado de** Hauck S. e Azevedo RCS. Trauma. In: Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral – interconsulta e emergência, 3ª edição. Porto Alegre: ARTMED 2012. P430-43.

Após nos certificarmos que as necessidades básicas e de cuidado médico primário do paciente foram atendidas, devemos buscar um ambiente confortável, seguro e privativo para a realização da entrevista psiquiátrica sempre que possível.

Qual a melhor postura frente a um paciente traumatizado?

Em primeiro lugar, é importante ressaltar a importância de uma postura tranqüila e empática. O contato com a vulnerabilidade humana pode ser bastante desafiador para psiquiatras iniciantes e é muito importante não se sentir pressionado a fornecer uma “solução” rápida para a dor do paciente. Isso não é possível nessas situações e, ao contrário do que se poderia pensar, pode aumentar a percepção de “perigo e falta de controle” sobre o evento. Isso ocorre porque oferecer prontamente um sedativo, uma solução operacional para o “problema” ou um consolo como: “poderia ser pior” ou “sua situação é melhor que...” afasta o médico do contato com a realidade emocional vivida pelo paciente, que sente – com todo o direito – que aquela situação é terrível e desesperadora (QUADRO 2).

Quadro 2. O que fazer frente a uma vítima de trauma: mitos e verdades.

<p>MITO: Prescrever benzodiazepínicos no momento do trauma alivia o sofrimento e é a melhor opção.</p>	<p>A prescrição de benzodiazepínicos é na maioria das vezes inadequada. Além de piorar o prognóstico se prescrito na fase aguda, pode passar a idéia de que a situação também é terrível demais para o psiquiatra que “precisa” ver o sofrimento do paciente imediatamente aplacado.</p>
<p>MITO: Mostrar para o paciente que “existem situações bem piores que a sua” ou que “poderia ser bem pior” é uma boa alternativa para que ele se sinta aliviado.</p>	<p>O paciente, confrontado com vivências extremamente dolorosas e complexas, fica confuso com tais afirmações. Nesse caso, também pode perceber a intervenção do psiquiatra como uma incapacidade de tolerar o sofrimento que de fato é adequado à situação.</p>
<p>MITO: Admitir a gravidade do acontecimento e de sentimentos de tristeza, raiva, desamparo e impotência que decorrem dele aumenta a desesperança e pode piorar os sintomas.</p>	<p>O primeiro passo para estabelecer um vínculo adequado e auxiliar o paciente é reconhecer a gravidade e o impacto do trauma. A partir disso, é possível ajudar o paciente na difícil tarefa de elaborar a situação traumática e encontrar alternativas para retomar seu funcionamento habitual.</p>
<p>MITO: Falar sobre o evento traumático pode piorar o prognóstico. O melhor é evitar o assunto.</p>	<p>Embora alguns estudos com <i>debriefing</i> tenham resultado em pior prognóstico, perguntar sobre o que aconteceu e afirmar diretamente a intenção de dividir com o paciente o que ele está vivenciando é fundamental.</p>
<p>MITO: Deve-se omitir informações que possam aumentar a ansiedade do paciente.</p>	<p>Sempre que possível devemos responder às perguntas do paciente de forma clara, honesta e objetiva. “Conter” a reação emocional a essas informações pode ser bastante terapêutico, favorecendo o processo de elaboração do trauma.</p>
<p>MITO: Deve-se evitar falar sobre culpa nessas situações.</p>	<p>Ao ser confrontado com uma realidade traumática, o ser humano imediatamente tenta “achar um culpado”. Se não abordamos a questão da culpa, paciente e/ou familiares vão quase que inevitavelmente atribuir a si ou um ao outro a responsabilidade pelo evento.</p>

Além disso, é importante passar o maior tempo possível com a família e amigos, não se isolar, e, na medida do possível, procurar dar andamento à vida do modo mais normal possível.

PSICOEDUCAÇÃO NO TRAUMA AGUDO

Equipes de atendimento: dar informações precisas, através de uma comunicação aberta, empática, honesta e direta, sem aumentar a ansiedade.

Explicar sentimentos e sintomas comuns após o trauma	Buscar auxílio psicológico se os sintomas não estiverem diminuindo ou o paciente não conseguir retomar suas atividades <u>após duas semanas</u> .
Orientar quanto aos mecanismos cognitivos da patologia pós-traumática	Paciente e familiar não devem compactuar com as evitações e sim promover o enfrentamento gradual dos medos e o retorno às atividades habituais.
Abordar sentimentos de culpa	O ser humano tende a buscar um culpado ao enfrentar situações que ele não pode controlar. Esclarecer que esse é um mecanismo que, embora possa fornecer alívio imediato, piora prognóstico e qualidade das relações.
Favorecer o uso adequado do sistema de saúde e o fortalecimento da rede de apoio.	Ser ativo ao reforçar a busca das pessoas e dos recursos da comunidade, oferecendo alternativas para a busca futura de atendimento psiquiátrico.

* **Adaptado de** Hauck S. e Azevedo RCS. Trauma. In: Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral – interconsulta e emergência, 3ª edição. Porto Alegre: ARTMED 2012. P430-43.

Em síntese, a continência, através da escuta receptiva, pelo profissional da saúde das emoções expressas de diferentes formas, em si já se faz terapêutica.

Lúcia Helena Freitas Ceitlin (Professora Associada do Departamento de Psiquiatria da UFRGS, coordenadora do Net-Trauma, HCPA)

Sidnei Schestatsky (Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da UFRGS, consultor permanente do Net- Trauma, HCPA)

Simone Hauck (Psiquiatra, colaboradora do Net-Trauma, HCPA)

Stefania Pigatto Teche (Psiquiatra, Mestranda Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS, colaboradora Net-Trauma, HCPA)

Marco Caldieraro (Psiquiatra contratado do serviço de psiquiatria HCPA, membro da equipe fixa do Net-Trauma, HCPA)

Lucas Lovato (Psiquiatra contratado do serviço de psiquiatria HCPA)

Referencias:

* Adaptado de Hauck S. e Azevedo RCS. Trauma. In: Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral – interconsulta e emergência, 3a edição. Porto Alegre: ARTMED 2012. P430-43.

Manual de Atendimento do Núcleo de Estudos e Tratamento do Trauma (Net-Trauma/HCPA)