

# TIPS

## Prática Informada em Trauma para Trabalhadores de Serviço Público (TIPS)



### Linhas Orientadoras - Guia

<https://trauma-informed-practice.eu/>



Cofinanciado pela  
União Europeia

Financiado pela União Europeia. Os pontos de vista e as opiniões expressas são as do(s) autor(es) e não refletem necessariamente a posição da União Europeia ou da Agência de Execução Europeia da Educação e da Cultura (EACEA). Nem a União Europeia nem a EACEA podem ser tidos como responsáveis por essas opiniões.







## Prática Informada em Trauma para Trabalhadores de Serviços Públicos (TIPS)

### Guia Orientado para o Utilizador

#### CONSÓRCIO DO PROJETO

O consórcio do projeto é constituído por uma equipa multidisciplinar que inclui organizações de investigação jurídica, social e médica, especialistas em aprendizagem e em educação para os media e peritos em Tecnologias da Informação e Comunicação.

#### Partners



#### As linhas orientadoras foram elaboradas com as contribuições de:

- Wolfgang Eisenreich, Wissenschaftsinitiative Niederösterreich, WIN (Áustria)
- Stephan Parmentier, Laura Hein, Mina Rauschenbach, com o apoio de Louis Van Damme, Leuven Institute of Criminology KU LEUVEN (Bélgica)
- Marina Letica Crepulja e Aleksandra Stevanovic, Universty of Rijeka, Faculty of Medicine, UNIRI (Croácia)
- Artemisa Rocha Dorés e Regina Silva, Instituto Politécnico do Porto (P.PORTO), Escola Superior de Saúde (Portugal)
- Alenka Valjašková, Qualification and Education, QUALED (Eslováquia)
- Sonja Bercko Eisenreich, Institute for Development of Human Potentials, INSTITUT INTEGRA (Eslovénia)





# ÍNDICE

- 7** INTRODUÇÃO ao projeto
- 9** 1. INFORMAÇÕES DE BASE
- 15** 2. SINTOMAS DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (SSPT) E PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (PSPT)
- 17** 3. FUNDAMENTOS DA PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO, SINAIS E SINTOMAS
- 21** 4. IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICA INFORMADA EM TRAUMA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS
- 26** 5. IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO
- 30** 6. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS TRANSVERSAIS E DE GESTÃO DE CONFLITOS
- 33** 7. PRINCÍPIOS PARA REDUZIR O STRESS DURANTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
- 35** 8. MELHORAR A AUTOCONSCIÊNCIA E A AUTOPERCEÇÃO
  
- 40** **Lista de abreviaturas**
  - SSPT - Sintomas de Stress Pós-Traumático
  - PSPT - Perturbação de Stress Pós-Traumático
  - PIT - Prática Informada em Trauma
  - OMS - Organização Mundial da Saúde





# INTRODUÇÃO ao projeto

## Tema central e objetivos

É provável que o número de pessoas na Europa que sofrem de sintomas de stress pós-traumático (doravante SSPT) aumente nos próximos anos. A análise de necessidades diz-nos que, especialmente no setor público, muitos profissionais de diferentes áreas são confrontados no seu trabalho com utentes/utentes/clientes que têm SSPT. Estes profissionais têm a sua experiência profissional específica, mas pouca ou nenhuma formação em Medicina ou Psicologia sobre como lidar com pessoas que sofrem de SSPT. Consequentemente, frequentemente julgam incorretamente os seus utentes/utentes/clientes. Uma “prática informada em trauma” reconhece a presença de sintomas de trauma e reconhece o papel que o trauma desempenhou na vida de uma pessoa. Requer uma mudança de paradigma, passando de perguntar “O que há de errado consigo?” a perguntar “O que aconteceu consigo?”. A implementação de prática informada em trauma ajuda os profissionais do serviço a reconhecer, compreender e responder adequadamente aos efeitos do trauma.

O projeto Trauma-Informed Practice for Workers in Public Service Settings (TIPS) [Prática Informada em Trauma para Trabalhadores de Serviços Públicos] recebeu dois anos de financiamento (2021-2023) ao abrigo do programa Erasmus+ da União Europeia e tem um objetivo triplo: (1) aumentar a consciencialização em profissionais que trabalham no setor público sobre a ocorrência de SSPT, (2) dotá-los de competências para identificar o SSPT nos seus utentes/utentes/clientes, promover a sua inclusão e reduzir as barreiras ligadas à discriminação e (3) melhorar o atendimento e o trabalho de apoio prestado pelos profissionais que trabalham no setor público.

O projeto TIPS tem como base o bem-sucedido projeto Erasmus+ “Post-traumatic Integration – Low-level Psychosocial Support and Intervention for Refugees” [“Integração pós-traumática – Intervenção e Apoio psicossocial de baixo nível para refugiados”] (2017 – 2019)<sup>1</sup>. Esse projeto foi alvo de grande interesse e distinguido como projeto de boas práticas. O objetivo desse projeto foi aumentar a consciencialização sobre a ocorrência

de problemas pós-traumáticos (incluindo Perturbação de Stress Pós-Traumático [PSPT]) entre refugiados e requerentes de asilo, os sintomas e as possibilidades de intervenções precoces de saúde mental de baixo nível. O projeto pretendia apoiar o desenvolvimento profissional contínuo dos trabalhadores da linha da frente, principalmente profissionais das áreas sociais, jurídica e educativa (como professores, formadores, mentores, etc.), especialmente por terem de lidar com um número crescente de refugiados/requerentes de asilo com várias dificuldades psicológicas, emocionais e comportamentais. Durante as atividades de divulgação desse projeto, vários parceiros e beneficiários perguntaram se o projeto poderia ser alargado para servir de apoio a vários profissionais que, no seu trabalho, estão em contacto com utentes/clientes ou pessoas que sofrem de SSPT, mas não têm formação profissional.

## Grupos-alvo

Para este projeto TIPS, os grupos-alvo são todos os profissionais (ou seja, funcionários) que prestam serviços no setor público (e também privado) que possam entrar em contacto com utentes/clientes (ou seja, utilizadores de determinados setores públicos) com SSPT e que tenham pouca ou nenhuma formação médica ou psicológica. O objetivo é fornecer informações úteis, material de consciencialização e exercícios para formar profissionais do setor público (e privado) em práticas informadas em trauma, a fim de poderem prestar apoio. Qualquer prestador de cuidados (ou seja, profissionais com formação em prática informada em trauma) deve estar consciente de que provavelmente entrará em contacto com utentes/clientes traumatizados e que muito provavelmente precisará de mais informações para ser capaz de ajudar.

Mesmo que os materiais produzidos por este projeto possam ser utilizados por qualquer profissional que trabalhe no setor público (e privado), os parceiros do consórcio identificaram grupos profissionais mais específicos para facilitar o envolvimento de partes interessadas relevantes nas fases de avaliação de necessidades, validação e divulgação do projeto. Assim, centramos a nossa atenção principalmente nos seguintes setores profissionais: justiça (prisões e polícia), autoridades locais (municípios/autarquias) e prestadores de serviços comunitários (como gabinetes de migração/refugiados, gabinetes de apoio ao tra-

<sup>1</sup> Para mais informações sobre este projeto: <https://post-traumatic-integration.eu/>



balho, centros para pessoas com necessidades especiais, residenciais para idosos, bibliotecas, museus, teatros), educação e saúde.

## Produtos do projeto

Para atingir os objetivos, os parceiros do consórcio do projeto desenvolveram, em conjunto, os seguintes produtos, todos fundamentados em investigação científica e apresentados em formatos acessíveis:

**1) Guia Orientado para o Utilizador (linhas orientadoras):** visa consciencializar os profissionais do setor público sobre a ocorrência de SSPT nos seus utentes/clientes. As Linhas Orientadoras são uma resposta inovadora para fornecer informação e recomendações de gestão de primeira linha, a fim de permitir a aplicação de práticas informadas em trauma nos setores público (e privado).

**2) Catálogo com uma Coleção de Estudos de Caso:** pretende ilustrar as situações de trabalho mais comuns que possam demonstrar como reagir a utentes/clientes com SSPT. Contém recomendações abrangentes e fáceis de usar, e ações-chave para atender às necessidades de utentes/clientes com SSPT e lidar com o seu comportamento, por vezes desafiante. O Catálogo oferece uma gama modular de materiais de consciencialização e de demonstração.

**3) Pacote de Recursos:** visa fornecer formação interativa, atividades de e-learning e questionários relacionados com os capítulos específicos do Guia (Linhas Orientadoras) e do Catálogo. Pode ser utilizado como um curso de autoaprendizagem ou de forma estruturada e adaptada a requisitos específicos. O curso tem uma estrutura modular e abrange, entre outros, aspetos de reconhecimento da situação dos utentes/clientes, ajuda na resolução de problemas agudos e prevenção de problemas a longo prazo, bem como ajuda a utentes/clientes com SSPT para lidarem com as suas circunstâncias.

**4) Plataforma eletrónica interativa:** suporta a disponibilização de todos os materiais do projeto e fornece ferramentas interativas online, como blogs e aplicações de redes sociais. Com podcasts para o acesso a todos os conteúdos, pode

ser utilizada como um ambiente virtual de aprendizagem, onde os utilizadores poderão encontrar os módulos de formação online e participar em atividades de aprendizagem.

**5) Aplicação móvel:** adapta materiais online selecionados do Curso em e-Learning, do Catálogo e do Guia (Linhas Orientadoras), de forma pedagogicamente sólida, e desenvolve aplicações móveis para disponibilizar esses conteúdos via smartphones e dispositivos móveis.

Todos estes produtos estão disponíveis em inglês e nos idiomas dos países parceiros, ou seja, em croata, holandês, francês, alemão, grego, português, eslovaco e esloveno.

## Consórcio do projeto

O consórcio do projeto é constituído por uma equipa multidisciplinar que inclui organizações de investigação jurídica, social, médica, e de saúde em geral, especialistas em aprendizagem e em educação para os media e peritos em Tecnologias da Informação e Comunicação.

### Coordenador:

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN, Leuven Institute of Criminology - Bélgica

### Partners:

CONNEXIONS, Information Communication Technologies for Education and Social Impact – Grécia

INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO, Escola Superior de Saúde (Polytechnic Institute of Porto, School of Health) - Portugal

INTEGRA, Institut Za Razvoj Clovekovih Potencialov Velenje (Institute for Development of Human Potentials) - Eslovénia

QUALED, Obcianske zdruzenie pre kvalifikáciu a vzdelávanje (QUALification and EDucation) - Eslováquia

UNIRI, Sveuciliste u Rijeci, Medicinski fakultet (University of Rijeka, Faculty of Medicine) - Croácia

WIN, Wissenschaftsinitiative Niederösterreich (Science Initiative Lower Austria) – Áustria



# 1. INFORMAÇÕES DE BASE

*“As evidências acerca do impacto total do trauma têm surgindo há várias décadas, estabelecendo, sem sombra de dúvida, que os seus efeitos podem ser abrangentes, substanciais, duradouros e dispendiosos. Resultante de experiências nocivas como violência, negligência, guerra e abuso, o trauma não tem fronteiras em relação à idade, género, estatuto socioeconómico ou etnia e representa uma experiência quase universal em todos os países do mundo”*<sup>2</sup>. Em investigação sobre Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) após desastres, a conclusão é de que mais de dois terços das pessoas na população geral podem passar por um acontecimento traumático significativo em algum momento das suas vidas.

Vários estudos exploraram como o trauma pode levar a problemas de saúde mental e contribuíram para uma base crescente de evidência, de que um grande número de pessoas em contacto com os serviços públicos passou por acontecimentos traumáticos; que essas experiências podem estar na origem do desenvolvimento de sofrimento mental; e que existe uma relação entre a gravidade, a frequência e o alcance das experiências traumáticas e o impacto subsequente na saúde mental.

Profissionais de vários setores estão cada vez mais em contacto com pessoas que apresentam trauma (sintomas) como resultado, entre outros, da crescente migração, situações relacionadas com a pandemia de COVID-19 e com desastres naturais. Esses profissionais vêm de diferentes formações, mas muitas vezes não têm experiência para lidar da melhor forma com o trauma e carecem de recursos para entender e promover a saúde mental através da deteção precoce, encaminhamento e intervenções preventivas e protetoras que fortaleçam tanto a pessoa quanto a comunidade (resiliência). A prática informada em trauma é, pois, importante, porque permite que os profissionais dos serviços públicos identifiquem sinais de trauma, para que haja uma primeira intervenção de baixo nível ou uma resposta adequada ao trauma o mais rapidamente possível. Nos próximos capítulos destas Linhas Orientadoras, são apresentadas informações detalhadas sobre prática informada em trauma, as suas

principais estratégias e como implementar abordagens informadas em trauma nas organizações. Os capítulos finais do Guia (Linhas Orientadoras) apresentam os materiais de sensibilização e de apresentação do projeto e as atividades interativas de formação e e-learning propostas.

Deve-se destacar que as origens do trauma são múltiplas e podem incluir qualquer experiência negativa na vida de uma pessoa. Se alguém vai desenvolver sintomas pós-traumáticos depende também das capacidades pessoais de lidar com a adversidade. Nas secções e capítulos que se seguem destas Linhas Orientadoras, serão fornecidas informações detalhadas sobre o que é o trauma, o que são sintomas de stress pós-traumático (SSPT) e a PSPT e como é possível intervir. Será dada grande importância à melhoria da autoconsciência e da autopercepção, componentes-chave na prática informada sobre trauma.

A fim de fornecer uma visão sobre possíveis acontecimentos traumáticos, este capítulo introdutório apresentará os principais dados e resultados de investigação sobre alguns desses acontecimentos, a saber, (1) pandemia de COVID-19 e as suas consequências, (2) fluxos de refugiados relacionados com conflitos e outras trajetórias migratórias, e (3) desastres naturais como terremotos, incêndios, inundações e erupções vulcânicas. Além disso, ao ressaltar que o material produzido por este projeto pode ser utilizado por qualquer profissional do setor público (e privado), damos a seguir exemplos da compreensão de determinados setores profissionais quanto às reações e sintomas pós-traumáticos.

## **Factos e números sobre o impacto do trauma (na Europa): alguns exemplos de situações potencialmente traumáticas**

Nesta secção, abordamos o impacto do trauma como resultado de três tipos de situação: a pandemia de COVID-19, fluxos de refugiados relacionados com conflitos e outras trajetórias migratórias e desastres naturais.

### **- Pandemia de COVID-19**

O trauma pode afetar qualquer pessoa a qualquer momento, mas a pandemia de COVID-19 aumentou e exacerbou significativamente tanto o risco quanto o impacto do trauma. Após a pandemia global de COVID-19, o impacto do trauma fez-se

<sup>2</sup> <https://www.gov.scot/publications/trauma-informed-practice-toolkit-scotland/pages/4/>



sentir de forma invulgar, com muitas organizações a sentirem de forma crescente a necessidade de abordar o trauma como um componente essencial da prestação de serviços.

A pandemia aumentou a ansiedade global e diversos estudos têm evidenciado o seu impacto na saúde mental das pessoas. Elevadas taxas de prevalência de sintomas da perturbação de stress pós-traumático (SSPT) foram descritas em profissionais de saúde (26,9%), em pessoas com COVID-19 (23,8%) e na população em geral (19,3%)<sup>3</sup>. Diversos estudos têm procurado identificar eventos relacionados com a pandemia que podem estar associados à ocorrência subsequente de SSPT. Embora a exposição direta ou indireta à morte real ou ameaça de morte daqueles que contraíram COVID-19 seja claramente um potencial acontecimento traumático, discute-se, nos estudos, se o contexto pandémico como um todo ou algumas consequências específicas relacionadas com a pandemia, como medidas de quarentena e repercussões económicas, podem ser considerados traumáticos.

Alguns estudos revelaram que os níveis de sofrimento e sintomas de trauma são maiores em pessoas que estiveram em contacto com doentes com COVID-19 (por exemplo, profissionais de saúde e familiares de doentes com COVID-19), devido ao desenvolvimento de trauma vicariante<sup>4</sup>. No entanto, o público em geral e os grupos vulneráveis não ficaram isentos de experienciar reações emocionais negativas. Isso deve-se a inúmeras características angustiantes da pandemia. Os medos frequentemente relatados, com o medo excessivo de contrair a doença, são relevantes para o impacto negativo da pandemia na vida das pessoas, designadamente na vida familiar, na procura de cuidados de saúde, na aquisição de alimentos, no acesso ao emprego.

---

3 Wathelet, M, D' Hondt, F, Bui, E, Vaiva, G, Fovet, T. (2021). Posttraumatic stress disorder in time of COVID-19: Trauma or not trauma, is that the question? *Acta Psychiatr Scand.* 2021 Sep;144(3):310-311. Doi: 10.1111/acps.13336. Epub 2021 Jun 23. PMID: 34107060; PMCID: PMC8212101.

4 O trauma vicariante é um processo de mudança resultante do envolvimento empático com os sobreviventes do trauma. Qualquer pessoa que se envolva de forma empática com sobreviventes de incidentes traumáticos, tortura e material relacionado com o seu trauma é potencialmente afetada, incluindo médicos e outros profissionais de saúde. <https://www.bma.org.uk/advise-and-support/your-wellbeing/vicarious-trauma/vicarious-trauma-signs-and-strategies-for-coping>

Além disso, o distanciamento físico, principalmente estar fechado em casa, causou vários problemas físicos e psicológicos, como a obesidade, depressão e violência doméstica. Estudos em larga escala têm mostrado que estar em autoisolamento durante a pandemia de COVID-19 foi associado a um maior risco de depressão, ansiedade com o estado de saúde, perturbação de ansiedade generalizada (PAG), preocupação financeira, insónia, stress agudo e solidão. Além disso, o medo da pandemia de COVID-19, estratégias de coping inadequadas e o trauma vicariante associados à exposição frequente aos meios de comunicação social/notícias sobre a pandemia são mecanismos identificados como contribuidores para o aumento da psicopatologia devido à COVID-19 durante o isolamento, especialmente em pacientes psiquiátricos/neurológicos, mulheres, jovens e estudantes. O isolamento imposto, juntamente com informações falsas ou enganosas sobre o COVID-19, podem desencadear uma sensação de perda de controlo e pôr em risco a necessidade existencial de as pessoas se sentirem seguras.

Para ajudar a enfrentar o stress gerado pela pandemia na população a nível mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu material sobre saúde mental. Também desenvolveu comunicados direcionados a diferentes grupos populacionais, incluindo a população em geral, profissionais de saúde, líderes de equipas ou gerentes de unidades de saúde, cuidadores de crianças, idosos, pessoas com diferentes doenças e pessoas isoladas.

Como anteriormente referido, embora a pandemia tenha causado stress e ansiedade em todos os grupos populacionais, vários estudos concentraram-se em particular nos profissionais de saúde - um dos setores profissionais mais afetados - para compreender e abordar as suas fontes específicas de ansiedade. De facto, dentro da comunidade médica, o aparecimento da pandemia de COVID-19 gerou um nível agudo de stress com diferentes consequências, como danos morais, luto e preocupações com a segurança pessoal. Diversos outros estudos debruçam-se sobre o trauma vivido pelas crianças e estudantes como resultado da pandemia de COVID-19 que desencadeou alterações ao nível da segurança na sua rotina diária, fundamental para o seu bem-estar. Afastados inesperadamente dos seus amigos, professores e escolas, interromperam a estabilidade das suas vidas diárias. Para alguns



estudantes, a pandemia exacerbou o trauma existente; para outros, criou um trauma totalmente novo devido a tragédias como uma morte na família ou a insegurança em relação à alimentação causada pela perda de emprego dos pais ou outros significativos.

É de salientar que a maioria dos estudos defende a implementação de práticas informadas em trauma em diferentes instituições como forma de oferecer apoio para os problemas generalizados de saúde mental causados pela pandemia de COVID-19.

### *-Fluxos de refugiados devido a conflitos e outras trajetórias migratórias*

Uma das questões mais importantes discutidas a nível nacional, bem como a nível europeu, tem sido a integração social dos refugiados e migrantes nas sociedades de acolhimento.<sup>5</sup> A este propósito, no âmbito do nosso projeto, importa referir que estudos relevantes mostram que as circunstâncias e experiências de migração forçada têm efeitos profundos na saúde e na integração dos refugiados nas sociedades de acolhimento. Assim, os níveis de integração dependem de uma série de fatores, incluindo as experiências pré-migração, o processo de partida e as experiências e ambiente pós-chegada. Estudos demonstraram que a presença dessas experiências potencialmente traumáticas pode causar sintomas pós-traumáticos que influenciam diretamente o processo de tomada de decisão sobre a condição de refugiado dos funcionários públicos, e o desenvolvimento de PSPT ou outras perturbações pós-traumáticas.

Embora a investigação tenha demonstrado que os refugiados apresentam uma alta prevalência de perturbações mentais relacionadas com trauma, as taxas identificadas variam substancialmente entre estudos. Tal deve-se a três fatores principais: as características e antecedentes dos grupos de refugiados estudados; o contexto no país anfitrião (quanto mais pobre o país anfitrião, maior a prevalência de perturbações mentais); e o método e a qualidade de amostragem dos estudos. Assim, os números e as conclusões podem

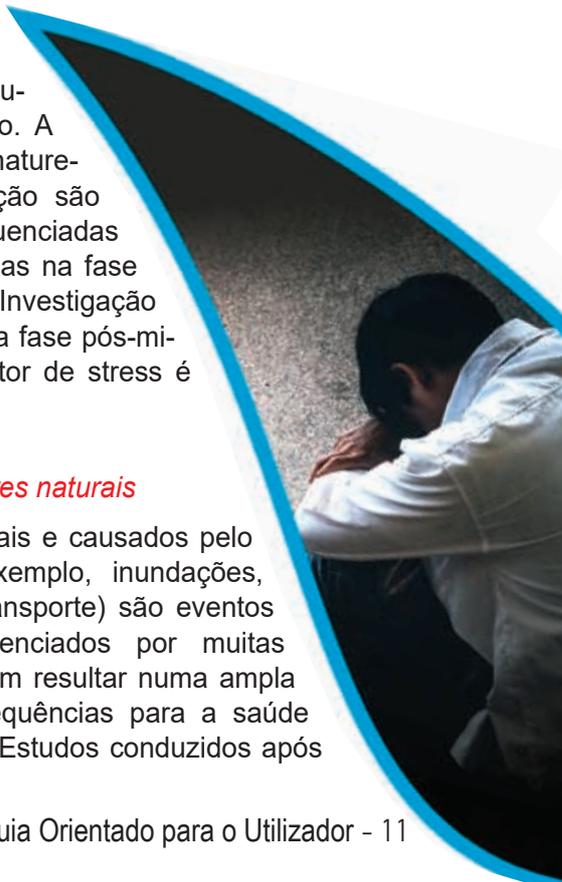
<sup>5</sup> Em linha com o anterior projeto Erasmus+ "Post-traumatic Integration" ["Integração pós-traumática" (ver supra), usamos o termo "refugiado" num sentido genérico, para indicar uma pessoa que foge do seu contexto local ou nacional por uma diversidade de razões que incluem perseguição, guerra, violência, insegurança, pobreza, desastres naturais, etc.

variar significativamente de um estudo para outro. Numa publicação recente sobre refugiados e integração social na Europa, as Nações Unidas indicaram que as perturbações mais comuns entre os refugiados são a PSPT e a depressão maior, e ainda trauma e perda. Além disso, relataram investigação psiquiátrica com refugiados indicando que 9% dos adultos foram diagnosticados com PSPT, 4% com perturbação de ansiedade generalizada e 5% com depressão maior, além de 11% das crianças com PSPT. A Organização Mundial da Saúde, por sua vez, indicou que as taxas de depressão, assim como as taxas de psicose em refugiados na Europa, são semelhantes às da população em geral nos países ocidentais.

No geral, é importante destacar que os estudos acima mencionados estão de acordo em dois pontos principais: os refugiados que chegam à Europa têm muito mais probabilidade do que a população em geral nos países ocidentais de desenvolver PSPT (9% dos refugiados em geral e 11% de crianças e adolescentes); e os fatores de stress aos quais os refugiados podem estar expostos e que influenciam a sua saúde mental incluem: fatores pré-migração (como perseguição, dificuldades económicas), fatores migratórios (perigo físico, separação) e fatores pós-migração (detenção, hostilidade, incerteza). Os três tipos de fator de stress têm causas e consequências diferentes, mas a violência e a exploração são consideradas fatores primários. Outro ponto relevante a destacar é que a PSPT costuma ter origem em trauma pré-migração. A gravidade e a natureza da perturbação são fortemente influenciadas pelas experiências na fase pós-migração. Investigação adicional sobre a fase pós-migração como fator de stress é necessária.

### *-Desastres naturais*

Desastres naturais e causados pelo homem (por exemplo, inundações, acidentes de transporte) são eventos traumáticos vivenciados por muitas pessoas e podem resultar numa ampla gama de consequências para a saúde mental e física. Estudos conduzidos após



desastres, durante os últimos 40 anos, mostraram que há uma carga substancial de PSPT entre as pessoas que vivenciam um desastre. Investigação recente sugere que entre 20% e 40% dos sobreviventes de desastres desenvolvem PSPT.

A diversidade de estudos é extremamente vasta e os resultados apresentam uma grande variação devido às diferenças nas características/localizações das catástrofes e às diferenças metodológicas dos estudos. Por um lado, a evidência empírica apresentada por alguns estudos sugere que a prevalência de PSPT entre as vítimas diretas de desastres é de 30 a 40%, a prevalência entre equipas de resgate é de aproximadamente 10 a 20% e a prevalência na população em geral é de aproximadamente 5 a 10%. Por outro lado, um estudo recente conduzido pela World Mental Health Association (WMH) mostrou que a prevalência de PSPT relacionada com desastres era, entre os respondentes, de 0,0 a 3,8% nos adultos (maiores de 18 anos) e estava significativamente relacionada com educação superior, ferimentos graves ou morte de alguém próximo, deslocamento forçado de casa, e vulnerabilidades pré-existentes (adversidades familiares anteriores ou na infância, outros traumas e perturbações mentais). Este estudo também mostrou que quase metade dos casos de PSPT relacionados com catástrofes ocorreu entre os 5% dos inquiridos com as pontuações mais elevadas de risco previsto (na PSPT). De facto, juntamente com a gravidade e o grau de exposição à catástrofe, a psicopatologia prévia e a história de trauma anterior podem ter um impacto significativo no desenvolvimento de sintomas pós-traumáticos. É interessante notar que as catástrofes de origem humana/tecnológica podem ter consequências diferentes e mais marcantes do que as catástrofes naturais. A classificação de um acontecimento traumático como uma catástrofe nem sempre é simples e a distinção entre experiências traumáticas individuais e catástrofes pode não ser clara, uma vez que as experiências traumáticas são muito pessoais.

### **-Vulnerabilidades específicas**

Mesmo que, como afirmado, o trauma não tenha fronteiras, sabe-se que a experiência do trauma é distribuída de forma desigual na sociedade. As pessoas são mais propensas a sofrer traumas porque as circunstâncias em que nasceram e vivem e a sua idade ou deficiência aumentam a probabilidade de abuso e negligência. A definição de vulnerabilidade, por exemplo, é diferente para

uma criança e para um adulto. As crianças dependem dos adultos para as proteger de danos. A vulnerabilidade, portanto, aumenta quando as ações ou omissões do adulto causam algum dano à criança. Estudos sobre experiências adversas na infância mostram que o trauma na infância é comum e tem consequências duradouras na vida adulta. O Pacote de Recursos disponibilizado no The trauma-informed practice: a toolkit of the Scottish Government inclui um estudo que indica que 30% da amostra de mais de 17000 pessoas relataram consumo de substâncias no seu agregado familiar; 27% relataram abuso físico; 25% relataram abuso sexual; 13% relataram abuso emocional; 17% relataram negligência emocional; 9% relataram negligência física; e 14% relataram terem visto a sua mãe ser tratada com violência.

Também é importante referir que estudos que exploram a distribuição dos acontecimentos traumáticos em função do sexo, da idade, da etnia e do estatuto socioeconómico também demonstraram maior incidência em pessoas de grupos socioeconómicos baixos e de comunidades étnicas minoritárias. É igualmente relevante considerar que a vulnerabilidade é complexa e multifacetada e que populações específicas podem estar mais expostas a piores resultados de saúde em tempos de crise, como durante a pandemia de COVID-19. As pessoas afetadas podem deixar de ter sucesso na vida e sentir-se incapazes de se envolver ou aceder aos serviços depois de vivenciarem o impacto do evento traumático.

## **Exemplos de setores profissionais que podem entrar em contacto com utentes/clientes com sintomas pós-traumáticos**

A seguir, apresentamos as principais conclusões dos exercícios de mapeamento realizados pelos parceiros do projeto nos respetivos países, através de uma variedade de métodos, incluindo revisão bibliográfica, grupos focais, entrevistas e questionários. Cada parceiro concentrou-se em setores profissionais específicos, com base na sua experiência, para recolher informações sobre a consciencialização e compreensão dos profissionais acerca de reações e sintomas pós-traumáticos. Como o consórcio do projeto não realizou uma investigação ampla e aprofundada no campo, os resultados a seguir destinam-se apenas a oferecer algumas indicações.



### - Setor da Justiça (polícia e prisão)

A investigação foi conduzida na Bélgica<sup>6</sup>, focada na prática informada em trauma de profissionais no sistema de justiça criminal, especificamente na polícia e em centros de detenção. Esta investigação revelou que as percepções da polícia em relação às vítimas traumatizadas podem ter um impacto na vitimização secundária que pode ser causada por mal-entendidos em torno do trauma e dos padrões comportamentais típicos das vítimas. Um exemplo é que as vítimas geralmente mostram falta de emoções ou uma memória fragmentada da experiência. Isso pode ser considerado (pela polícia) como um sinal de que a declaração não é digna de crédito ou não é confiável. Os policiais frequentemente têm falta de conhecimento sobre os sintomas de trauma, mas a necessidade de aprender sobre este tema é algo que valorizam.

Os autores de um estudo recente argumentam que a formação informada em trauma deve ser guiada<sup>7</sup>. O que é necessário, para começar, é uma formação geral sobre os sintomas psicológicos, antes de se passar para as habilidades mais específicas e detalhadas, como entrevistar crianças traumatizadas. Os investigadores defendem que, para facilitar a aceitação de uma formação informada em trauma entre os agentes da polícia, se deve trabalhar com “unidades de formação auto-selecionáveis”, para que os participantes possam escolher os cursos em função da sua posição atual e dos seus conhecimentos.

Além disso, a introdução à prática informada em trauma ajudaria o pessoal das penitenciárias a minimizar os fatores desencadeantes e os incidentes críticos, a estabilizar reclusos e a reduzir o escalar das situações. Assim, auxiliaria as equipas a lidarem com os comportamentos e sintomas relacionados com o trauma, que são percebidos

---

6 Este é um resumo da investigação efetuada por uma estudante de criminologia da KU Leuven, Alessandra Possemiers, com base numa revisão bibliográfica sobre a prática informada em trauma (2022). Naar een trauma-informed benadering in het strafrechtstelsel (Rumo a uma abordagem informada sobre o trauma no sistema de justiça criminal). KU Leuven: Faculty of Law and Criminology.

7 Lorey, K., & Fegert J. M. (2022). Incorporating Mental Health Literacy and Trauma Informed Law Enforcement: A Participative Survey on Police Officers' Attitudes and Knowledge Concerning Mental Disorders, Traumatization, and Trauma Sensitivity. *Psychological Trauma*, 14(2), 218-228.

pelos profissionais como difíceis. Poderia melhorar a compreensão da origem do comportamento delincente e ajudar no desenvolvimento de estratégias de intervenção. Os próprios profissionais podem ficar traumatizados ao interagirem com pessoas traumatizadas, mesmo que não tenham vivenciado o acontecimento traumatizante.

A investigação conclui que, embora a prática informada em trauma varie de contexto para contexto, no sistema de justiça criminal, os princípios informados em trauma, como empatia, comunicação, construção de confiança e compaixão, devem ser centrais para a implementação do trabalho informado em trauma. Mais especificamente, no âmbito da polícia, deve ser dada ênfase à aplicação destes princípios ao interrogar pessoas potencialmente traumatizadas. Em casos de detenção, por outro lado, a implementação de princípios informados em trauma pode ser um começo para uma maior expansão do trabalho informado em trauma nas prisões. Em relação à formação informada em trauma, tanto na polícia como na prisão, a maior parte deve incidir sobre o trauma e o seu reconhecimento. Aqui, os princípios informados em trauma, já mencionados, são igualmente centrais.

### - Setor da Administração Pública

A avaliação das necessidades na Eslováquia foi realizada no setor de administração pública<sup>8</sup>, em particular com diferentes instituições que contactam com refugiados. Com o estudo, ficou claro que os funcionários definiam PSPT/SSPT corretamente. Nas suas atividades profissionais, os questionados responderam que não se depararam com pessoas que manifestassem PSPT. A sua opinião é que a resposta a uma pessoa com trauma deve incluir a disponibilização de um local sossegado, apoio às necessidades básicas e intervenção psicológica. É importante ressaltar que os funcionários públicos não devem oferecer intervenção profissional (não são psicólogos), mas apenas responder empaticamente às necessidades do cliente. Esses profissionais receberiam o máximo de informações possível (incluindo exemplos) para diferenciar os sintomas e sobre

---

8 Foram contactados mais de quarenta intervenientes do setor da administração pública, nomeadamente autoridades municipais que lidam com a questão habitacional de comunidades socialmente excluídas ou refugiados, organizações de voluntariado, organizações de contacto direto com refugiados (não psicólogos), e escolas. Foi-lhes solicitado que preenchessem as respostas por extenso no formulário online - Questionário.



como utilizar uma abordagem empática, o que os capacitaria para escolher melhor a sua abordagem e interação com o cliente/utente.

### *- Setor da Saúde*

A partir da avaliação de necessidades efetuada na Croácia, parece que os níveis de consciência acerca das reações pós-traumáticas são bastante baixos entre os profissionais de saúde. Existe a necessidade de uma melhor compreensão das reações pós-traumáticas em geral. Isso é especialmente verdadeiro para reações internas, ao contrário daquelas reconhecíveis a nível comportamental, como baixos limiares de frustração, problemas de raiva, etc. Existe um estereótipo de que pessoas com PSPT são enraivecidas e agressivas. Deve ser disponibilizado mais conhecimento sobre as diferenças entre reações agudas e crónicas, outros problemas de saúde mental associados (por exemplo, uso de substâncias), bem como o tipo de histórico traumático. Principalmente as vítimas de abuso familiar e/ou sexual correm o risco de não serem reconhecidas e de, conseqüentemente, serem submetidas a uma nova traumatização, devido à ausência de competências dos funcionários dos serviços públicos.

Os profissionais de saúde não sabem muitas vezes como identificar os SSPT e promover a inclusão e reduzir as barreiras ligadas à discriminação. São necessários pelo menos dois grupos de competências, um relacionado com os destinatários dos serviços e outro relacionado com os próprios profissionais de saúde. Há uma necessidade significativa de formação e de materiais educativos que abordem a disponibilização de informação de maneira informada em trauma, especialmente em situações de trauma agudo e/ou transmissão de “más” notícias. Os resultados sugerem que os profissionais de saúde sentem falta de competências na

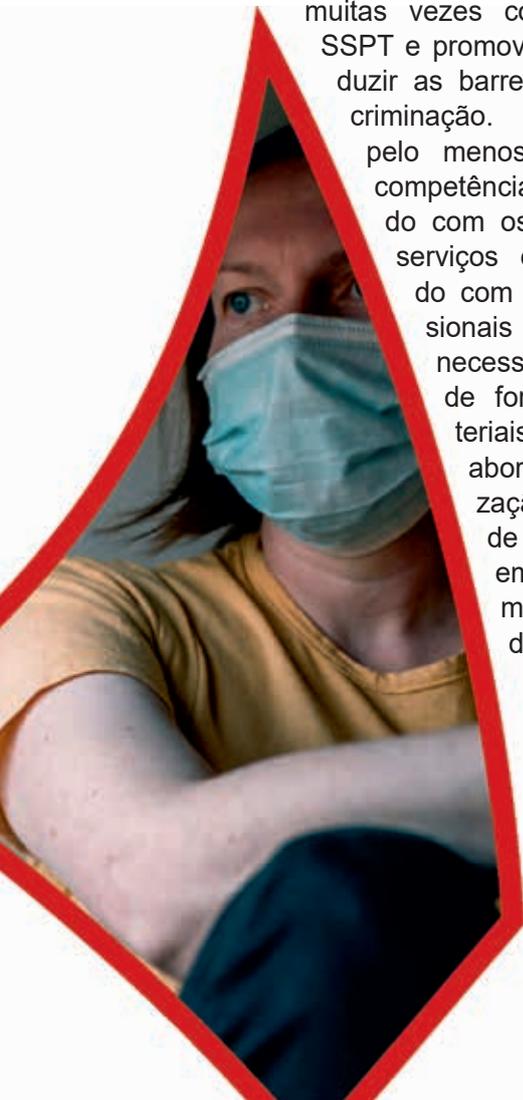
prestação de ajuda inespecífica ao nível dos primeiros socorros psicológicos e na forma de contactar ou abordar uma pessoa traumatizada. Os participantes dos serviços de saúde expressaram a necessidade de formação em competências relacionadas com o autocuidado, que incluem estabelecer limites, lidar com emoções fortes, lidar com reações pessoais pós-traumáticas, prevenir o esgotamento emocional, manter um bom equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, entre outros. Além disso, há necessidade de formação em técnicas de interrupção da “escalada” [de-escalation em inglês] e mesmo em competências básicas de comunicação.

Através de um grupo focal, os profissionais do serviço de saúde expressaram interesse em melhorar os seus conhecimentos e habilidades e reconheceram a necessidade de um serviço informado em trauma, para o benefício de todas as partes envolvidas. Surgiu uma necessidade clara de materiais educativos sobre o tema, tanto na forma de recomendações quanto de formação.

### *- Setor Educacional e Serviço Social*

Em Portugal, o diagnóstico de necessidades foi realizado com profissionais da área da educação e do serviço social, com o objetivo de investigar os seus conhecimentos e práticas em trauma e SSPT. A maioria dos participantes eram professores dos três níveis de ensino (ou seja, primário, secundário e superior). Os resultados revelaram que possuem conhecimento limitado sobre as condições dos SSPT, o que pode impedi-los de identificar pessoas em situação de crise psicológica. Também revelaram desconhecimento sobre como agir nessas circunstâncias. Embora a maioria destes profissionais seja formada, não possuem educação formal ou formação nas áreas de psicologia, saúde mental ou aspetos psicológicos e, portanto, não possuem conhecimento formal sobre PSPT e SSPT.

A maioria sente que possui competências de organização adequadas para o seu trabalho diário, embora sinta que o desenvolvimento de competências de comunicação, bem como a compreensão da cultura de onde provêm os utentes/clientes, seria muito útil e importante para o desempenho do seu trabalho. Muitos destes profissionais tiveram períodos no seu trabalho em que se sentiram muito cansados tanto física como emocionalmente, alguns viveram situações de conflito em que sentiram medo e que não sou-



beram como resolver. A maioria dos profissionais concorda ou concorda fortemente que um manual/diretrizes para reconhecer reações e sintomas pós-traumáticos e o impacto do trauma no comportamento seria importante. Consideram ainda que seria importante desenvolver competências interpessoais e estratégias de comunicação para um melhor desempenho da sua atividade profissional nessas situações. Estratégias de autocuidado também seriam úteis.

Os resultados mostraram que as necessidades neste campo são reais e atuais: os profissionais sentem necessidade deste conhecimento, sobretudo após a pandemia e com o aumento de estudantes imigrantes. Estes alunos, sobretudo no ensino superior, são agora mais introvertidos e têm menos competências intergrupais, o que dificulta o estabelecimento de uma relação e dificulta a sua integração. Os professores revelam que não se sentem preparados para lidar com situações novas, como, por exemplo, um aluno a chorar porque o pai ficou no contexto de guerra. Assim, sentem necessidade de formação para poderem compreender melhor outras culturas, identificar os SSPT e agir perante estas manifestações, nomeadamente ao nível das competências de comunicação e outras competências sociais.

## 2. SINTOMAS DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (SSPT) E PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (PSPT)

### O que é o trauma?

Em geral, acontecimentos traumáticos são aqueles que envolvem morte ou ameaça de morte, lesão grave real ou antecipada, ocorrência ou ameaça de violência sexual.

Alguns destes acontecimentos apresentam um maior risco de originar consequências mais graves e de longo prazo a nível da saúde mental. Por exemplo, o trauma interpessoal (como agressão sexual ou agressão física) apresenta o maior nível de risco, bem como a exposição a acontecimentos traumáticos múltiplos ao longo da vida (efeito cumulativo). A exposição a um acontecimento traumático pode ser direta ou indireta, como seja testemunhar o trauma ou saber que um parente ou amigo próximo foi exposto a um trauma. As diferenças nas características do trauma, juntamente com as diferenças nas características pessoais, podem afetar o risco de desenvolver reações, sintomas e perturbações pós-traumáticas.

A maioria de nós experienciará pelo menos um acontecimento traumático na sua vida. Nem todos os que passam por isso desenvolverão trauma. Algumas pessoas desenvolverão sintomas que desaparecem logo após o acontecimento traumático, às vezes após algumas semanas, enquanto outras terão efeitos de longo prazo.

*- Trauma é uma experiência repentina inesperada que excede as experiências humanas habituais*

O trauma psicológico é uma resposta a um acontecimento que uma pessoa considera altamente stressante. É a experiência subjetiva única de um acontecimento potencialmente traumático ou de certas condições duradouras. As pessoas percebem o acontecimento como uma ameaça à sua vida, à sua integridade física ou à de um cuidador ou membro da sua família, e a sua capacidade de integrar essa experiência emocional é ultrapassada. A maioria das pessoas que desenvolvem trauma está exposta a um único acontecimento



stressante ou perigoso que é inesperado e repentino. Este pode ser referido como choque ou “trauma agudo”. O trauma repetitivo ou crónico resulta da exposição repetida ao longo de um período e geralmente faz parte de um relacionamento interpessoal em que alguém pode sentir-se preso emocional ou fisicamente. “Trauma complexo” descreve o trauma que pode ter ocorrido como parte dos primeiros estádios do desenvolvimento humano e/ou resulta da exposição a múltiplos acontecimentos traumáticos. O trauma “coletivo” ou “transgeracional” caracteriza-se por dificuldades psicológicas ou emocionais que podem afetar diferentes comunidades, grupos culturais e gerações (por exemplo, racismo, escravidão, remoção forçada de uma família ou comunidade, guerra). Os familiares, profissionais de saúde mental e outras pessoas que cuidam de pessoas que passaram por um acontecimento traumático correm o risco de sofrer um trauma “vicariante” ou “secundário”. Este tipo de trauma pode ocorrer quando se fala com alguém que passou por um trauma ou testemunhou um trauma diretamente.

A pessoa que escuta pode vivenciar um trauma secundário e apresentar sintomas vivenciados pela pessoa que descreve o trauma. Uma pessoa traumatizada pode sentir uma ampla gama de sintomas pós-traumáticos, tanto imediatamente após o acontecimento como a longo prazo.

### **Quais são os sintomas e as reações pós-traumáticas que podem ocorrer durante e após a exposição a um acontecimento traumático?**

*- Na maioria das pessoas, uma reação imediata ao stress é uma reação normal a uma situação anormal*

Quando alguém experiencia um acontecimento traumático, é comum ter uma reação. Reações de stress são normais e não devem ser percebidas como fraqueza. Para a maioria das pessoas, esses sintomas desaparecem por si próprios. Isto é conhecido como “recuperação natural” ou “resiliência”. Algumas pessoas nunca experienciam grandes sintomas ou problemas. Isto é conhecido como “resistência”. Outras pessoas experienciam problemas que não desaparecem por si próprios. A PSPT é um potencial resultado quando isso acontece. Os sintomas pós-traumáticos podem estar presentes ao nível das emoções, pensa-

mentos, corpo e comportamento. Não é incomum que pessoas traumatizadas apresentem sintomas em diferentes níveis ao mesmo tempo. Existe a necessidade de uma melhor compreensão das reações pós-traumáticas que são internas e, portanto, vivenciadas no nível das emoções e pensamentos. Pensamentos e emoções são internos, mesmo que a pessoa não aja de acordo com os seus pensamentos e emoções. A maioria dos sintomas e reações pós-traumáticas são altamente subjetivas, pessoais e não reconhecíveis à primeira vista, particularmente em contextos não informados em trauma. Pessoas traumatizadas com esse tipo de sintomas correm o risco de serem traumatizadas novamente nesses contextos.

As emoções são experiências subjetivas que ocorrem como resposta à exposição ao trauma e normalmente são de curta duração, mas intensas. As emoções mistas são mais comuns do que as formas puras de cada emoção. As emoções mais comuns em resposta ao trauma são o medo, a ansiedade, o nervosismo extremo, a irritabilidade, a raiva, a tristeza, a culpa, podendo também ocorrer sensação de dormência (desligar as emoções). No entanto, as pessoas podem encontrar dificuldade em identificar qualquer uma dessas emoções por vários motivos.

As reações emocionais ao trauma podem variar muito e são significativamente influenciadas pela memória e experiência da pessoa e também estão intimamente ligadas a valores e pressupostos básicos da vida (reações cognitivas, pensamentos). Por outras palavras, a experiência emocional de uma pessoa normalmente resulta de uma interpretação subjetiva de um acontecimento, e não do próprio acontecimento. Além disso, experiências traumáticas podem afetar e alterar os pensamentos de uma pessoa. O trauma pode levar a ideias autodestrutivas, crenças de incompetência pessoal, dano ou percepção de se ser diferente, vendo-se os outros e o mundo como inseguros e imprevisíveis, e o futuro como sem esperança ou encurtado.

Ao experienciar uma emoção, a pessoa pode ter reações corporais. Ao enfrentar uma ameaça, o corpo está preparado para reações de “luta ou fuga”. Essas respostas preparam automaticamente o corpo para fugir do perigo ou enfrentar a ameaça. As reações imediatas habituais do corpo são batimentos cardíacos acelerados ou respiração rápida, nó na garganta, necessidade de ir à casa de banho, suor nas palmas das mãos, tremores incontroláveis. Possíveis reações do corpo a



longo prazo são náuseas e/ou desconforto gastrointestinal, alterações do apetite, perturbações do sono, maior atenção às dores corporais, somatizações, fadiga e efeitos físicos a longo prazo.

O comportamento é o que fazemos e como agimos. Isso pode incluir ações físicas, como saltar ou correr, comportamento verbal, como gritar, dizer coisas das quais nos podemos arrepende mais tarde, ou comportamentos mais complicados. As reações pós-traumáticas típicas no nível do comportamento são inquietação, choro, retraimento, não falar com os outros, explosões de raiva ou agressividade, olhar para o nada, estar constantemente em alerta, evitamento e uso aumentado de álcool ou drogas. Os comportamentos são diferentes dos pensamentos e das emoções porque dizem respeito ao que fazemos e são óbvios para todos. Portanto, uma pequena minoria de pessoas traumatizadas que expressam comportamentos agressivos contribui para o estereótipo de que as pessoas afetadas por PSPT podem ficar enraivecidas e agressivas.

## **Quais podem ser as consequências a longo prazo para a saúde mental da exposição traumática?**

*- Os efeitos mais comuns do stress são força, crescimento e resiliência*

Experiências traumáticas podem aumentar a resiliência e impor mudanças positivas por meio do desenvolvimento desencadeado pela adversidade. Muitos daqueles que sobreviveram a acontecimentos extremamente traumáticos encontraram significado no seu sofrimento. O crescimento pós-traumático é um processo estimulado pela experiência dos sintomas pós-traumáticos, seguido pelo processamento a um nível mais profundo e, finalmente, pela capacidade de crescer a partir dele.

Algumas pessoas traumatizadas apresentam sintomas pós-traumáticos que não desaparecem por si próprios. A PSPT é um resultado potencial quando isso acontece. Ao contrário de outras perturbações de saúde mental, a PSPT tem uma causa externa, ou seja, o trauma. Aqueles que foram expostos a múltiplos acontecimentos traumáticos correm o risco de apresentar sintomas de PSPT complexos. Infelizmente, outras perturbações psicológicas em combinação com PSPT são mais a regra do que a exceção. Algumas pessoas tentam

diminuir o sofrimento usando diferentes substâncias (o chamado “autotratamento”), terminando com perturbações de uso de substâncias. A depressão também é uma das condições concomitantes mais comuns. As pessoas com doenças propensas a piorar na exposição ao stress traumático (doenças psicossomáticas), como a úlcera péptica, asma, ou as doenças de pele, podem sentir mais dificuldades após um acontecimento traumático. Os pacientes com condições de saúde mental pré-existentes são vulneráveis a esta deterioração.

## **Como abordar/intervir?**

Ao encontrar-se uma pessoa traumatizada num contexto de serviços públicos, é de extrema importância reconhecer e diferenciar dois tipos de situação: por um lado, pessoas que requerem cuidados profissionais imediatos e, por outro lado, pessoas que necessitam de apoio psicossocial, de uma abordagem informada em trauma e/ou de primeiros socorros psicológicos (intervenções de baixo nível). Por outras palavras, deve efetuar-se uma triagem. Qualquer pessoa pode precisar de ajuda profissional, mas é aconselhável atenção a grupos particularmente vulneráveis que são mais propensos a graves problemas de saúde mental após uma experiência traumática: crianças – incluindo adolescentes – especialmente as separadas dos seus cuidadores; pessoas com perturbações mentais graves; pessoas com problemas de saúde ou deficiências físicas e mentais; mulheres grávidas; pessoas em risco de discriminação ou violência; minorias economicamente desfavorecidas; e pessoas com barreiras linguísticas.

Aqueles que precisam de ajuda profissional imediata são as pessoas que apresentam: incapacidade de se mover ou congelamento; perda de memórias, como factos, informações e experiências; aparente afastamento da realidade ou de si próprias (dissociação, despersonalização, desrealização); estado de excitação extrema (por exemplo, ataques de pânico, aumento do ritmo cardíaco e/ou batimentos cardíacos irregulares); reações de culpa disfuncionais (culpa do sobrevivente, culpa da responsabilidade); sinais de desistência (por exemplo, desamparo, desesperança); pensamentos autodestrutivos (por exemplo, pensamentos suicidas ou de matar outra pessoa); ou pessoas que apresentam comportamento desorganizado, violento, agressivo (autoagressivo e/ou heteroagressivo) decorrente de



perturbações mentais; ou comprometimento funcional (por exemplo, social, ocupacional, em responsabilidades de cuidar, etc.). Em todos estes casos, é importante encaminhar a pessoa traumatizada para ajuda profissional.

### O que é a prática informada em trauma nos serviços públicos?

Uma abordagem informada em trauma muda o foco de “O que há de errado consigo?” para “O que aconteceu consigo?”. Os principais pressupostos na prática informada em trauma são:

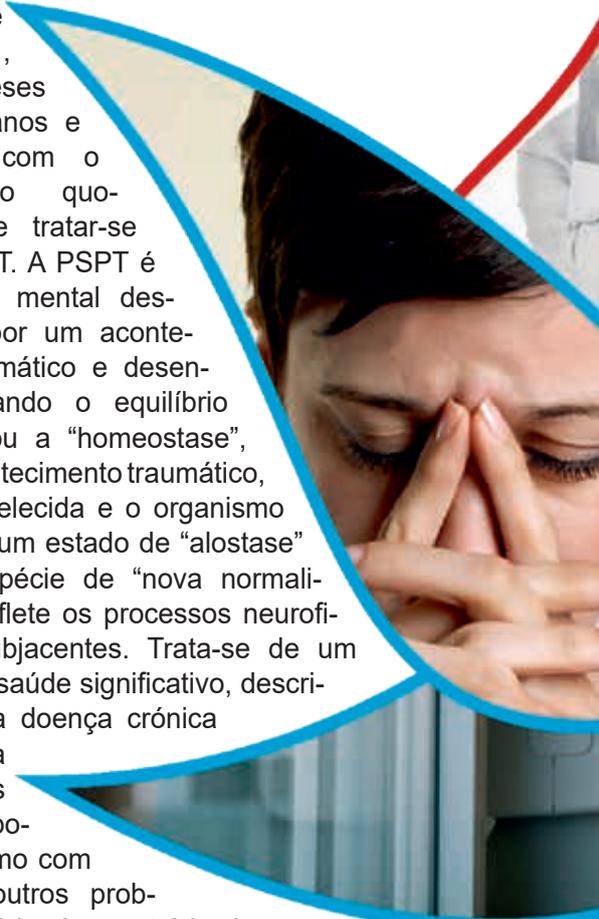
- Consciência do trauma e do impacto generalizado do trauma
- Reconhecimento dos sinais e sintomas do trauma
- Evitamento ativo da retraumatização
- Capacidade de fazer uma triagem hábil das pessoas que necessitam de ajuda profissional
- Integração do conhecimento sobre o trauma nas práticas (gestão das emoções e do stress, apoio psicossocial, empatia e abordagem de recuperação)
- Consciência da possibilidade de stress por compaixão, stress traumático secundário e esgotamento (burnout) em cuidadores.

## 3. FUNDAMENTOS DA PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO, SINAIS E SINTOMAS

### O que é a PSPT?

A maioria das pessoas que passaram por acontecimentos traumáticos pode ter dificuldades temporárias em adaptar-se e lidar com a situação, mas com tempo e bons cuidados pessoais, normalmente melhora.

Se os sintomas se agravarem, durarem meses ou mesmo anos e interferirem com o funcionamento quotidiano, pode tratar-se de uma PSPT. A PSPT é uma doença mental desencadeada por um acontecimento traumático e desenvolve-se quando o equilíbrio psicológico ou a “homeostase”, após um acontecimento traumático, não é restabelecida e o organismo permanece num estado de “alostase” ou numa espécie de “nova normalidade” que reflete os processos neurofisiológicos subjacentes. Trata-se de um problema de saúde significativo, descrito como uma doença crónica que acarreta dificuldades sociais e laborais, bem como com numerosos outros problemas de saúde. Ao contrário de outras perturbações de saúde mental, a PSPT tem uma causa externa e o trauma pode ser vivido diretamente ou testemunhado. A PSPT pode desenvolver-se em qualquer momento da vida, mas, dependendo do início e da duração dos sintomas, pode ser reconhecida como aguda (menos de três meses), crónica (três meses ou mais) ou de início tardio. Na população em geral, a prevalência da PSPT é de cerca de 10%, mas nas populações que foram expostas a traumas de guerra e/ou de combate, ou nas que foram expos-



tas a traumas sexuais, pode atingir os 30%. Na maioria dos casos, os sintomas de PSPT desaparecem espontaneamente ou entram em remissão cinco a sete anos após o trauma e, na maioria dos casos, reaparecem por altura do aniversário do acontecimento.

## Quais são os sintomas da PSPT?

Os sintomas da PSPT podem começar dentro de um mês após um acontecimento traumático, mas às vezes podem aparecer anos após o acontecimento. Os sintomas de PSPT são agrupados numa tríade de sintomas:

- **Reviver o acontecimento traumático:** imagens, pensamentos ou percepções intrusivas; sonhos ou pesadelos angustiantes sobre o acontecimento traumático; agir ou sentir como se o acontecimento estivesse a ocorrer novamente (flashbacks); reatividade psicológica e fisiológica a sinais internos ou externos semelhantes aos do acontecimento, como cheiro, cor ou som.
- **Evitamento:** esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas sobre o trauma; esforços para evitar atividades, lugares ou pessoas que lembrem o trauma; incapacidade de recordar aspetos importantes do trauma; interesse diminuído em atividades significativas, gama restrita de afetos, sensação de futuro encurtado.
- **Hiperativação:** dificuldades de sono; irritabilidade e explosões de raiva; dificuldades de concentração; ser-se facilmente sobressaltado ou assustado, estando-se sempre alerta para o perigo; desenvolver um comportamento autodestrutivo, como beber em demasia ou conduzir muito rápido.

Os sintomas de PSPT podem variar em intensidade ao longo do tempo. As pessoas podem ter mais sintomas de PSPT quando estão sob stress em geral ou quando se deparam com recordações

do que passaram. Muitas vezes, o aniversário do acontecimento intensifica os sintomas de PSPT.

## Quais são os sinais de PSPT?

Os sintomas são uma experiência muito pessoal e podemos ficar a conhecê-los se a pessoa nos os contar. O que podemos observar para lá do relato da pessoa são os sinais de uma doença ou perturbação.

As pessoas que sofrem de PSPT podem ter dificuldades de comunicação, mostrando-se retraídas, desinteressadas de questões importantes ou evitando qualquer tarefa em que precisem de comunicar. Por outro lado, podem ser irritáveis, impacientes, exigentes e propensas a acusar de falta de respeito. Podem mudar rapidamente de humor ou reagir inesperadamente a algum gatilho traumático, o que ativará a resposta fisiológica de luta ou fuga, como mudanças na frequência cardíaca e no humor. O desconforto dos sentimentos pode levar a um esforço para não pensarem no trauma, com recurso ao consumo de álcool ou de outras substâncias.

## PSPT Complexa

Enquanto a PSPT geralmente está associada a um único acontecimento traumático, a “PSPT complexa” está relacionada com uma série de acontecimentos traumáticos ao longo do tempo, ou a um acontecimento prolongado. Os sintomas da PSPT complexa podem ser semelhantes, mas mais duradouros e extremos do que os da PSPT.

A exposição intensa e prolongada a eventos traumáticos, combinada com outros fatores de risco, como a idade, problemas de saúde mental pré-traumáticos, trauma na infância e falta de apoio social, podem levar a mudanças significativas no desenvolvimento da personalidade. É mais provável que a pessoa desenvolva PSPT complexa se o trauma for vivenciado em idade precoce, se o trauma durar muito tempo, se a pessoa tiver passado por traumas múltiplos ou se tiver sido vitimada por alguém próximo.

O efeito do trauma a longo prazo designa-se “PSPT complexa”. Além dos sintomas de PSPT, a forma complexa engloba mudanças ao nível da personalidade, através de alterações na regulação do afeto e dos impulsos, autopercepção, relações com os outros e sistemas de significado.



## Quais são os sintomas da PSPT Complexa?

Além dos sintomas de PSPT, a PSPT complexa apresenta o seguinte:

- desregulação emocional e afetiva, que compreende um aumento da reatividade emocional, explosões de raiva, tendência para estados dissociativos prolongados, entorpecimento emocional com falta de capacidade para emoções positivas (hiperreatividade ou hiporreatividade);
- perturbações do self (do sentido de si), autoconceito negativo, vergonha ou sentimento de culpa;
- dificuldades nas relações interpessoais, com diminuição do sentimento de proximidade, evitamento de relação, ou relações temporárias intensas.

As mudanças no pensamento e no humor podem incluir sintomas como pensamentos negativos sobre si mesmo, outras pessoas ou o mundo, desesperança em relação ao futuro, problemas de memória, incluindo não recordar aspetos importantes do acontecimento traumático, dificuldade em manter relacionamentos íntimos, sentir-se separado da família e dos amigos, dificuldade em experimentar emoções positivas, sentir-se emocionalmente entorpecido e ter pensamentos suicidas.

Uma das características da PSPT complexa são as chamadas “distorções cognitivas”. Aqueles que sofrem de PSPT complexa têm crenças negativas persistentes sobre si mesmos (ou seja, “eu não sou bom”) e sobre o mundo (“não posso confiar em ninguém”), e uma culpa exagerada, dirigida a si ou aos outros, por causarem o trauma (“eu mereci que isto acontecesse comigo”). Podem estar preocupados com pensamentos sobre o perpetrador ou agressor e sobre uma possível vingança, mantendo, assim, a posição de vítima.

As pessoas com PSPT complexa podem ter particular probabilidade de experimentar uma espécie de “flashback emocional”, com sentimentos intensos originalmente sentidos durante o trauma, como medo, vergonha, tristeza ou desespero. Podem reagir a acontecimentos no presente como se fossem a causa desses sentimentos, sem perceber que estão a ter um flashback. Todos os sintomas podem variar ao longo do tempo ou de pessoa para pessoa.

## Quais são os sinais da PSPT complexa?

As pessoas com PSPT complexa são extremamente sensíveis à forma como os outros as tratam. Qualquer comportamento que possam sentir como indiferente pode acentuar o seu sentimento de vergonha, culpa ou inutilidade. Isso pode causar retração, evitamento ou reação de irritação. São propensas a desistir de tudo o que é socialmente exigente. Terão dificuldades em manter a comunicação e podem sentir que todos estão contra elas.

Comparação entre sintomas da PSPT e da PSPT Complexa:

PSPT	PSPT Complexa
Re-experienciar	Re-experienciar
Evitar gatilhos do trauma	Evitar gatilhos do trauma
Sensação de ameaça	Sensação de ameaça
	Desregulação afetiva
	Autoconceito negativo
	Dificuldades interpessoais
Menos danos funcionais	Maior dano funcional

Além dos sintomas descritos, quase 80% das pessoas com PSPT e PSPT Complexa apresentam pelo menos mais uma perturbação de saúde mental, mais comumente a depressão e o abuso de substâncias. Tanto a PSPT como a PSPT Complexa são condições graves que necessitam de cuidados profissionais especializados.



## Mitos comuns sobre a PSPT

Existem muitos equívocos e mitos sobre a PSPT. Embora muitas pessoas experienciem algum tipo de trauma nas suas vidas, nem todas desenvolvem PSPT. Estes são alguns dos mitos e factos comuns relacionados com a PSPT :

### **Mito 1: As pessoas sofrem sintomas de PSPT logo após um trauma**

Os sintomas geralmente aparecem nos primeiros meses após um acontecimento traumático, mas, por vezes, não aparecem até anos depois. É diferente para cada pessoa que desenvolve uma PSPT.

### **Mito 2: Pessoas com PSPT são perigosas**

A maioria das pessoas com PSPT não apresenta comportamento violento. A PSPT está associada a um risco aumentado de violência, mas a maioria das pessoas com esta perturbação nunca age de forma violenta. A investigação tem demonstrado que quando os fatores de risco correlacionados com a PSPT são tidos em consideração, a associação entre PSPT e comportamento violento cai significativamente.

### **Mito 3: A PSPT só pode afetar adultos**

Outro mito que envolve a PSPT é que crianças e adolescentes não podem desenvolver esta perturbação de saúde mental, porque têm resiliência e capacidade de superar dificuldades graves. No entanto, as crianças com menos de seis anos podem apresentar sintomas de PSPT.

### **Mito 4: Os sintomas do PSPT desaparecem quando a pessoa se recupera do trauma**

Os sintomas de PSPT podem aparecer e desaparecer e podem variar em intensidade ao longo do tempo. Gatilhos do trauma, mesmo muitos anos depois, podem fazer com que sintomas há muito adormecidos reapareçam. É o chamado “reviver um trauma” e é comum em pessoas com PSPT.

### **Mito 5: Todas as pessoas reagem ao trauma da mesma forma**

Embora as pessoas passem por experiências traumáticas semelhantes, isso não significa que sejam afetadas exatamente do mesmo

modo. A saúde mental pessoal e as experiências de vida próprias não são idênticas às de qualquer outra pessoa, portanto, a reação ao trauma e a recuperação também não serão idênticas às de mais ninguém.

### **Mito 6: Sem lesão física, a PSPT não requer atenção médica**

Mesmo sem uma ferida física, a PSPT é um sinal de “lesão”. A vida diária de muitas pessoas com PSPT é perturbada por sintomas como ataques de pânico e insónia.

### **Mito 7: A PSPT afeta apenas pessoas fracas**

Não é uma questão de força ou resistência emocional. Há uma série de fatores que determinam se uma pessoa que passou por um trauma desenvolve PSPT. O risco de desenvolver a PSPT depende, em parte, de uma combinação de fatores de risco e fatores de resiliência.

### **Mito 8: Na PSPT, está tudo na cabeça de uma pessoa**

Acontecimentos traumáticos podem mudar o funcionamento do cérebro. A PSPT leva a mudanças mensuráveis no cérebro e/ou no corpo depois de uma pessoa ter sido exposta a um trauma.

### **Mito 9: A PSPT não é tratável**

Na verdade, é “bastante tratável”, mesmo que não seja completamente curável em todos os casos. A PSPT é frequentemente tratada com intervenção farmacológica combinada com psicoterapia. As intervenções mais utilizadas são o aconselhamento, a terapia de exposição/ a terapia comportamental e a Dessensibilização e Reprocessamento através dos Movimentos Oculares [Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR, em inglês]. A nutrição é uma componente chave em qualquer regime de intervenção. Também há evidência de que a meditação pode ajudar as pessoas com PSPT.

Post Traumatic Integration Awareness Raising Guidelines p. 19: <https://onlinematerial.posttraumatic-integration.eu/guidelines%2FP-TI%20Guidelines%20EN.pdf>



## 4. IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICA INFORMADA EM TRAUMA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS

É especialmente importante enfatizar, desde o início, que o reconhecimento e a capacitação dos utentes/clientes, utilizadores de determinados serviços públicos, não se destinam e não podem substituir a ajuda profissional de especialistas, conselheiros e terapeutas. As estratégias descritas nesta secção aumentam a consciencialização e fortalecem o conhecimento e as habilidades dos profissionais dos serviços públicos ao trabalharem com os utentes/clientes, mas não os habilitam a efetuar aconselhamento e terapia. Isso certamente requer uma rede comunitária organizada de serviços que se complementam e se fortalecem mutuamente. Portanto, é importante conhecer e distinguir os tipos de assistência, bem como os limites da própria competência profissional. Esta secção centra-se principalmente na compreensão e na aquisição de conhecimentos adicionais no domínio do apoio psicossocial de baixo nível, que é cada vez mais necessário em alguns serviços públicos.

### Organização informada em trauma

O trauma, resultado de experiências nocivas como a violência, a negligência, a guerra e o abuso, transcende variáveis como a idade, o género, o estatuto socioeconómico e a etnia e é um fenómeno quase global. Estudos que analisam a distribuição de acontecimentos traumáticos com base no sexo, na idade, na origem étnica e no estatuto socioeconómico revelaram que as pessoas de grupos socioeconómicos baixos e de comunidades étnicas minoritárias têm maior probabilidade de sofrer acontecimentos traumáticos. Os efeitos do trauma nunca foram tão evidentes como após a pandemia global de COVID-19 e a guerra na Europa, com um número crescente de organizações que veem o trauma como um foco essencial da prestação de serviços. No entanto, atender ao trauma requer uma abordagem multifacetada e envolvendo múltiplas agências que inclua consciencialização e formação, trabalho a montante e avaliação e tratamento específicos para o trauma. Todos estes esforços devem ser conduzidos dentro de uma estrutura informada em trauma, com base numa compreensão sólida do trauma e dos seus efeitos a longo prazo, a fim de ter o maior impacto possível.

O caminho para se tornar numa “organização in-

formada em trauma” exigirá que a organização abandone os modelos tradicionais de prestação de serviços e reavalie todas as suas práticas e políticas organizacionais sob a perspetiva do trauma. Como parte dessa reconceptualização dos serviços, as organizações serão obrigadas a reformular comportamentos complexos como respostas a gatilhos relacionados com o trauma e a priorizar o desenvolvimento de relacionamentos mútuos e de confiança. Um vasto corpo de investigação sobre prática informada em trauma identifica o caminho a seguir para novos modelos de prestação de serviços: “do medo à segurança, do controlo à capacitação e do abuso de poder à responsabilidade e transparência”<sup>9</sup>. O desenvolvimento de um conceito de trabalho com trauma e uma compreensão partilhada das etapas que as organizações podem seguir rumo à prática informada em trauma são fundamentais nesse caminho.

### O que significa Prática Informada em Trauma (PIT)?

É um modelo baseado e guiado por uma compreensão abrangente de como a exposição ao trauma afeta o desenvolvimento neurológico, biológico, psicológico e social dos utentes/clientes. Como tal, uma prática informada em trauma (PIT, TIP em inglês) baseia-se na neurociência, na psicologia e nas ciências sociais, bem como nas teorias da vinculação e do trauma, e reconhece um papel central ao impacto complexo que o trauma tem na perceção do mundo e nos relacionamentos. Aplica-se a todos os setores de serviço público, incluindo a assistência social, a saúde física, a habitação, a educação e o sistema de justiça criminal. As organizações informadas em trauma assumem que as pessoas sofreram acontecimentos traumáticos e, como resultado, podem ter dificuldade em sentir-se seguros nos serviços e em desenvolver relacionamentos de confiança com os prestadores desses serviços. Como resultado, os serviços são estruturados, organizados, e disponibilizados de forma a promover a segurança e a confiança e a prevenir novos traumas. Consequentemente, os serviços informados em trauma podem ser diferenciados dos serviços específicos para trauma, que são projetados para tratar os efeitos do trauma, recorrendo a terapias específicas e a outros métodos.

9 Concetta, P. (2018). Survivors voices, personal communication, in Sweeney, A & Taggart, D. (2018). (Mis)understanding trauma-informed approaches in mental health. *Journal of Mental Health*, 27(5), 383-87.



Por que é importante compreender o trauma e ser informado em trauma? Uma revisão bibliográfica revela que a prática informada em trauma é eficaz e pode beneficiar tanto os sobreviventes do trauma quanto os membros da equipa. Os serviços informados em trauma podem oferecer capacitação aos sobreviventes de trauma e apoio não traumatizante. Além disso, esses serviços podem ajudar a estreitar a distância entre os destinatários e os prestadores de serviços. Assim, o fornecimento de formação, supervisão e suporte aos funcionários é de extrema importância e torna-se tão relevante eles quanto para os utentes/clientes. Na verdade, as organizações que não incentivam os funcionários a cuidar de si mesmos correm o risco de expô-los a stress traumático secundário, trauma vicariante e esgotamento (burnout), o que prejudicará a sua capacidade de fornecer serviços de alta qualidade.

## **Princípios-chave de uma abordagem informada em trauma**

A seguir é apresentada uma lista dos princípios orientadores de PIT, adaptada de Fallot e Harris (2006):

### **1. Segurança**

Uma organização esforça-se por garantir a segurança física e emocional dos utentes/clientes e dos funcionários. Tal inclui ausência de ameaças ou de danos razoáveis e esforços para evitar a retraumatização.

É essencial garantir a segurança física e emocional de todas as partes, incluindo a do funcionário. Aspectos de segurança física podem incluir a seleção de um local que garanta a privacidade e confidencialidade das pessoas afetadas. Se estiverem agitados e sob muito stress, podem ficar alheados do que os rodeia, podendo chegar ao ponto de se colocarem em risco físico; neste caso, será preciso afastá-los calmamente de qualquer perigo físico. No entanto, as ameaças à segurança emocional, como experienciar uma reação emocional intensamente negativa despoletada durante uma conversa podem ser mais prevalentes. Continue a monitorizar a pessoa na identificação de sinais de stress e, se necessário, ajude-o a acalmar-se, fazendo pequenas pausas ou incentivando-o a respirar lenta e profundamente. Certifique-se de que a sua comunicação não-verbal demonstra que está solidário, atencioso e focado, por exemplo, mantendo um bom contacto visual e utilizando

de expressões faciais apropriadas, como acenar com a cabeça e sorrir no momento apropriado. Se a pessoa ainda estiver visivelmente angustiada após o término da conversa, não a deixe sozinha até que ela se tenha acalmado o suficiente.

### **2. Confiabilidade**

As políticas e procedimentos de uma organização devem ser transparentes com a intenção de promover a confiança entre funcionários, utentes/clientes e a comunidade em geral.

O trauma interpessoal é causado por experiências perturbadoras, prejudiciais ou com risco de vida causadas por outras pessoas, como violência familiar e doméstica, bullying grave ou assédio sexual. Uma das suas características é a quebra de confiança, que frequentemente resulta em trauma de traição (danos psicológicos causados pela traição num relacionamento que destrói a confiança e a sensação de segurança). Portanto, as pessoas traumatizadas frequentemente acham difícil confiar nos outros e pode levar algum tempo até confiarem em si. Se sentir a suspeita ou extrema cautela de uma pessoa na interação consigo, não interprete de modo pessoal nem responda com impaciência ou aborrecimento. Pode conquistar confiança permanecendo atento às necessidades e à comunicação não-verbal da pessoa, adotando uma abordagem gentil e evitando trazer um objetivo pessoal para a conversa (como pressionar a pessoa para uma ação específica ou insistir em expectativas), dando atenção às interações e evitando julgar ou interromper a pessoa.

### **3. Escolha**

Os utentes/clientes e os funcionários têm participação e escolha no processo de tomada de decisão da organização e dos seus serviços.

Como o trauma diminui a capacidade de uma pessoa tomar decisões, resulta frequentemente em sentimentos de impotência e perda de controlo. Pode ajudar um cliente, colega ou membro da equipa angustiado a recuperar o sentido de controlo, dando-lhe tantas opções e escolhas quanto possível, como, por exemplo, em relação ao horário e local da interação, a maneira como ela é mantida e desenvolvida, ao nível de detalhes que gostaria de discutir, a quando gostaria de encerrar a conversa ou fazer uma pequena pausa e – quando possível e apropriado – ao que gostaria que fizesse com as informações fornecidas.

### **4. Colaboração**

A organização deve reconhecer a importância da



experiência da equipa e do cliente/utente para superar obstáculos e melhorar todo o sistema. Isto é frequentemente implementado através da utilização formal ou informal do apoio de pares e da autoajuda.

Este princípio descreve a distinção entre fazer algo a alguém e fazer algo por alguém. Lembre-se de que está lá para fornecer apoio, não para assumir o controlo total da situação, pois isso apenas exacerbaria os sentimentos de desamparo e falta de opções que uma pessoa gravemente angustiada ou traumatizada provavelmente já está a experienciar. Como funcionário deve ajudar o cliente/utente, se este o solicitar (desde que se sinta confortável e seja apropriado fazê-lo), como ligar para um familiar ou amigo para obter apoio, ou falar com um gerente ou profissional de saúde em nome da pessoa, mas nunca sem a sua permissão.

### 5. Capacitação

A organização desenvolve esforços individuais e organizacionais para partilhar o poder e dar aos utentes/clientes e aos trabalhadores uma voz forte na tomada de decisões.

Restaurar um sentido de poder pessoal é crucial para a recuperação de um trauma interpessoal, que frequentemente resulta de desequilíbrios de poder nos relacionamentos. Pode ajudar a pessoa a restaurar a autoestima (por exemplo, a en-

fatizar os pontos fortes e a validar pensamentos e emoções) ao manter interações respeitadas e inclusivas e tratar a pessoa como um parceiro igual.

Interagir com pessoas traumatizadas, enlutadas ou extremamente angustiadas pode ser emocionalmente desgastante e desafiante; portanto, é essencial cuidar também de si e garantir a sua segurança e bem-estar psicológico. Lembre-se de que, embora possa oferecer assistência, não é responsável pelas ações e decisões dos outros. Se não tiver certeza do que fazer, se se sentir sobrecarregado pela história da outra pessoa ou se quiser outro ponto de vista, não hesite em procurar ajuda.

Utilizar os cinco princípios da comunicação informada em trauma no local de trabalho é benéfico. Estes são essenciais nas interações com pessoas angustiadas, sejam iniciadas por si (por exemplo, porque deseja verificar e apoiar um colega que suspeita que esteja mentalmente doente ou tenha sofrido um trauma) ou em resposta a um cliente ou a um membro da equipa que tenha relatado uma experiência traumática. É útil considerar estes princípios como marcas de uma comunicação respeitosa em qualquer situação, não apenas durante uma crise. Culturas de trabalho positivas e psicologicamente seguras são requisitos para o desenvolvimento de relações pessoais e profissionais positivas.

#### Safety



Ensuring physical and emotional safety

Common areas are welcoming and privacy is respected

#### Choice



Individual has choice and control

Individuals are provided a clear and appropriate message about their rights and responsibilities

#### Collaboration



##### Definitions

Making decisions with the individual and sharing power

##### Principles in Practice

Individuals are provided a significant role in planning and evaluating services

#### Trustworthiness



Task clarity, consistency, and Interpersonal Boundaries

Respectful and professional boundaries are maintained

#### Empowerment



Prioritizing empowerment and skill building

Providing an atmosphere that allows individuals to feel validated and affirmed with each and every contact at the agency

**Fonte: Esquema do Instituto de Trauma e Cuidados Informados sobre Trauma [Institute on Trauma and Trauma-Informed Care] (2015). Obtido na página do Centro de Investigação Social de Búfalo [Buffalo Center for Social Research] ([here](#)).**



## Acontecimentos ativadores (gatilhos)

Os termos “gatilho ou acontecimento ativador” referem-se à experiência de se ter uma resposta emocional a um tópico perturbador (como violência) num contexto social ou nos meios de comunicação social. No entanto, há uma distinção entre ser ativado e sentir-se desconfortável.

Para pessoas com histórico de trauma, a exposição a qualquer coisa que as lembre de um acontecimento traumático pode induzir a retraumatização ou a sensação de reviver o trauma. Algumas pessoas são mais capazes de lidar com situações stressantes do que outras; considere o impacto que tais situações podem ter sobre as pessoas com doença mental.

A retraumatização refere-se a qualquer situação ou ambiente que se assemelhe, literal ou simbolicamente, ao trauma sofrido por uma pessoa, e que provoque emoções e comportamentos angustiantes associados ao trauma inicial. A retraumatização é possível em todos os sistemas e em todos os níveis de atendimento, incluindo individuais, equipa e sistema/organização.

Frequentemente, a retraumatização não é intencional. Algumas práticas “óbvias”, como o uso de restrições ou isolamento, podem ser retraumatizantes; no entanto, práticas ou situações menos óbvias envolvendo cheiros, sons ou tipos específicos de interação podem fazer com que as pessoas sofram novos traumas.

A retraumatização é uma grande preocupação, pois as pessoas que sofreram traumas múltiplos tendem a exibir sintomas relacionados com traumas mais graves do que aqueles que sofreram um único trauma. As experiências de múltiplos traumas são frequentemente associadas a uma diminuição da vontade de se envolver em tratamentos. A retraumatização também pode ocorrer na interação com pessoas que sofreram traumas históricos, intergeracionais ou culturais.

## Tipos de gatilho ou acontecimento ativador

Os gatilhos ou acontecimentos ativadores variam muito entre as pessoas e podem ser internos ou externos. Os acontecimentos que podem ser considerados gatilhos encontram-se mencionados a seguir.

## Gatilhos internos

Um gatilho interno origina-se dentro da pessoa. Pode ser uma lembrança, uma sensação física ou uma emoção, como:

- Raiva
- Ansiedade
- Sentir-se vulnerável, abandonado ou fora de controlo
- Solidão
- Tensão muscular
- Memórias de um acontecimento traumático
- Dor
- Tristeza

## Gatilhos externos

Os gatilhos externos têm origem no contexto da pessoa. Podem ser uma pessoa, um local ou uma circunstância particular. O que pode ser uma ocorrência quotidiana ou um aborrecimento menor para alguns pode ser um gatilho para alguém com PSPT.

Por exemplo, uma pessoa traumatizada pode ser ativada por:

- Um filme, programa de televisão ou artigo de notícias que relembre a experiência
- Uma pessoa que fez parte da experiência de trauma
- Um desentendimento com um colega de trabalho, superior, amigo ou parceiro
- Uma determinada hora do dia
- Certos sons que evocam memórias do acontecimento
- Alterações ou fim de um relacionamento
- Datas importantes, incluindo feriados e aniversários
- Visita a um local específico que traz de volta memórias do acontecimento
- Aromas ligados à experiência, como fumo

O cérebro pode interpretar acontecimentos traumáticos passados como atuais quando ativados por um gatilho. Isso faz com que o corpo experimente sintomas semelhantes (como a resposta de luta ou fuga), aos que aconteceram em resposta ao trauma inicial. Uma pessoa pode experimentar uma resposta emocional antes de se aperceber do porquê de estar perturbada. Frequentemente, os gatilhos têm uma forte associação sensorial (e.g., visão, som, paladar ou cheiro) ou estão associados a um hábito profundamente enraizado.



## A necessidade de apoio social

A oferta de assistência, serviços e recursos a pessoas e a comunidades por parte de agências e funcionários públicos é chamada de “apoio social” na administração pública. Este apoio pode assumir várias formas, incluindo assistência financeira, acesso a cuidados de saúde e de educação, serviços sociais e outras respostas que ajudam as pessoas a satisfazer as suas necessidades básicas e a melhorar a sua qualidade de vida.

Uma das funções primordiais da administração pública é, entre os seus serviços, prestar apoio social às pessoas e às comunidades mais vulneráveis. Isso pode incluir o desenvolvimento de políticas e programas que abordam as desigualdades sociais e económicas, a criação e a implementação de redes de suporte social e a colaboração com organizações comunitárias e sem fins lucrativos para fornecer assistência adicional às pessoas necessitadas.

A participação real em diversas relações sociais constitui a integração social. Esta integração inclui sentimentos, proximidade e um sentido de pertença a vários grupos sociais. De acordo com os especialistas, a integração em tais relações

sociais fornece proteção contra comportamentos desadaptativos e resultados negativos em termos sociais e de saúde.

Independentemente do departamento e da área da administração pública em que trabalha como funcionário público, deve desenvolver competências sociais que complementem e valorizem adequadamente o seu trabalho de base. Estas incluem, necessariamente, competências de comunicação (verbal, não-verbal), assertividade, empatia, resiliência, capacidade de resolver problemas e situações de conflito e, principalmente, a capacidade de trabalhar com utentes/clientes exigentes.

## Tipos de sistemas de apoio social

Existem diferentes formas e funções das redes sociais de apoio na vida das pessoas: em períodos de stress, o apoio emocional pode ser especialmente vital.

Quando as pessoas têm necessidades imediatas que devem ser atendidas, o apoio instrumental é essencial. O terceiro tipo de suporte importante é conhecido como suporte informativo. Pode en-



volver mentoria, orientação, aconselhamento e informação. As pessoas podem sentir-se menos ansiosas e stressadas com os problemas que estão a tentar resolver se tiverem acesso a esta forma de apoio.

Atender utentes/clientes com SSPT em serviços públicos e administrativos requer sensibilidade e compreensão. A seguir são apresentadas algumas sugestões de como fornecer os cuidados adequados:

- **Seja paciente e empático:** Pessoas com SSPT podem ter dificuldade em concentrar-se ou em comunicar as suas necessidades. Ao trabalhar com eles é importante ser paciente e empático.
- **Crie um ambiente seguro:** Certifique-se de que o ambiente está calmo e silencioso e minimize quaisquer possíveis gatilhos. Certifique-se de que a pessoa se sente segura e apoiado durante a interação.
- **Utilize uma comunicação clara:** Utilize uma linguagem clara e concisa e evite o uso de terminologia ou jargão complexo. Permita que as pessoas façam perguntas e levem o seu tempo para processar as informações.
- **Respeite os limites:** Pessoas com PSPT podem ter limites ou gatilhos específicos. É importante respeitar as suas necessidades e comunicar qualquer informação necessária de uma forma que não desencadeie os sintomas de PSPT.
- **Ofereça apoio e recursos:** Forneça informações sobre os grupos de apoio ou opções de terapia que podem ser úteis para a pessoa. Esteja disposto a pô-los em contacto com recursos relevantes ou a fornecer assistência adicional, conforme necessário.
- **Procure formação e educação:** Profissionais dos serviços administrativos podem beneficiar de formação e educação em PSPT e em como interagir com pessoas que têm essa condição.

No geral, lidar com utentes/clientes com PSPT em serviços públicos e administrativos requer compreensão, paciência e empatia. Ao criar um ambiente seguro e de apoio, ao utilizar uma comunicação clara, respeitar os limites e oferecer apoio e recursos, pode fornecer cuidados adequados às pessoas com PSPT.

## A importância de uma rede de serviços de apoio

Os sistemas de apoio ao trauma nos serviços públicos referem-se são a gama de serviços e recursos disponíveis para as pessoas que passaram por acontecimentos traumáticos, como desastres naturais, acidentes, violência ou abuso. O trauma pode ter efeitos profundos e duradouros na saúde mental e física das pessoas, bem como na sua capacidade de funcionar na vida diária. Os serviços públicos, como os sistemas de saúde, serviços sociais, autoridades e equipas de emergência, podem desempenhar um papel crítico no fornecimento de apoio a pessoas que sofreram trauma.

A seguir são apresentados alguns exemplos de redes comunitárias de apoio que podem servir e complementar os serviços da administração pública na prestação dos serviços:

- **Linhas diretas de crise:** muitos serviços públicos oferecem linhas diretas de emergência para as quais as pessoas podem ligar para obter assistência e suporte imediatos. Essas linhas diretas geralmente são operadas por conselheiros formados que podem fornecer orientação e encaminhamento para outros recursos.
- **Equipas de resposta a emergências:** técnicos de emergência médica, polícias e bombeiros geralmente interagem com pessoas que passaram por acontecimentos traumáticos. Estes profissionais podem receber formação especializada em cuidados informados em trauma e técnicas para ajudar as pessoas a gerir as suas emoções e a lidar com as consequências do trauma.
- **Serviços de saúde mental:** Muitos serviços públicos oferecem serviços de saúde mental, como aconselhamento e terapia a pessoas que sofreram trauma. Estes serviços podem ajudar as pessoas a processar as suas experiências, a gerir os sintomas e a desenvolver estratégias de coping.
- **Serviços para vítimas:** Muitos serviços públicos têm programas de atendimento às vítimas que fornecem apoio e defesa a pessoas que sofreram crimes ou abuso. Esses programas podem oferecer serviços como intervenção em crise, planeamento de segurança e ajuda no acesso a outros recursos.
- **Serviços sociais:** As instituições de solidariedade social podem fornecer uma variedade de



serviços a pessoas que sofreram trauma, como assistência habitacional, assistência alimentar e formação profissional. Estes serviços podem ajudar as pessoas a estabilizarem as suas vidas e a começarem a reconstruí-las após um acontecimento traumático.

No geral, os sistemas de apoio ao trauma nos serviços públicos podem ajudar as pessoas que sofreram traumas a aceder aos recursos e ao apoio de que precisam para recuperar e reconstruir as suas vidas. Esses sistemas exigem investimento e atenção contínuos para garantir que são eficazes e respondem às necessidades das pessoas em crise.

## 5. IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

As organizações públicas enfrentam desafios relacionados com lidar com um grande número de pessoas, grandes quantidades de informação e, muitas vezes, processos longos e burocracia complexa, uma realidade em diversos países. Estes fatores podem contribuir para uma abordagem impessoal, que pode ter consequências particularmente negativas em pessoas afetadas por trauma. Se a sua organização deseja implementar uma prática informada em trauma ou se deseja melhorar a sua prática individual, este capítulo é para si, pois ajudá-lo-á a compreender a importância da comunicação e a desenvolver melhores práticas.

Muitas vezes, assume-se que as competências de comunicação se desenvolvem naturalmente com a prática. No entanto, um número crescente de estudos tem mostrado a importância da educação continuada, da formação e da supervisão, pois a insatisfação com a comunicação continua a ser uma das queixas mais frequentes no atendimento em diversos setores e serviços.

A experiência de um trauma (por exemplo, guerras, catástrofes naturais, violência, negligência, abuso) pode alterar o comportamento das pessoas, de sensato e equilibrado para socialmente disruptivo, com manifestações de medo, crítica, raiva, distração, e podendo a pessoa ficar deprimida ou ansiosa. Nestes casos, as pessoas, essencialmente ocupadas com a autopreservação, podem esquecer o que lhes foi dito, recusar-se a aceitar informações desagradáveis, deturpar informações simples ou criticar e queixar-se gra-

tuitamente. É importante responder à ansiedade e ao sofrimento prestando atenção e fornecendo apoio.

Neste contexto, a comunicação deve ter algumas características decisivas. É importante estar alerta e preparado. Fazê-lo requer educação e/ou formação contínuas para todos os envolvidos na organização, independentemente da sua posição ou estatuto. Deve ser também um processo dinâmico adaptado a cada pessoa e às características da sua experiência no momento da interação, uma vez que as necessidades da própria pessoa mudam ao longo do tempo.

A seguir é apresentado um conjunto de recomendações que devem orientar a sua interação/comunicação com pessoas que sofreram trauma.

### Por onde começar a comunicação?

Lembre-se de que lidar com uma pessoa que passou por um trauma é muito mais do que mudar a pergunta de “o que há de errado consigo?” para “o que aconteceu consigo?”. Embora mudar esse aspeto seja fundamental, sabe-se hoje que ele é insuficiente por si só. Algumas recomendações que podem melhorar o seu desempenho nestes casos são:

- Saiba mais sobre o trauma e como ele afeta as pessoas. Saber que o trauma afeta os pensamentos, emoções e o corpo das pessoas ajudá-lo-á a lidar com reações que pode ter considerado inesperadas ou inadequadas. Se passar a vê-las como uma reação ao trauma, estará mais predisposto a agir de acordo com uma prática informada.
- Se possível, procure conhecer os utentes/clientes antes de os receber. Se tiver acesso a informações que permitam a triagem de casos, tente identificar utentes/clientes com histórico de trauma.
- Evite qualquer prática retraumatizante. Tenha em mente que, tão importante quanto saber como agir numa crise, é saber prevenir ou minimizar a sua ocorrência. Deve reconhecer o papel dos gatilhos (isto é, situações que ativam memórias vívidas do trauma) na ativação de crises e eliminar práticas que possam funcionar como tal. Se se sentir preparado, quando se deparar com manifestações de angústia, poderá partilhar técnicas tranquilizadoras e de enraizamento [grounding].



- Esteja atento aos comportamentos verbais e não verbais das pessoas e adapte o seu comportamento aos primeiros sinais, de forma a minimizar situações de agravamento da angústia, raiva ou medo. Evite reagir ao estado emocional que identifica nas pessoas tentando modificá-lo ou transmitir que é injustificado. Em vez disso, tente reconhecer e aceitar o seu estado, mostrando interesse em ouvir se a pessoa quiser verbalizar o que sente.
- Utilize a comunicação não verbal para expressar atenção, interesse e apoio. Posturas como inclinar-se para a frente, olhar para a pessoa sem ser intrusivo, acenar com a cabeça, dizer “hum-hum” para estimular o discurso, sorrir, parecer calmo, receptivo e sintonizado com o estado emocional da pessoa podem ser sentidos como empáticos.
- Ficar em silêncio nos momentos em que a pessoa parece estar a pensar, ou após fornecer informações, é importante. Esteja consciente de que os silêncios podem permitir a integração de informação, que as pessoas se organizem, e dar origem a novas perguntas, para as quais as pessoas precisam de se preparar.
- Identifique e ligue-se a uma rede de serviços na sua área que pode ativar ou para onde pode encaminhar a pessoa se esta expressar a necessidade ou pedir. Garanta sempre a confidencialidade das informações. Não comente o que foi compartilhado consigo ou o que observou. Se o fizer porque questões profissionais o obrigam a isso, proteja a identidade da pessoa.
- Tente fornecer as informações solicitadas e permitir que as pessoas participem das decisões que lhes digam respeito, em vez de lhes atribuir um papel passivo. Permitir que as pessoas se sintam no controlo da situação, potenciando as suas competências e pontos fortes, contribui para as capacitar. Forneça informações escritas complementares que possam funcionar como um auxiliar de memória. Leve em consideração que as pessoas diferem na quantidade de informação de que precisam, portanto, deve avaliar a necessidade de informação caso a caso. Não sobrecarregue as pessoas com informação, mas responda ao que as pessoas querem saber e procure pistas sobre como a informação está a ser percebida. Pode ser necessário reduzir e/ou



simplicificar as informações prestadas de forma a diminuir possível desconforto e reações de desconforto.

- Saiba que falar sobre o que o afetou ou o preocupa, com uma pessoa que apresenta simpatia, apoio e validação pode ajudar a pessoa a diminuir sentimentos de desconforto, angústia e alienação. Termine agradecendo a partilha consigo, por exemplo, “Obrigado por compartilhar isso comigo”. Esteja consciente de que muitas pessoas afetadas acham difícil falar sobre o que as preocupa e podem não querer fazê-lo. Há também questões culturais e de género que podem intensificar essa reação. Em certas culturas, especialmente os homens podem ter sido educados para não falar sobre os seus sentimentos e a não pedir ajuda. Evite mostrar sinais de frustração. Em vez disso, nesses casos, pode ajudar:
  - dizer que a resposta/reação da pessoa é frequente, normalizando-a;
  - evitar fazer perguntas detalhadas;
  - reconhecer a dificuldade da pessoa em falar, por exemplo, “sinto que está a sentir dificuldade em falar sobre isso”;
  - dar resposta às questões e preocupações mais imediatas;
  - respeitar limites e fronteiras individuais;
  - focar-se na pessoa e ver para além do trauma.



- Se possível, não evite temas emocionais para sua própria proteção, mas pergunte sempre às pessoas se elas os querem abordar. Não desvalorize a experiência e os sentimentos das pessoas. Permita que as pessoas chorem se sentirem necessidade disso. A maioria das pessoas sente-se incomodada com o choro de outras pessoas e tende a tentar pará-lo. Esteja consciente de que a libertação de emoções pode trazer algum alívio, incentivando a expressão de preocupações. Espere que a crise passe e responda com empatia. Não deve usar clichês, culpar ou utilizar expressões como “Vai sentir-se melhor”; “O tempo vai ajudar”; “Pelo menos...”. Não diga às pessoas como se devem sentir ou que não se devem sentir assim, evitando expressões como “Deveria sentir-se...” ou “Não deveria sentir-se...” ou “Pelo menos...”.
- Se fornecer conselhos ou orientações, evite fazê-lo de maneira impositiva. Comece explorando as estratégias que foram utilizadas e como é que estas funcionaram. Faça perguntas que possam ajudar as pessoas a chegar a soluções por elas próprias. Ofereça várias estratégias alternativas, como “Esta estratégia funciona para várias pessoas, o que lhe parece?”, “Acha que resultaria consigo?”. Deve dar esperança onde é possível dá-la, sem falsas promessas ou garantias inadvertidas e prematuras, evitando fórmulas como “vai correr tudo bem”.
- Evite criar barreiras à comunicação relacionadas com atitudes preconceituosas e/ou distância física. Sentimentos de inferioridade social podem impedir a realização de perguntas, uma interação comunicacional saudável e o estabelecimento de uma relação.
- Evite criar barreiras relacionadas com diferenças culturais e linguísticas. Evite o uso de gíria, coloquialismos, abreviaturas, expressões locais e explique os termos técnicos, caso os utilize. Sempre que possível, preste serviços na língua nativa das pessoas/utentes/clientes e garanta que a comunicação respeita as diferenças culturais.
- Certifique-se de que não utiliza termos para descrever o comportamento das pessoas que reflitam julgamento. Respostas de não comparecimento, agressividade ou crítica podem ser manifestações de trauma.
- Ao deparar-se com alguém que mostra raiva ou irritação, reconheça o estado emocional e tente analisar os motivos com calma, respondendo

com empatia. Esteja consciente de que a crítica fácil por parte das pessoas pode ser uma expressão de medo, e que reagir em espelho, reproduzindo uma resposta de raiva, pode comprometer o relacionamento e levar a um fenómeno de escalada.

- Peça desculpas se estiver errado. Admitir o erro geralmente ajuda a aliviar a situação. Em alguns casos, esta resposta pode ser complementada ou substituída, principalmente se não esteve diretamente envolvido na ocorrência, lamentando genuinamente o que aconteceu/está a acontecer à pessoa, como “Sinto muito pelas dificuldades que está a enfrentar.” Responda com empatia.

## Resposta empática

A empatia envolve responder emocionalmente às emoções das outras pessoas e compreender as suas experiências. É geralmente considerado que a empatia compreende uma componente emocional e uma cognitiva. A componente emocional refere-se a uma reação visceral, rápida e involuntária às experiências dos outros, que precisa de ser suficientemente regulada. A componente cognitiva refere-se à capacidade de compreender a perspetiva do outro. A investigação mostrou que a sensação de se ser compreendido e de um estado emocional compartilhado tem efeitos positivos, principalmente na saúde. Para isso, é importante que, através da sua resposta comportamental, demonstre que está a sentir empatia, e que não se limite ao estado subjetivo de a sentir.

A resposta empática pode ser organizada em várias componentes comportamentais que podem ser utilizadas de forma isolada ou combinadas em um ou vários momentos de uma interação comunicacional:

- **Reflexão:** Facilita às pessoas iniciar a conversa e expressar o que as preocupa. Por exemplo, “Estou a ver que esse assunto a preocupou”, “Vejo que é difícil para si falar sobre isso”.
- **Exploração:** Facilita a obtenção de informações adicionais. Por exemplo, “Quer-me contar sobre isso?” ou “Pode contar-me?”
- **Validação:** Faz o outro sentir que sua reação é legítima. Por exemplo: “Compreendo que se sintta assim dadas as circunstâncias”; “A sua reação é perfeitamente normal.”, “Eu compreendo que se sintta assim.”
- **Apoio:** Permite reconhecer a dificuldade da situ-



ação e demonstra apoio. Por exemplo: “Passou por muita coisa... quero ajudá-lo da melhor maneira possível.”, “Farei o possível para...”

- **Respeito:** Demonstrado pela força que a outra pessoa revela para suportar a sua situação. Por exemplo: “Lidou com tudo isto muito bem.”
- **Aliança:** Permite trazer o outro para o nosso lado, como profissionais, para enfrentarmos juntos a situação.

### Recomendações específicas da comunicação durante o atendimento:

Cumprimente as pessoas.

Olhe para as pessoas quando elas se aproximam, sem ser intrusivo.

Chame a pessoa pelo nome e confirme de que está a chamar pelo nome ao qual a pessoa está habituada em contexto profissional.

Pergunte à pessoa como a pode ajudar.

Prefira perguntas abertas a perguntas fechadas, por exemplo, “Como se está a sentir?” em vez de “Está a sentir-se bem?”.

Mostre atenção enquanto estiver a ouvir, mantendo contacto visual regular.

Demonstre que está a compreender, devolvendo o que lhe foi dito: “Disse-me que ...” ou “Compreendo o que o está a incomodar”.

Se for interrompido ao telefone ou se outra pessoa pedir para falar consigo, peça permissão para fazê-lo.

Esclareça os problemas que não compreendeu ou que não tem certeza de compreender, em vez de continuar. Por exemplo, “Disse-me... . Pode explicar-me melhor...?” ou “Pode dar-me um exemplo ...” ou “Importar-se-ia de me contar um pouco mais sobre ...”, “O que quer dizer com ...”, “Então, o que está a dizer é ..., foi isto? Compreendi bem?”.

Tente resumir as informações demonstrando que ouviu, verificando a sua compreensão e permitindo que a pessoa acrescente informações adicionais, como “Deixe-me ver se compreendi. Disse-me que as suas principais preocupações são... e que espera ajuda para /com....”.

Utilize “afirmações eu”, distinguindo factos de opiniões, como “Eu acho...”, “Na minha opinião...”, “O que acha? Faz sentido para si?”.

## RESUMINDO

As pessoas que sofreram trauma passaram por situações extremas que a maioria dos seres humanos nunca experimentou. Muitas vezes sentem-se amedrontadas, às vezes emocionalmente entorpecidas e muitas vezes afastadas das outras pessoas e incapazes de expressar o que está a acontecer consigo. Encontrar pessoas disponíveis, conscientes de como o trauma afeta as pessoas e capazes de validar e reconhecer como real o seu sofrimento pode ser decisivo para a sua inclusão e para o caminho da sua recuperação.

## 6. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS TRANSVERSAIS E DE GESTÃO DE CONFLITOS

Uma abordagem informada em trauma no seu contacto com os utentes/clientes depende, como referido, do seu nível de competências. É importante a consciencialização sobre o trauma, mas sem as competências certas será impossível aplicar esta abordagem na prática, especialmente em caso de conflito.

Como vimos anteriormente, os pilares de interações informadas em trauma são: segurança, confiabilidade, escolha, colaboração e capacitação.

No que se refere à gestão de conflitos, pode treinar e melhorar as competências nesta área, frequentando formação ou pedindo à sua família ou amigos para lhe darem feedback sobre elas. Pergunte ao seu empregador se existe a possibilidade de o apoiar na melhoria das suas competências, como parte da aprendizagem ao longo da vida. O voluntariado é outra atividade que pode ajudá-lo/a a melhorar estas competências, como efeito indireto. Pode procurar oportunidades de voluntariado na sua cidade ou, por vezes vezes, há possibilidade de voluntariado online.

Como mencionado nas secções anteriores, há um grande número de competências que uma pessoa utiliza ao interagir com outras pessoas. A seguir vamos resumir as competências mais importantes na gestão de conflitos:

- **Competências culturais:** Prática informada em trauma culturalmente sensível refere-se à capacidade dos profissionais que trabalham nos



serviços públicos, de reconhecer, respeitar e integrar os valores, crenças e práticas culturais dos utentes/clientes. Isso também inclui e estatuto socioeconómico, o nível de alfabetização ou fatores relacionados. Procure uma compreensão sólida das comunidades com as quais trabalha (histórias socioculturais e sociopolíticas, bem como sobre o contexto atual) e aplique essa compreensão cultural no seu trabalho.

- **Inteligência emocional:** Está ligada às competências sociais de cada pessoa, incluindo consciência social, compaixão e interações apropriadas.
- Além disso, é importante desenvolver um certo nível de autoconsciência – por outras palavras, é a atenção plena a cognições, emoções e comportamentos. A autoconsciência é a base da inteligência emocional. Uma prática informada em trauma incentiva os trabalhadores dos serviços públicos a promoverem a autoconsciência. Quando as pessoas estão desreguladas (foram afetadas por experiências traumáticas e estão fora do seu estado normal), há uma diminuição na consciência acerca de pensamentos, emoções e comportamentos. A desregulação leva a reatividade emocional em vez de a uma resposta ponderada. Isto é algo que os trabalhadores de serviços públicos devem esperar, e cujo impacto será exigente.
- **Empatia:** como visto antes, é a capacidade de compreender emocionalmente os sentimentos de outras pessoas, de ver as coisas do seu ponto de vista e de se imaginar no lugar delas. Basicamente, trata-se de se colocar no lugar de outra pessoa cognitiva e emocionalmente.
- **Resiliência:** permite lidar com os desafios que enfrenta de uma forma que o ajuda não só a sobreviver à adversidade, mas também a recuperar dela. Quando se é resiliente, pode recuperar de contratempos mantendo a calma e o controlo. Porque é a resiliência importante? Porque o nível de resiliência de cada pessoa define a sua capacidade de abordar os desafios pessoais que enfrenta numa perspetiva de força e de crescimento.

## Gatilhos associados ao conflito

Já encontrou algo que o lembrou de uma experiência passada? Por exemplo, um cheiro que o lembrou de um lugar ou de uma pessoa? Como se sente quando sente o cheiro de massa com cogumelos? Algumas respostas possíveis são: lembra-me dos meus amigos; faz-me sentir feliz; faz-me sentir fome; lembra-me da minha família; deixa-me maldisposto; dá-me água na boca. Provavelmente pode identificar-se com algumas respostas que estão para si associadas a sentimentos particulares, como alegria, fome ou nojo. Para superá-los, precisa de recorrer à regulação emocional e à sua adaptabilidade e flexibilidade, que são recursos muito importantes e significam adaptação a determinadas circunstâncias ou gatilhos (externos ou internos).

Pessoas traumatizadas provavelmente são incapazes de esconder a reação a tais gatilhos, por causa da sua sensibilidade. Como funcionário público, precisa de levar isso em consideração e estar preparado para essas manifestações. A situação em si, o cheiro ou o som podem ser um gatilho, que causa reação, boa ou má, e que é muito variável de acordo com a experiência individual de cada cliente. Como funcionário público, deve aprender a regular-se e a lidar com diferentes situações.

Tal está ligado à possível resolução de conflitos. Como primeiro passo, é importante conhecer os gatilhos de um conflito, para que saiba como mudar a sua resposta. Existem seis dimensões centrais relacionadas com os gatilhos: competência, inclusão, autonomia, estatuto, confiabilidade e integridade. Quando alguém questiona as suas habilidades ou inteligência, quando é excluído de um grupo, ou alguém insinua que você não é um bom companheiro; quando alguém tenta controlá-lo, impor-se ou ameaçar a sua autonomia; quando alguém ameaça ou menospreza as suas qualidades; quando alguém questiona a sua confiabilidade, valores morais ou integridade; esses são possíveis gatilhos, que podem deixá-lo desconfortável ou com raiva.

Tenha presente que não estará a atuar como um psicólogo, mas sim como um funcionário público, capaz de trazer ao seu cliente uma sensação de segurança, compreensão e empatia.

Habilidades de colaboração: Podem abranger tudo o que é preciso para trabalhar bem com os outros e obter resultados. Estas habilidades são importantes porque possui-las num alto nível



pode permitir evitar conflitos.

**Comunicação:** Faz parte das competências de colaboração e, especialmente, a escuta ativa é uma das competências mais importantes para uma pessoa que trabalhe no setor público. A escuta ativa e o tempo suficiente para processar a informação devem ser uma questão de rotina, independentemente do tipo de comunicação ou canal de comunicação escolhido. É importante ouvir sem distrações, ouvir para compreender, observando a coerência entre as palavras ditas e as expressões não verbais e procurar esclarecimentos por meio de feedback se houver algum sinal de mal-entendido. Isto pode ser desafiador num ambiente movimentado quando há várias distrações, como o telefone, vários utentes/clientes, mais do que um membro da equipa e muitas tarefas urgentes. As técnicas de escuta ativa podem ser treinadas e praticadas, e são um conjunto de competências valioso em qualquer contexto.

A comunicação, também em situação de conflito, deve seguir várias etapas que foram descritas mais profundamente no capítulo 6:

- Comunicar de forma respeitadora, por exemplo, através do tom de voz, pode influenciar a forma como as pessoas percebem e reagem a uma determinada mensagem ou informação.
- Respeitar a experiência de vida dos outros. Reconheça que as preocupações ou reações das pessoas podem ser baseadas “no que lhes aconteceu” e não porque “algo está errado com elas”.
- Tratar as outras pessoas com dignidade e respeito.
- Ser um ouvinte ativo.
- Concentrar-se no comportamento e não na pessoa, sem culpabilizar a pessoa por ele.
- Utilizar linguagem corporal adequada.

Esteja consciente de que falar em público e lidar com funcionários públicos pode ser muito stressante para uma pessoa com uma experiência traumática. Como é que pessoas sem formação em psico-

logia podem ajudar outras pessoas, se identificarem que essas pessoas estão a transpirar, têm um olhar distante ou resignado, estão nervosas ou obviamente perturbadas por alguma coisa?

No início do contacto com um cliente, é útil incorporar elementos incidentais num contexto apropriado e credível, centrado no cliente, ou fazer simplesmente uma afirmação positiva. O contexto da afirmação positiva pode ser a participação e pontualidade do cliente, preencher corretamente os formulários e agradecer a sua presença, apesar dos fatores externos (frio, chuva ou calor). Uma afirmação positiva abre o rumo da conversa, fazendo com que o cliente se sinta relaxado e bem-vindo. Nesse caso está a criar uma atmosfera de confiança. Um exemplo seria: “Gostaria de agradecer a sua pontualidade. Facilita muito o meu trabalho.”

O próximo passo é procurar que o cliente explique o que se passa e o que espera/porque recorreu ao serviço. Forneça estrutura ao cliente. Deste modo, os utentes/clientes terão conhecimento do que acontecerá a seguir, o que lhes pode dar uma sensação de previsibilidade.



## Os conflitos são uma parte comum das nossas vidas.

Em geral, podemos reconhecer diferentes fases no conflito. Em primeiro lugar, precisamos de reconhecer que há um conflito – reconhecer o gatilho (por exemplo, data ou horário incorreto para a reunião no escritório). Normalmente, o gatilho não é claro. Noutros casos a pessoa já está consciente de que existe algum mal-entendido e é necessário identificar a fonte. Depois de a pessoa tomar consciência da situação de conflito é importante perceber os seus sentimentos, idealmente também os da outra pessoa envolvida no conflito. Pode utilizar as suas

com -



petên-  
cias de escu-  
ta ativa e empatia, porque pode haver stress ou sentimentos desagradáveis envolvidos. Esta fase oferece uma oportunidade para começar a cooperar. Depois disto surge a comunicação propriamente dita, com o objetivo de encontrar soluções para o conflito, a partir da qual se cristaliza a fase das consequências, que é representada por um acordo entre ambas as partes.

## Resolução de conflitos e estratégias de comunicação em situação de conflito

O que pode um funcionário de serviços públicos fazer quando ocorre um conflito? Tenha em consideração que muitas vezes será o primeiro ponto de contacto com os utentes/clientes, em diversas situações. Utilizando o contacto visual e linguagem corporal envolvente, pode estabelecer uma interação aberta e não ameaçadora, incluindo um espaço pessoal respeitoso. Não utilize linguagem de confronto, como cruzar os braços, colocar as mãos na cintura, aproximar-se, tocar fisicamente ou encurralar o cliente.

Faça perguntas abertas para descobrir quem, o quê, quando, onde e como, em relação aos assuntos em discussão e fique atento enquanto os utentes/clientes respondem. Mantenha um tom de voz agradável, um ritmo de discurso uniforme e um tom e volume adequados ao que está a ser comunicado. A melhor maneira de evitar falhas de comunicação é transmitir uma mensagem clara e concisa que não deixe espaço para interpretações. Deixe espaço para o cliente/utente fazer perguntas e obter esclarecimentos, de forma a garantir que partilham o entendimento da situação. A comunicação com o uso de exemplos, descrições concretas e explicações baseadas em perguntas frequentes garante que não haja ambiguidade ou inferências abusivas.

Além disso, quando o cliente estiver a falar, lembre-se de evitar interromper, fazer julgamentos ou tentar corrigir. Lembre-se ainda de se concentrar no comportamento, sem julgar a pessoa por ele.

Utilizar as suas competências (e.g., confiabilidade, disponibilidade, segurança), habilidades de colaboração, empatia, comunicação) pode prevenir o stress traumático secundário dos utentes/clientes.

## Estratégias de gestão de conflitos

Os investigadores listam cinco modelos de resposta a conflitos: colaboração, competição, evitamento, acomodação e compromisso.

A abordagem compromisso é especialmente útil na prática informada em trauma. Utilizar a linguagem “nós” é uma boa tática que pode ajudar a



ênfatizar a necessidade de compromisso, sem se parecer fraco ou, pelo contrário, uma pessoa com poder. O compromisso é uma forma neutra de ambas as partes se envolverem na resolução da situação. É benéfico ser o mais objetivo possível, utilizando fontes neutras ao recolher informações sobre a origem do conflito. Se entrar em conflito com um colega de trabalho ou um cliente, é essencial que pense nos traços de personalidade dos outros. Algumas pessoas respondem bem ao desacordo, mas outras não, especialmente com o trauma como pano de fundo, e têm dificuldades na sua assertividade. Mais poder também significa mais influência e responsabilidade. Não se esqueça de que é um funcionário do serviço público e de que está lá para os utentes/clientes.

É importante ouvir ativamente e com empatia. Tente identificar várias possibilidades de como resolver a situação e depois tente encontrar uma solução que seja aceite por ambas as partes. Permita a escolha ao cliente e, com isso, está a dar-lhe controlo.

Por vezes, a gestão de conflitos pode ser tão simples quanto interromper o sentimento negativo ou o ciclo de feedback, por exemplo, bebendo água, o que cria uma pausa e uma sensação de segurança à medida que o corpo se acalma.

## 7. PRINCÍPIOS PARA REDUZIR O STRESS DURANTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

É provável que durante a sua atividade profissional tenha lidado ou venha a lidar com pessoas em crise psicológica, por estarem sob o efeito de um acontecimento traumático. Elas podem sentir-se num estado de confusão emocional e mental, que pode variar em intensidade e gravidade.

Uma situação de crise psicológica pode ser desencadeada por diferentes gatilhos, internos (por exemplo, pensamentos) ou externos (por exemplo, sons, imagens, reações do interlocutor), que trazem de volta memórias vívidas do trauma. Os pensamentos gerados por esses eventos reais ou antecipados geralmente produzem alterações no corpo e nas emoções, o que pode configurar um ataque de pânico.

Numa situação de ataque de pânico, o sistema nervoso autónomo é ativado, fazendo com que as pessoas se comportem como se estivessem a lutar pela sua sobrevivência ou pela integridade física, própria ou daqueles que desejam proteger. Assim, podem ocorrer alterações no comportamento e funcionamento típicos ou habituais. Mesmo que a reação de medo intenso seja normal nessas circunstâncias, os componentes da resposta de ansiedade (aumento da frequência cardíaca, aumento da frequência respiratória, aumento da tensão muscular, criação de um estado de alerta) podem ser interpretados pela pessoa como uma ameaça. Nesse caso, a resposta de ansiedade da pessoa, em vez de prepará-la para a ação, pode afetá-la negativamente, sendo denominada disfuncional.

A pessoa pode sentir-se impotente e não saber o que fazer para lidar com a situação. Tenha em consideração que a origem deste episódio pode ser uma situação traumática e não julgue ou critique. Responda com empatia.

Nesta secção, oferecemos sugestões que podem ajudá-lo/a na sua resposta para reduzir o stress e a ansiedade, e a sua manifestação aguda, incluindo ataques de pânico ou outras situações desencadeadas por eventos potencialmente traumáticos. Essas técnicas utilizadas em combinação podem potenciar a redução dos sintomas e ajudar a pessoa a relaxar. Também devem ser praticadas para além da situação de crise, prevenindo a sua repetição e maximizando os efeitos



da técnica. Atividades específicas adicionais são fornecidas no Pacote de Recursos desenvolvido neste projeto.

Algumas das manifestações de ansiedade, principalmente dificuldades respiratórias, podem ser semelhantes a manifestações de outras condições médicas, como a asma ou doenças cardíacas, mas a forma de agir é diferente. Ao passo que, em situações de ansiedade, devido a uma respiração rápida e superficial (hiperventilação), ocorrem concentrações excessivas de oxigénio no sangue, nas condições clínicas indicadas pode, pelo contrário, haver privação de oxigénio. Em caso de dúvida sobre o que está a acontecer, procure ajuda ligando para o Número Europeu de Emergência 112. Durante a chamada, responda a todas as perguntas que lhe forem feitas (são importantes para compreender o caso) e siga as instruções que lhe forem dadas.

### **Como agir numa crise psicológica**

Seja qual for a causa, promova um ambiente calmo, comunique com calma e ajude a pessoa a controlar a respiração.

Ajude a pessoa a entender que está a passar por uma crise momentânea (ataque de pânico) que pode atingir a sua intensidade máxima em cerca de 10 minutos e não deve durar mais do que 20 minutos.

Se a pessoa se conseguir deslocar, ajude-a a afastar-se do local onde está e que desencadeou a crise e a sentar-se. Se a pessoa não for capaz de se deslocar, pode ajudá-la no local onde se encontra, minimizando a exposição pública.

A resposta ao stress e ansiedade elevados visa alterar os pensamentos e as respostas do corpo para que a pessoa se sinta melhor. Algumas estratégias podem ser mais eficazes para algumas pessoas do que para outras.

É importante que tente controlar também os seus pensamentos, adotando uma visão racional. Pode ajudar pensar que é um ataque de pânico, que vai passar e que a vida da pessoa não está em perigo, principalmente se não for a primeira vez que lida com essa situação. Pode, no entanto, ser difícil para a pessoa acreditar, pois, devido às mudanças fisiológicas que está a experienciar, pode ter uma sensação de morte iminente e de medo intenso.

Nesse caso, é importante dar à pessoa um foco

que a ajude a ancorar-se na realidade e a controlar a respiração.

Como referido acima, a respiração rápida e superficial durante um ataque de pânico (hiperventilação) pode agravar os sintomas devido ao aumento das concentrações de oxigénio e redução do dióxido de carbono no sangue. Embora o dióxido de carbono seja, geralmente, considerado um gás nocivo, os valores devem ser mantidos dentro de certos níveis para que não ocorra a sensação de falta de ar. Nesses casos, é importante que a pessoa respire devagar e por tempo prolongado, interrompendo a hiperventilação, o que reduzirá os sintomas.

### **Técnica de controlo da respiração (respiração diafragmática ou abdominal)**

Esse tipo de respiração deve ser feito pelo abdómen (“barriga”) com o auxílio do diafragma, potenciando os benefícios da respiração e ajudando a acalmar.

Incentive a pessoa a inspirar pelo nariz lenta e profundamente (contando até 4), de forma a que, com o ar que inala, a barriga se projete (observe a barriga insuflar como se fosse um balão). Pode ajudar, se a pessoa conseguir, colocar uma das mãos na barriga para ver se está a realizar a técnica corretamente.

Peça-lhe que sustenha o ar durante 4 segundos.

Então, ao expirar, a pessoa deve deixar o ar sair pela boca e a barriga deve ir para dentro. Pode ajudar, se aplicar uma ligeira pressão para dentro com a mão sobre a barriga. A expiração deve ser mais lenta que a inspiração.

Pode ser útil acompanhar a pessoa nesses exercícios, adotando a técnica de respiração ao mesmo tempo que a pessoa.

### **Mindfulness: focar-se no aqui e agora**

Uma prática de mindfulness, também chamada de atenção plena, que pode ser utilizada nessas situações é denominada de “aqui e agora”. Numa situação de ataque de pânico, para ajudar a pessoa a acalmar-se, pode sugerir que se concentre em:

- Cinco coisas que ela consegue ver: “descreva para si mesmo a cor, a forma e o tamanho dos



objetos que selecionar”

- Quatro coisas em que ela consegue tocar: “por exemplo, sinta a textura de uma peça de roupa que tenha vestida”
- Três coisas que ela consegue ouvir
- Duas coisas que ela consegue cheirar
- Uma coisa que ela consegue saborear.

## Promover a concentração: estratégias simples

Versões simplificadas da estratégia anterior consistem em pedir à pessoa que:

- Procure um objeto próximo com os olhos e lhe descreva a sua cor, forma e tamanho
- Se concentre em diferentes sensações físicas, como sentir um objeto nas mãos (por exemplo, a textura das roupas que tenha vestidas)
- Conte uma história.

Ao atuar desta forma, pode ajudar a pessoa a desviar a atenção dos sintomas corporais até que todas as sensações desapareçam e ela se acalme.

## Depois de a crise passar

Responda com empatia.

Ajude a pessoa a aceitar o que sentiu e a evitar culpabilizar-se.

Se fizer sentido e/ou for solicitado, pode fornecer informações válidas e documentadas sobre estratégias que podem ser utilizadas para ajudar a identificar necessidades e responder-lhes. Algumas das estratégias que podem ajudar são o relaxamento muscular progressivo; falar sobre o que aconteceu e como se sente com pessoas próximas ou que estiveram envolvidas na situação traumática; escrever sobre isso; chorar, se tiver vontade, em vez de reprimir as emoções; fazer coisas de que se gosta; estabelecer/regressar à rotina diária; considerar a necessidade e o interesse de procurar apoio psicológico.

## 8. MELHORAR A AUTOCONSCIÊNCIA E A AUTOPERCEÇÃO

Noções básicas de autoconhecimento

Durante séculos, os filósofos têm refletido sobre a relação entre a saúde mental e a saúde física. A ciência reconhece agora a ligação corpo-mente, e os investigadores continuam a encontrar evidência de que os pensamentos, sentimentos, crenças e atitudes, bem como a forma como lidamos com o stress, podem afetar a nossa saúde física de maneira positiva ou negativa.

“Quando nos concentramos em nós mesmos, avaliamos e contrastamos o nosso comportamento atual com os nossos padrões e valores internos. Desenvolvemos a autoconsciência como avaliadores imparciais de nós próprios.”<sup>10</sup>

O modelo de cinco camadas fornece uma estrutura ideal para a teoria e a prática da autoconsciência. Este afirma que somos muito mais do que a interação de uma mente e um corpo:

- **Camada 1 Física:** o seu corpo e o ambiente circundante. Isto é, quem é, incluindo o seu tamanho, forma, identidade de género, raça e etnia. Os sistemas da sua anatomia e fisiologia que compõem o seu corpo. Esta camada também consiste no seu ambiente e no mundo que perceciona com os seus cinco sentidos: visão, audição, paladar, olfato e tacto.
- **Camada 2 Energética:** a sua respiração e níveis de energia. O oxigénio que respira nutre e sustenta o seu corpo e cérebro. A sua energia é a força vital invisível que o anima a todos os níveis e lhe permite pensar, criar, mover-se, trabalhar e navegar pelo bem, pelo mal, pelo belo e pelo feio que a vida lhe oferece.
- **Camada 3 Mental:** envolve os seus pensamentos e emoções. É a este nível que experimenta e expressa as suas emoções, bem como a forma como pensa e aquilo em que pensa. Os pensamentos influenciam a sua visão de mundo, as ações e experiências de si mesmo, dos outros e da vida.
- **Camada 4 A testemunha:** é a sua capacidade de observar e percecionar cada camada sem julgamento. É uma aliada no caminho da au-

10 Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). A theory of objective self-awareness. Academic Press.



toconsciência, compreensão e cura. Quando observa os pensamentos, emoções e comportamento sem julgá-los, é mais capaz de reconhecer e compreender a origem dos hábitos, padrões e crenças prejudiciais. Consequentemente, tomam-se (ou não se tomam) decisões ou fazem-se ajustes mais informados. A testemunha é um elemento indispensável de autoconsciência.

- **Camada 5 Felicidade:** é a sua ligação a algo maior que você mesmo. Esta ligação pode ser espiritual, religiosa ou estar enraizada numa paixão saudável ou no mundo natural. É o nível mais elevado de autoconsciência e é frequentemente descrita como a experiência de interligação com tudo o que existe ou a sua compreensão pessoal do divino.

A autoconsciência requer:

- Ter uma compreensão clara da nossa personalidade, sentimentos, desejos, peculiaridades e defeitos;
- Observar e compreender as mensagens que recebemos do nosso corpo e do nosso ambiente;
- Ligar-nos à nossa respiração e energia e observar como afetam e são afetadas pelo nosso estilo de vida e decisões;
- Observar a mente e as emoções, distinguir entre pensamentos e emoções e encontrar maneiras de responder em vez de reagir aos desafios da vida;
- Despertar a testemunha (sabedoria intuitiva) e aplicá-la nas três primeiras camadas para nos aceitarmos com clareza e sem julgamento;
- Descobrir a nossa própria ligação única a algo maior do que nós próprios.

Quando essa habilidade é utilizada, vemos a nossa realidade como ela realmente é, sem um véu de negação ou de pensamento positivo. Então, escolhemos conscientemente fazer mudanças, permanecer inalterados com plena consciência das consequências ou encontrar aceitação e resiliência interior se a mudança não for possível.

## Cultivar a autoconsciência

A autoconsciência não é uma característica presente ou ausente. É uma habilidade que se desenvolve com o tempo. Pode-se ter autoconsciência de muitas coisas, incluindo:

- forças e fraquezas,
- quando se tem sucesso ou se fracassa,
- pensamentos, sentimentos e comportamentos,
- as distorções cognitivas mais comuns,
- a forma como essas coisas interagem e se relacionam umas com as outras.

Uma pessoa pode ter autoconsciência elevada numa área e não ter noutra área. Considere, por exemplo, uma pessoa que sofre de “filtragem mental”, uma distorção cognitiva que nos faz ver apenas os aspetos negativos e ignorar os positivos. Essa pessoa pode estar perfeitamente consciente das suas fraquezas e falhas, mas ignorar os seus pontos fortes, sucessos e padrões de pensamento. O resultado é um estado mental (mind-set) que pode potenciar episódios depressivos e ruminações. Portanto, ao cultivar a autoconsciência, é essencial criar equilíbrio e destacar o não julgamento. A autoconsciência que surge de um lugar de não julgamento permite tomar decisões informadas e isentas de culpa e vergonha. Isto permite aceder a uma visão clara da nossa realidade sem negação e pode ser muito fortalecedor.

## A importância da autoconsciência ao lidar com o trauma

A investigação em neurociência indica que a única maneira de alterarmos as nossas emoções é tornando-nos conscientes da nossa experiência interior e aprendendo a reconciliar-nos com o que está a acontecer dentro de nós. Sem autoconsciência, é impossível ter uma prática informada em trauma. A autoconsciência é um requisito para isso.

Quando não a temos, frequentemente pioramos a situação, mesmo que a nossa intenção seja ajudar a pessoa que está a passar por uma resposta traumática. Sem autoconsciência, tendemos a ser ativados pelas reações traumáticas dos outros. A nossa reatividade acrescenta e contribui para a sua desregulação.

Quando estamos desregulados, carecemos de autoconsciência. Em tais situações, normalmente somos desatentos e não intencionais nas nossas palavras e ações.

Considere os casos em que testemunhou outra pessoa a ter uma resposta ao trauma. Essa pessoa não tinha consciência do que estava a dizer e a fazer naquele momento em particular. Não sabia do que precisava para se acalmar ou mesmo



se se estava a acalmar.

Por meio da autoconsciência, no entanto, somos capazes de ajudar as pessoas que precisam de ajuda, ao mesmo tempo, cuidamos de nós. A autoconsciência permite manter a compostura em situações desconfortáveis. Permite governar-nos a nós mesmos e aos outros. Permite-nos tomar melhores decisões e aceder a uma compreensão mais profunda do que está a acontecer dentro de nós e em nosso redor.

Considerando os conceitos de cérebro traumatizado e funcionamento executivo, percebemos que esses dois estados mentais não podem co-existir. Quando as pessoas estão a ter uma resposta traumática são incapazes de utilizar as suas habilidades de funcionamento executivo. Não conseguem pensar logicamente ou criar planos futuros. O seu processo de pensamento é confuso e carecem de autoconsciência. Ter uma prática informada e ser sensível na resposta ao trauma é um esforço complexo. Portanto, se deseja que o seu local de trabalho seja informado em trauma, primeiro deve melhorar a autoconsciência.

## **Relação entre autoconsciência e resiliência**

Todos os seres humanos estão sujeitos a algum tipo de situação traumática que pode ter consequências a longo prazo. Aumentar a consciencialização sobre o trauma é uma ótima maneira de fornecer apoio àqueles que passaram por situações traumáticas, pois cada pessoa responde ao trauma de maneira única.

Enfrentar um evento traumático tem efeitos a longo prazo. Existem muitos fatores que influenciam a forma como as pessoas reagem a essas situações; uma compreensão mais profunda do trauma é um excelente método para fornecer suporte a pessoas traumatizadas.

Quando encontramos uma pessoa que foi afetada por um trauma, é extremamente desafiador compreender alguns dos seus comportamentos. Pode ter comportamentos erráticos, pânico, em retraimento, com hiperatividade ou mesmo com comportamentos violentos. Algumas das suas emoções podem parecer fora de controlo ou alternar entre estados calmos e hipervigilantes. Quando tentamos argumentar com as pessoas, deparamo-nos frequentemente com fúria ou insultos verbais. Nessas situações, é realmente difícil saber como auxiliar e pode ser um desafio

manter-se atencioso e responsável. Não queremos que a pessoa fique descontrolada e incapaz de regular as suas emoções e ações, mas percebemos a importância de respeitar e aceitar o que está a experienciar. Isto é frustrante e difícil de processar internamente no momento em que acontece.

Nessas situações, há uma propensão para abordar o comportamento com intensidade, para discutir, para insistir em que a pessoa ouça ou para gritar uma instrução para que ela mude imediatamente. Se as pessoas não param com o seu comportamento, frequentemente concluímos que são desrespeitosas, e o confronto pode transformar-se rapidamente numa batalha de poder. Nesse momento, espera-se que haja um vencedor e um perdedor, uma vez que a situação terá evoluído para a competição. No entanto, num cérebro em desregulação, a maior parte da atividade é inconsciente e não intencional.

Aceitar as coisas sobre as quais não temos controlo e reconhecer as coisas sobre as quais temos controlo são dois aspetos cruciais da resiliência. É por meio da autoconsciência que é possível ter uma compreensão clara de onde termina e começa o nosso poder interior, representada pelo sentimento “Não posso alterar a forma como as outras pessoas se comportam, mas posso mudar a forma como lhes respondo”. Portanto, a autoconsciência também é um elemento essencial da aceitação radical e da capacitação pessoal que promovem a resiliência.

A resiliência ao trauma é a capacidade de recuperar de experiências traumáticas e prosperar apesar das circunstâncias adversas da vida. A maioria das pessoas é resiliente diante da adversidade, mas a capacidade de prosperar depende de vários elementos individuais, situacionais e contextuais. As características gerais que promovem a resiliência incluem:

- adaptabilidade,
- capacidade de experimentar emoções agradáveis,
- humor e criatividade,
- sentido de herança cultural, história e tradição,
- crenças espirituais e/ou religiosas,
- relacionamentos pessoais calorosos,
- sentido de autoeficácia.

Embora não haja como prevenir a sua ocorrência, uma maior consciência do trauma ajuda as pessoas a receberem a ajuda e os recursos de que



precisam para se reabilitarem após acontecimentos traumáticos.

## **Autopercepção e trauma**

A autopercepção é a visão que a pessoa tem de si mesma ou de qualquer um dos atributos mentais ou físicos que constituem o eu (self). Tal visão pode envolver autoconhecimento genuíno ou variados graus de distorção.

O trauma faz com que as pessoas repensem as suas autopercepções. Os sobreviventes de trauma debatem-se, frequentemente, com baixa autoestima e uma crença negativa em si próprios. As pessoas podem perceber os seus corpos de maneira diferente, experimentar sentimentos de inferioridade ou inadequação, ser autocríticas ou críticas dos outros ou até mesmo desenvolver desenvolverem autoaversão.

O trauma inquestionavelmente afeta a relação da pessoa consigo mesma e desafia e altera a autopercepção. Antes de um acontecimento traumático, é típico confiar na capacidade de fazer bons julgamentos, controlar o ambiente e manter a segurança. O trauma destrói essas crenças e origina novas, especialmente a confiança no próprio julgamento: se uma vez considerou uma situação, uma pessoa ou um comportamento como seguro e depois este se revelou traumático, é fácil acreditar que as suas ações não podem mudar ou afetar as coisas, que não tem o controlo da sua vida e que forças fora do seu controlo determinam a sua segurança.

Agimos desse modo como resultado de uma crença pessoal desenvolvida em resposta a um acontecimento negativo. Os especialistas em trauma defendem que todos os tipos de experiências traumáticas contribuem para a forma como as pessoas se percebem a si próprias. O trauma pode originar falsas percepções:

- Produz realidades ilusórias,
- Distorce a verdade,
- Faz com que as pessoas duvidem das percepções que têm de si mesmos.

As pessoas que sofreram trauma, como abuso sexual, físico, mental ou doméstico, cirurgias ou alterações corporais significativas, ou acidentes podem apresentar uma autopercepção mais distorcida. No entanto, qualquer tipo de trauma pode alterar a autopercepção da pessoa. O trauma cria alterações na fisiologia do cérebro que interrompem

as conexões emocionais e originam alterações nas capacidades cognitivas.

O trauma não é racional, portanto, os pensamentos, ações e crenças subsequentes não são racionais. Mesmo que as vítimas de trauma sexual sejam autoconfiantes antes do acontecimento, podem passar a perceber-se a si mesmas ou ao seu corpo como um problema no futuro. Se as vítimas de um acidente de carro antes se viam como corajosas, podem depois perceber-se como preocupadas.

## **Autocuidado básico para a prática informada em trauma em trabalhadores de serviços públicos**

Devemos esforçar-nos por ganhar consciência das nossas fraquezas e devemos ser cautelosos com as nossas expectativas. Estas habilidades que permitem manter o profissionalismo e ter um bom desempenho no trabalho – as características que as pessoas mais admiram em nós – também nos podem levar a colocar em posições indesejáveis, como a de ser vítimas secundárias do incidente traumático. Como podemos tentar evitar esses problemas? Podemos começar por identificar o que aciona os nossos “botões” e desencadeia as nossas reações individuais ao trauma. A maioria dos fatores envolve semelhanças e vínculos com as nossas vidas. Podem ser ativados por visões, sons e cheiros. Outros gatilhos incluem acontecimentos de vida recentes (p. ex., ainda estar a lidar com a morte de um membro da família ou amigo) e reflexões sobre as nossas próprias preocupações e mortalidade (“e se...”).

Nas instituições públicas, os funcionários públicos e administrativos devem ser capazes de detetar e “controlar” gerir as suas emoções antecipáveis. A sobreidentificação com as vítimas pode ser uma delas (tudo começa a parecer pessoal). Quando estão presentes sinais semelhantes, as pessoas podem ter uma sensação de déjà vu e de “Lá vamos nós de novo?”. Devem estar preparados para tolerar a frustração de objetivos não alcançados e problemas por resolver. Acontecimentos traumáticos podem induzir sentimentos de impotência e de perda de controlo. Quando as coisas não estão a correr tão bem (ou tão perfeitamente) quanto o desejado, devem resistir à tendência natural de se repreenderem a si próprios.

Quando os trabalhadores são repetidamente expostos a experiências traumáticas no local de tra-



balho, mesmo que apenas observando a reação de um cliente ao trauma, devem aprimorar as suas competências de gestão de stress e praticar o autocuidado, que pode incluir supervisão. No entanto, alguns podem estar em risco ainda maior, principalmente nas fases iniciais da carreira. A melhoria das suas competências de coping é particularmente importante. Destacamos duas estratégias eficazes nesse sentido:

- **A desativação** é o processo de resolução de um conflito que consiste em suspender o conflito, ganhando tempo para lidar com ele posteriormente através do diálogo. Funciona de forma semelhante à remoção do rastilho de uma bomba (ou de uma situação explosiva), permitindo que as vítimas e os trabalhadores expressem as suas memórias, stress, perdas e estratégias de sobrevivência relacionadas com a catástrofe, num ambiente seguro e de apoio. Muitas vezes, o contacto visual com uma pessoa que precisa de falar é suficiente para iniciar uma conversa. O funcionário deve simplesmente estar presente, ouvir e dar apoio. Normalmente, o processo de desativação envolve sessões informais adicionais. Embora sejam tipicamente breves e imediatas, estas sessões tornam-se frequentemente mini-sessões de esclarecimento e podem seguir diversos formatos. Uma vez que o tempo atribuído é frequentemente insuficiente, servem como ponto de partida para a mudança. Muitas vezes, é necessária uma intervenção adicional, que pode ir desde a prestação de apoio contínuo (por exemplo, nos dias/semanas seguintes) até à marcação e realização de sessões formais de partilha da situação (debriefing).

- **A sessão** de partilha da situação (debriefing) é uma reunião formal, individual ou em pequenos grupos. Normalmente, realiza-se pouco depois de um acontecimento involuntariamente stressante, com o único objetivo de lidar com as consequências emocionais. É aceitável utilizar qualquer local que seja suficientemente grande para acomodar os participantes e que possa ser seguro para garantir a sua privacidade. Esta sessão pode necessitar de um período de tempo para este fim. Normalmente, as sessões de debriefing são realizadas nas primeiras 24-72 horas após um acontecimento particularmente desafiante para o/a funcionário, com sessões de acompanhamento a ocorrerem conforme necessário. Sempre que possível, todas as pessoas envolvidas no

acontecimento traumático devem participar na sessão. Quando ocorrem certos incidentes, a participação em sessões de desativação e de partilha da situação (debriefing) é frequentemente recomendada ou mesmo exigida por muitas organizações.



## Lista de Referências

### INFORMAÇÕES DE BASE

Ali, AM, Alkhamees, AA, Abd Elhay, ES, Taha, SM and Hendawy, AO (2022). COVID-19-Related Psychological Trauma and Psychological Distress Among Community-Dwelling Psychiatric Patients: People Struck by Depression and Sleep Disorders Endure the Greatest Burden. *Front. Public Health* 9:799812 doi: 10.3389/fpubh.2021.799812

Ayyala, RS, Taylor, GA, Callahan, MJ (2020). Stresses and anxieties in the time of the COVID-19 pandemic - what we can learn. *Pediatr Radiol.* 2020 Jul; 50(8):1052-1054. doi: 10.1007/s00247-020-04727-9. Epub 2020 May 30. PMID: 32474772; PMCID: PMC7260456.

Bailey, S., & West, M. (2020). Covid-19: why compassionate leadership matters in a crisis. Retrieved from [www.kingsfund.org.uk/blog/2020/03/covid-19-crisis-compassionate-leadership](http://www.kingsfund.org.uk/blog/2020/03/covid-19-crisis-compassionate-leadership)

Bell, P., & Zech, E. (2009). Access to mental health for asylum seekers in the European Union: An analysis of disparities between legal rights and reality. *Archives of Public Health = Archives Belges de Santé Publique*, 67(1), 30–44. <https://doi.org/10.1186/0778-7367-67-1-30>

Bromet, EJ, Atwoli, L, Kawakami, N, Navarro-Mateu, F, Piotrowski, P, King, AJ, Aguilar-Gaxiola, S, Alonso, J, Bunting, B, Demyttenaere, K, Florescu, S, de Girolamo, G, Gluzman, S, Haro, JM, de Jonge, P, Karam, EG, Lee, S, Kovess-Masfety, V, Medina-Mora, ME, Mneimneh, Z, Pennell, BE, Posada-Villa, J, Salmerón, D, Takeshima, T, Kessler, RC (2017). Post-traumatic stress disorder associated with natural and human-made disasters in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* 2017 Jan; 47(2):227-241. doi: 10.1017/S0033291716002026. Epub 2016 Aug 30. PMID: 27573281; PMCID: PMC5432967

Felitti, VJ, Anda, RF, Nordenberg, D, Williamson, DF, Spitz, AM, Edwards, V, Koss, MP, Marks, JS (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998 May;14(4):245-58. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8. PMID: 9635069.

Galea, S., Nandi, A., Vlahov, D. (2005), The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder af-

ter Disasters, *Epidemiologic Reviews*, Volume 27, Issue 1, July 2005, Pages 78–91, <https://doi.org/10.1093/epirev/mxi003>

Greenwald, R., Siradas, L., Schmitt, T., Reslan, S., Fierle, J., & Sande, B. (2012). Implementing trauma-informed treatment for youth in a residential facility: first-year outcomes. *Residential Treatment for Children and Youth*, 29(2), 141-53.

Hatch, SL, Dohrenwend, BP (2007). Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: a review of the research. *Am J Community Psychol.* 2007 Dec; 40(3-4):313-32. doi: 10.1007/s10464-007-9134-z. PMID: 17906927.

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Tan, H. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease. *JAMA*, 3(3).

Lorey, K., & Fegert, J.M. (2022). Incorporating Mental Health Literacy and Trauma Informed Law Enforcement: A Participative Survey on Police Officers' Attitudes and Knowledge Concerning Mental Disorders, Traumatization, and Trauma Sensitivity. *Psychological Trauma*, 14(2), 218-228.

Newland, R., Lawrence, M., Tyndall, S. and Waterall, J. (2022). Vulnerability and trauma-informed practice: what nurses need to know *British Journal of Nursing* 2022 31:12, 660-662

Robila, M. (2018), Refugees and Social Integration in Europe, UNDESA: [https://www.un.org/development/desa/family/wp-content/uploads/sites/23/2018/05/Robila\\_EGM\\_2018.pdf](https://www.un.org/development/desa/family/wp-content/uploads/sites/23/2018/05/Robila_EGM_2018.pdf)

Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*, 323.

Shi, M., Stey, A., & Tatebe, L. C. (2021). Recognizing and Breaking the Cycle of Trauma and Violence Among Resettled Refugees. *Current Trauma Reports*, 7(4), 83–91.

Trauma-informed Oregon. (2020). COVID-19: considerations for a Trauma-informed Response for Work Settings (Organisations/Schools/Clinics). Retrieved from <https://trauma-informedoregon.org/wp-content/uploads/2020/03/Considerations-for-COVID-19-Trauma-InformedResponse.pdf>

Wathelet, M, D' Hondt, F, Bui, E, Vaiva, G, Fovet, T. Posttraumatic stress disorder in time of COVID-19: Trauma or not trauma, is that the question? *Acta Psychiatr Scand.* 2021 Sep; 144(3): 310-311. doi:



10.1111/acps.13336. Epub 2021 Jun 23. PMID: 34107060; PMCID: PMC8212101.

World Health Organisation (WHO) (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Geneva: World Health Organisation.

Scottish Government (2021). Trauma-informed practice: toolkit. <https://www.gov.scot/publications/trauma-informed-practice-toolkit-scotland/>

## **SINTOMAS DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (SSPT) E PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO (PSPS)**

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Herman, J.L. (1992). Trauma and recovery: the aftermath of violence - from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books.

IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2010). Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know? Geneva: IASC.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.

Multi Agency Guidance Note (2015). Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum Seekers and Migrants on the Move in Europe. Geneva: WHO/Europe, UNHCR, IOM and MHPSS.

Papadopoulos, R.K. (2007). Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(3), 301-312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. HHS publication no. (SMA) 14-4884. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014.

Wilson, J.P. & Keane, T.M. (2004). *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York, NY: Guilford Press.

World Health Organisation, War Trauma Foundation and World Vision International (2011). Psy-

chological first aid: Guide for field workers. Geneva: WHO.

World Health Organisation Regional Bureau for Europe (2015). Policy brief on migration and health: mental health care for refugees. Copenhagen: WHO-EURO. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/293271/Policy-Brief-Migration-Health-Mental-Health-Care-Refugees.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/293271/Policy-Brief-Migration-Health-Mental-Health-Care-Refugees.pdf)

## **FUNDAMENTOS DA PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO, SINAIS E SINTOMAS**

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.), pp. 271-80.

Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bisson, JI, Cosgrove, S, Lewis, C, Robert, NP (2015). Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 351: h6161.

Brewin CR, Cloitre M, Hyland P, Shevlin M, Maercker A, Bryant RA, et al. (December 2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD (PDF). *Clinical Psychology Review*. 58: 1-15.

Brewin, Chris R. (May 2020). Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11. *Cambridge - BJPsych Advances*. 26(3): 145-152.

Cloitre, M (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry*. 216 (3): 129-131.

Herman, JL (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma (PDF). *Journal of Traumatic Stress*. 5 (3): 377-391.

Kessler, RC, Aguilar-Gaxiola, S, Alonso, J, Benjet, C, Bromet, EJ, Cardoso, G, et al. (27 October 2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*. 8 (sup5):

Mayo Clinic (2019). Post-traumatic stress disorder (PTSD) - Symptoms and causes. Retrieved 8 October 2019.

World Health Organisation (2022). Complex post-traumatic stress disorder. International Classification of Diseases, eleventh revision - ICD-11. Geneva: WHO.



“What is complex PTSD?”: [www.mind.org.uk](http://www.mind.org.uk). Retrieved 2022-09-07.

## IMPLEMENTAÇÃO DE PRÁTICA INFORMADA EM TRAUMA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS

Bloom, S. L. (1997). *Creating sanctuary: Toward the evolution of sane societies*. New York: Routledge.

Bloom, S. L. (2010). Organisational stress as a barrier to trauma-informed service delivery. In M. Becker & B. A. Levin (Eds.), *Public Health Perspective of Women’s mental health* (pp. 295–311). New York, NY: Springer.

Cherry, K. (2022). Social Support Contributes to Psychological Health (article). Retrieved January 2023 from: <https://www.verywellmind.com/social-support-for-psychological-health-4119970>

Cuncic, A. (2022). What Does It Mean to Be »Triggered« (article). Retrieved January 2023 from: <https://www.verywellmind.com/what-does-it-mean-to-be-triggered-4175432>

Gupta, S. (2023). What is trauma therapy? (article). Retrieved January 2023 from <https://www.verywellmind.com/trauma-therapy-definition-types-techniques-and-efficacy-5191413>

Harris, M. & Fallot, R. D. (Eds.) (2001). *Using Trauma Theory to Design Service Systems*. New Directions for Mental Health Services. San Francisco: Jossey-Bass.

Haughey, C. (2021). *Trauma-informed Practice Toolkit*. Publication: Scottish Government, Directorate: Children and Families. ISBN 9781800045606 Retrieved February 2023 from: <https://www.gov.scot/publications/trauma-informed-practice-toolkit/scotland/pages/4/>

Jennings, A. (2015). *Retraumatization* [PowerPoint slides]. Retrieved February 2023 from <http://theannainstitute.org>

Meyers, L (2017). *Informed by Trauma, Counseling Today*. Publication of the American Counseling Association. Retrieved from: <https://ct.counseling.org/2017/09/informed-by-trauma/> January, 2023.

Niebler, R. (2020). *Trauma-informed Communication*. Retrieved from Proctor Online: <https://www.qlsproctor.com.au/2020/11/trauma-informed-communication/> (January, 2023).

Scott, E. (2020) *Reduce stress with increased*

*assertiveness* (article). Retrieved February, 2023 from <https://www.verywellmind.com/reduce-stress-with-increased-assertiveness-3144971>

## IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO

Corney, R. (ed.) (2000). *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. Climepsi.

Davis, M.H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.

Dores, A. R., Martins, H., Reis, A.C., & Carvalho, I. P. (2021). Empathy and coping strategies in allied health sciences: Gender patterns. *Healthcare*, 9(5), 497. <https://doi.org/10.3390/healthcare9050497>

Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes*. Springer.

## AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS TRANSVERSAIS E DE GESTÃO DE CONFLITOS

Bidwell, J. *The Importance of Soft Skills in Compassionate Crime Scene Clean Up*. Retrieved from: <https://www.aftermath.com/blog/importance-soft-skills-compassionate-crime-scene-clean-john-bidwell-supervisor-aftermath/>

Carter, K., Rutherford, M., Stevens, C. (2022). *Therapeutic Communication For Health Care Administrators*. Retrieved from: <https://ecampusontario.pressbooks.pub/therapeuticcommunication-forhealthofficeadministrators/>

Coachingplus. *Newsletter 94*. (2017). Retrieved from: [https://www.coachingplus.org/texty/c+news94\\_september2017.pdf](https://www.coachingplus.org/texty/c+news94_september2017.pdf)

Empathy. Merriam-Webster dictionary. Retrieved from: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/empathy>

Gass, R. and Ansara, J. (2015). *Managing your triggers toolkit*. Retrieved from: <https://mediators-beyondborders.org/wp-content/uploads/2020/01/managing-your-triggers-toolkit.pdf>

Goleman, D. (2017). *Self-Awareness: The Foundation of Emotional Intelligence*. Retrieved from: <https://www.linkedin.com/pulse/self-aware->



ness-foundation-emotional-intelligence-daniel-goleman/

Green, Charles. (2019). Five Approaches to Dealing with Conflict. Retrieved from: <https://smallbusiness.chron.com/five-approaches-dealing-conflict-894.html>

Hellal, K. (2021). Trauma and Conflict. The Centre for Understanding of Conflict. Retrieved from: <https://understandinginconflict.org/trauma-and-conflict/>

Kaplan, Z. (2023). What are Collaboration Skills? Definitions and Examples. Copyright © 2023 Forage. Retrieved from: <https://www.theforage.com/blog/skills/collaboration-skills>

Kendra, Ch. (2022). What is Empathy? Very well mind. Retrieved from: <https://www.verywellmind.com/what-is-empathy-2795562>

Kendra, Ch. (2022). What is Resilience? Retrieved from: <https://www.verywellmind.com/what-is-resilience-2795059#citation-4>

Mediators beyond borders (2020). Managing Your Triggers Toolkit: A practice for being resilient in challenging circumstances. Retrieved from: <https://mediatorsbeyondborders.org/wp-content/uploads/2020/01/managing-your-triggers-toolkit.pdf>

McPheat, Sean. (2022). What is the Thomas Kilmann Conflict Management Model? Retrieved from: <https://www.mtdtraining.com/blog/thomas-kilmann-conflict-management-model.htm>

Menschner, Ch. & Maul, Alexandra. (2016). Key Ingredients for Successful Trauma-Informed Care Implementation. Center for Health Care Strategies. Retrieved from: [https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs\\_campaigns/childrens\\_mental\\_health/atc-whitepaper-040616.pdf](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/childrens_mental_health/atc-whitepaper-040616.pdf)

Trauma-Informed Conflict Engagement. Retrieved from: <https://mediatorsbeyondborders.org/what-we-do/conflict-literacy-framework/trauma-informed/>

Patry, Philip. (2021). Taking a Trauma-Informed Approach in Workplace Conflict Resolution. Retrieved from: <https://globalmindfulsolutions.com/taking-a-trauma-informed-approach-in-workplace-conflict-resolution/>

Thomas, Kenneth W. (2002). Introduction to Conflict Management. CPP Inc.

What is Culturally-Sensitive Trauma-Informed Care? Retrieved from: [\[box.org/culturally-sensitive-trauma-informed-care\]\(https://www.healthcaretoolbox.org/culturally-sensitive-trauma-informed-care\)  
5 Stages of Conflict and Workplace Conflict Resolution \(2021\). Retrieved from: <https://blog.udemy.com/stages-of-conflict/>](https://www.healthcaretool-</a></p></div><div data-bbox=)

5 Types of Conflict styles (2020). Retrieved from: <https://www.uscg.mil/Portals/0/seniorleadership/chaplain/5%20Types%20of%20Conflict%20Styles.pdf?ver=2020-01-16-150312-237>

## **PRINCÍPIOS PARA REDUZIR O STRESS DURANTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica (2017). <https://www.inem.pt/2017/05/25/como-proceder-em-crise/>

## **MELHORAR A AUTOCONSCIÊNCIA E A AUTOPERCEÇÃO**

Carothers, J.: Trauma Awareness and Resilience: The Basics (Blog). Retrieved from: <https://www.slma.cc/trauma-blog/> (February 2023)

Chefalo, Shenandoah. (2022). Complete Guide to Self-Awareness (article). Retrieved from: <https://www.pacesconnection.com/blog/the-complete-guide-to-self-awareness> (February, 2023).

Granville, T., Dardie, N. (2020). Trauma and How it Impact Self-perception (article). Retrieved from: <https://www.movetohealproject.com/blog/2020/10/3/trauma-and-how-it-impacts-self-perception> (February, 2023).

Harrington, Steve. Trauma, Ethics and Self-Awareness. Retrieved from Recovery Academy: [http://www.ncdsv.org/images/RA\\_Trauma-ethics-and-self-awareness-understanding-ourselves-to-help-others.pdf](http://www.ncdsv.org/images/RA_Trauma-ethics-and-self-awareness-understanding-ourselves-to-help-others.pdf) (February, 2023).

Social Literacy for Public Sector Staff Guidelines (2015). Grundtvig LLP, Education and Culture DG. (2015). Integra Institute

Team Training Manual: Traumatic Stress, Self-awareness and Self-care Guide. Retrieved from: <https://www.nacc.org/docs/conference/S5%20Theology%20of%20Disaster%202.pdf> (February 2023).

Vassar, G. (2019). Self-Awareness and Trauma. (article). Retrieved from <https://lakesidelink.com/blog/the-importance-of-self-awareness-while-dealing-with-trauma/> (February, 2023).





## **Prática Informada em Trauma para Trabalhadores de Serviço Público (TIPS)**



<https://trauma-informed-practice.eu/>



**Cofinanciado pela  
União Europeia**

