

MANUAL DE PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS

PSP - ULisboa

FICHA TÉCNICA

Título: Manual de Primeiros Socorros Psicológicos PSP-ULisboa

Editora: Programa para a Promoção da Saúde Mental no Ensino Superior, 2025

APRESENTAÇÃO

A intervenção no momento da crise pode mitigar o seu impacto psicológico e evitar agravamentos de sinais e sintomas que comprometam o desempenho académico/laboral e a qualidade de vida. Os Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) são um primeiro nível de cuidado, não pretendendo substituir a intervenção profissional, mas fomentar a promoção da saúde mental como uma responsabilidade coletiva, incentivando uma cultura de apoio e solidariedade em que cada um se sinta seguro para ajudar e para aceitar ajuda.

Esperamos que este manual seja um guia útil e acessível, promovendo uma maior consciência sobre a importância da saúde mental e oferecendo orientações práticas para lidar com momentos de crise. A informação aqui contida visa empoderar todos aqueles que desejam contribuir para um ambiente universitário mais inclusivo e solidário, onde o apoio mútuo seja uma prioridade.

Ao integrarmos os PSP na vivência académica, estamos a reforçar um compromisso com a prevenção e promoção da saúde mental e o bem-estar e a construir uma comunidade mais resiliente, mais preparada para enfrentar desafios e apoiar todos aqueles e aquelas que, em diferentes momentos, necessitam de ajuda. Que este manual seja um passo significativo na construção da Universidade de Lisboa como um contexto de vida cada vez mais saudável.

ÍNDICE

I. Conhecer	4
1. Crise e Trauma.....	5
Crise Psicológica	5
Eventos Potencialmente Traumáticos (EPT)	6
II. Intervir	10
1. Fundamentos dos Primeiros Socorros Psicológicos	11
2. Modelo de Primeiros Socorros Psicológicos Universitário (PSP – ULisboa)	14
Recolha de Informação Inicial	15
Avaliação Pessoal	16
Fase 1: Primeiro contacto e Estabelecimento da Relação	17
Fase 2: Segurança e Conforto	18
Fase 3: Estabilização	19
Fase 4: Gestão da Informação	22
Fase 5: Assistência Prática	23
Fase 6: Ligação à rede de Suporte Social e Familiar.....	24
Fase 7: Informação sobre <i>Coping</i>	25
Fase 8: Encaminhamento e Referenciação	27
3. A intervenção em situações específicas	28
Emergências Psicológicas	28
Urgências Médico-legais	35
4. Recursos para Encaminhamento e Referenciação	37
Recursos da ULisboa	37
Recursos do Sistema Nacional de Saúde	43
Acordos de Prestação de Saúde	43
III. O interventor (O cuidado de quem cuida)	44
1. Autoconhecimento	45
2. Estratégias de Cuidado Pessoal	45
3. Estratégias de <i>Coping</i> ProActivo	47
Bibliografia	52

CAPÍTULO I

CONHECER



1. CRISE E TRAUMA

CRISE PSICOLÓGICA

O início do percurso no Ensino Superior é marcado por uma transição complexa, onde o entusiasmo da descoberta e os novos desafios se entrelaçam com as exigências de um novo ritmo de vida, uma maior autonomia e a necessidade de adaptação a novas metodologias de ensino e avaliação.

A área do saber escolhida, idealizada e romantizada, por vezes, ao longo de anos de estudo e de luta por médias de acesso, revela-se agora em toda a sua complexidade: exigências metodológicas, leituras densas, desafios práticos inesperados e um ritmo de aprendizagem intenso.

Neste contexto de transição e descoberta, o confronto entre expectativas e realidade e a adaptação a novas exigências, pode gerar momentos de grande pressão, levando muitos e muitas estudantes a experienciar níveis elevados de stress e a sentir que os recursos de que dispõem não são suficientes para enfrentar os desafios académicos e pessoais.

QUANDO SURGE?

» A crise psicológica surge quando a situação em que a pessoa se encontra é percecionada como demasiado exigente ou ameaçadora, excedendo os seus recursos para lhe fazer face, e quando as estratégias que habitualmente são usadas para lidar com os desafios, ou *stressores*, não são eficazes, originando reações de stress intensas.

EVENTOS POTENCIALMENTE TRAUMÁTICOS (EPT)

Experiências exigentes, com potencial traumático, são uma realidade comum, com a qual a maioria dos indivíduos se irá confrontar no decurso da sua vida.

EXEMPLOS:

A morte inesperada de pessoas significativas, medo intenso de morrer ou de lesões significativas, ver-se envolvido num acidente, numa catástrofe ou num atentado terrorista, ser alvo de agressão física, sexual ou psicológica ou outras ameaças à integridade, observar um destes acontecimentos, ou tomar conhecimento de que aconteceu com alguém próximo.

Estes são apenas alguns exemplos de acontecimentos que podem dar origem ao desenvolvimento de perturbação psicológica, sendo então considerados traumáticos.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) alerta para a elevada prevalência de exposição a *stressores* extremos na população mundial, sublinhando que é um importante fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental e de problemas sociais, e recomendando a realização de intervenção psicológica e social em momentos cada vez mais próximos do evento (Eisenman et al., 2006; WHO, 2003, 2010, 2013).

Apesar de a maioria das pessoas expostas não desenvolver perturbação mental e se manter funcional após a exposição a um EPT (Brewin et al., 2000; Nash et al., 2015), um número considerável experiencia algum grau de sintomatologia pós-trauma (Help et al.; 2006; Norris, 1992) e cerca de 5 a 20% desenvolvem PTSD¹ (Atwoli et al., 2017; Breslau, 2002).

¹ Perturbação de Stress Pós-Traumático

Como referimos, uma parte significativa das pessoas não desenvolve perturbação, mantendo-se saudável (Bonanno & Mancini, 2008). No entanto, importa conhecer os sinais e sintomas mais prevalentes aquando da vivência de um EPT e o seu significado ao longo do tempo.

O QUE É?

A reação aguda ao stress (RAS) é uma resposta psicológica transitória que ocorre após a exposição a um EPT, sendo caracterizada pelo desenvolvimento de sintomas intensos e incapacitantes que podem interferir de uma forma significativa na vida da pessoa (APA, 2022).

Apesar de poder ser considerada uma resposta adaptativa do organismo a situações de ameaça extrema, quando os sintomas persistem por mais de um mês, ou quando estão presentes sintomas dissociativos no decurso das primeiras semanas, pode ocorrer a progressão para uma perturbação associada ao trauma, entre elas a perturbação de stress pós-traumático, que necessitam de avaliação e intervenção especializadas (WHO, 2010).



A identificação precoce e o tratamento adequado são fundamentais para mitigar o impacto negativo e promover a recuperação psicológica, sendo fundamental, em contexto de PSP, a referenciação ao nível de cuidados seguinte, quando não existe remissão da sintomatologia, como iremos ver adiante.

SINAIS E SINTOMAS DA REAÇÃO AGUDA DE STRESS

(APA, 2022; Burkle, 1996; WHO, 2013)

EMOCIONAIS

- Ansiedade intensa
- Medo extremo
- Irritabilidade e agitação
- Humor deprimido
- Sentimentos de desesperança ou culpa
- Diminuição da autoestima
- Sentimento de luto

COGNITIVOS

- Dificuldade de concentração
- Dificuldade em tomar decisões
- Estado de confusão mental
- Perceção de irreabilidade
- Alterações na perceção da realidade
- Lapsos de memória relacionados com o evento traumático
- Pensamentos, ou memórias, intrusivos e recorrentes sobre o trauma
- Preocupação excessiva

FÍSICOS

- Tensão muscular e dores no corpo
- Fadiga excessiva
- Taquicardia e aumento da pressão arterial
- Distúrbios do sono (insónia ou pesadelos)
- Sudorese excessiva
- Hiperventilação e tremores
- Alterações do apetite
- Alterações na libido

COMPORTAMENTAIS

- Comportamentos orientados para a sobrevivência: fuga, luta, desmaiar, ficar imobilizado ou tentar agradar ao *agressor*.
- Comportamentos impulsivos
- Choro
- Agitação
- Evitamento de locais, pessoas ou situações associadas ao trauma
- Isolamento social
- Reações exacerbadas a estímulos inesperados ou que recordam o EPT
- Aumento do uso de substâncias psicoativas (como álcool e drogas) para alívio da sintomatologia
- Dificuldades e/ou no trabalho e/ou escola
- Alienação
- Comportamentos regressivos (crianças)
- Enurese não-orgânica (em crianças)

ESPIRITUAIS

- Questionamento de crenças fundamentais
- Perda de sentido ou propósito na vida
- Sentimentos de abandono ou desconexão espiritual

CAPÍTULO II

INTERVIR



1. FUNDAMENTOS DOS PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS

Os Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) foram desenvolvidos para apoiar e estabilizar pessoas em sofrimento emocional e a necessitar de ajuda para lidar com ansiedade, *stress*, e outras RAS, imediatamente após um evento crítico, ajudando-as a sentirem-se mais seguras, calmas, em controlo e conectadas, promovendo o seu funcionamento adaptativo e a utilização de estratégias de *coping* saudáveis.

Os PSP são a sistematização de um conjunto de ações de ajuda, oferecidas em função das necessidades individuais avaliadas, sendo a maioria dos modelos baseado em oito ações principais: contacto e estabelecimento da relação; segurança e conforto; estabilização; apoio na recolha de informação; assistência prática ou resolução de problemas; conexão com suporte social; informação sobre recursos disponíveis; e promoção de contacto com outros serviços ou instituições, quando necessário (Ruzek et al., 2007; Shultz & Forbes, 2014; Van Ommeren, Saxena, & Saraceno, 2005). Hobfoll et al. (2007) identificaram cinco princípios fundamentais que estariam na base da adaptação a um EPT: segurança, conectividade, eficácia pessoal e coletiva, baixa ativação e esperança, consistentes com os modelos de primeiros socorros psicológicos.

Os PSP são Universais: Embora seja necessário adquirir conhecimento e desenvolver competências técnicas, não é preciso ser profissional de saúde mental para prestar PSP. Além disso, todas as pessoas em crise, ou expostas a um EPT, podem beneficiar deste apoio, sejam elas envolvidas diretamente, sobreviventes, familiares, testemunhas, profissionais de emergência em momentos de crise ou até outros membros da comunidade.

Os PSP são uma primeira abordagem a alguém que está em crise psicológica ou que viveu um EPT, no último mês. É um **primeiro nível de cuidado** e ajuda, podendo ser necessário encaminhar ou referenciar para outros níveis de cuidados psicológicos, médicos e/ou sociais (WHO, 2010). Esta intervenção pressupõe uma abordagem **culturalmente sensível** e respeitadora das experiências e formas de expressão individuais.

Para além de fornecer estratégias de apoio imediato, este manual pretende capacitar a comunidade académica para **identificar sinais de alerta** sugestivos de dificuldades ao nível da saúde mental. Aprender a olhar para o outro com sensibilidade e reconhecer mudanças no comportamento, expressões de sofrimento ou pedidos de ajuda discretos, pode ser fundamental na prevenção da deterioração da saúde mental de quem nos rodeia, contribuindo para a construção de uma rede de apoio mais consciente e solidária.

O QUE SÃO E O QUE NÃO SÃO PSP

(adaptado de WHO, 2010, 2013)

✓ O que são PSP:

- Cuidados e apoio práticos, não intrusivos, fundados nos princípios de **empatia, respeito, compreensão e não julgamento**;
- Avaliar as necessidades e preocupações;
- Ajudar a satisfazer necessidades básicas (ex.: comida, água, alojamento);
- Ouvir, sem NUNCA pressionar a falar;
- Confortar as pessoas e ajudá-las a sentirem-se calmas;
- Ajudar a conectar com informações, serviços e apoios sociais;
- Proteger de **danos adicionais**.

✗ O que não são PSP:

- Não são restritos aos profissionais de saúde mental;
- Não são aconselhamento ou intervenção psicológica;
- Não são pedir para a pessoa relatar o que experienciou durante o EPT, tentando sistematizar e encontrar coerência;
- Não são uma forma de satisfazer a curiosidade sobre o EPT, ou de lhe tentar atribuir um sentido;
- Não são o momento para partilhar os EPT's que também viveu;
- Não são ser condescendente;
- Não são tomar decisões pelos outros(as) ou pressioná-los(las) a fazê-lo quando não estão preparados(as).

2. MODELO DE PRIMEIROS SOCORROS PSICOLÓGICOS UNIVERSITÁRIO (PSP-ULISBOA)

Com o objetivo de oferecer uma resposta estruturada e eficaz às crises emocionais vivenciadas em contexto universitário, onde fatores como a pressão académica e a adaptação a novas exigências e desafios pessoais podem impactar significativamente o bem-estar mental de estudantes, docentes e colaboradores, surge o **PSP-ULisboa**, um modelo adaptado às necessidades específicas deste contexto.

Este modelo integra **abordagens de PSP** amplamente difundidas e aplicadas aos mais diversos contextos de crise (Beja et al, 2018; Brymer et al, 2006; DeWolfe, 2000; IFRC, International Federation of the Red Cross, 2009; IASC, Inter-Agency Standing Committee, 2007; WHO, 2010, 2011a, 2011b), os **elementos essenciais para a intervenção imediata e a médio prazo** em situações traumáticas de Hobfoll e colaboradores (2007), a abordagem de Levine (2012) sublinhando a importância de uma presença humana compassiva, capaz de incorporar bondade e aceitação face a um evento adverso, e a **experiência de intervenção psicológica** no ensino superior, para proporcionar um suporte imediato e direcionado, procurando proporcionar uma **resposta estruturada**, mas **flexível**, ajustada às necessidades individuais de cada elemento da comunidade académica.

RECOLHA DE INFORMAÇÃO INICIAL

1. Identifique a crise, o que a despoletou, quem deu o alerta.
2. Verifique se há necessidade de ajuda médica urgente/emergente ou de segurança.
3. Observe se existem pessoas com reações de stress intensas ou em sofrimento psicológico a necessitar de ajuda imediata.
4. Avalie se já foram tomadas ações no sentido da resolução da crise.
5. Avalie se tem o que necessita para abordar as pessoas que podem estar a necessitar de ajuda.



Existe **segurança** para prestar primeiros socorros psicológicos?

6. Pode ser adequado recorrer ao Segurança da Faculdade/Instituto ou a alguém da sua confiança para ajudar na primeira abordagem à(s) pessoa(s) envolvida(s).



Os PSP devem ser sempre prestados de forma **articulada**, com outros profissionais ou entidades envolvidas na resposta à crise.

AVALIAÇÃO PESSOAL

1. Leu o capítulo sobre autoconhecimento, *coping* proativo e autocuidado? (cf. Capítulo III – O Interventor: o cuidado de quem cuida)
2. Analise se tem disponibilidade emocional para prestar PSP na situação específica em que a pessoa se encontra.
3. Reflita se tem tempo para realizar a intervenção.
4. Perceba se precisa de fazer alguma coisa antes de iniciar a intervenção, para estar genuinamente disponível e sem preocupações (por exemplo, desmarcar um compromisso).
5. Conhece as pessoas envolvidas? A relação estabelecida anteriormente vai ser facilitadora da prestação de PSP?



FASE 1: PRIMEIRO CONTACTO E ESTABELECIMENTO DA RELAÇÃO

1

Responda aos contactos iniciados por quem está a necessitar de ajuda, ou inicie o **contacto de forma não-intrusiva, assertiva e prestativa**.

2

Apresente-se com nome e função no contexto presente. Pergunte se pode ajudar de alguma forma sem invadir o espaço pessoal.

3

Estabeleça uma relação empática com a pessoa, ouvindo atentamente as suas preocupações e permitindo a expressão emocional, **sem a pressionar a falar**.

4

Garanta a **confidencialidade** e a privacidade, dentro dos limites éticos.



Seja uma presença humana e compassiva.

FASE 2: SEGURANÇA E CONFORTO

- 1 Dirija os envolvidos de forma a aumentar a sua **segurança física e emocional**.
- 2 Proteja-os da exposição à restante comunidade académica, à comunicação social e de estímulos potencialmente traumáticos.
- 3 Encaminhe para um gabinete ou sala de aula vazios (o gabinete de psicologia, ou o gabinete de apoio ao estudante, também poderão ser boas opções), se necessário solicite ajuda ao segurança.
- 4 Garanta **um espaço seguro** em termos físicos e emocionais, promovendo a sensação de segurança psicológica e de conforto: torne claro que ali está seguro(a).
- 5 Encoraje a pessoa a limitar a sua exposição a estímulos potencialmente traumáticos, seja no local, seja depois através da exposição aos Media.
- 6 Recomende que fale sobre o EPT apenas se sentir essa necessidade e se isso contribuir para que se sintam melhor, e não por solicitação de terceiros.
- 7 Ensine a discriminar estímulos associados ao EPT de estímulos neutros, e a reconectá-los com a sensação de segurança.



FASE 3: ESTABILIZAÇÃO

1

Seja uma presença humana e compassiva, que transmita bondade e aceitação. A sua postura calma, será fundamental para modelar a calma nas pessoas com quem interage.

2

Acalme e oriente as pessoas em perda de controlo emocional ou com **reações de stress intensas**.

3

Ofereça apoio emocional adequado, **validando os sentimentos** de forma a encorajar a sua expressão.

4

Em contexto académico, a crise pode surgir da incapacidade de cumprir prazos, ou do desacordo com regras e medidas previamente estabelecidas ou decisões tomadas. Não “dê razão” à pessoa sem ter conhecimento real sobre o que está a acontecer, apenas para que fique mais calma. Ao invés, deverá **validar** a ansiedade, ou angústia causada pela situação e informá-la a quem poderá recorrer para clarificar a situação, por exemplo, aos Serviços Académicos, ou ao docente responsável pela Unidade Curricular ou pelo seu Curso.

5

Identifique **sinais e sintomas** e solicite aconselhamento, se necessário. Sobretudo nas situações em que não há remissão da sintomatologia. Ver Emergências Psicológicas, página 28.

6

Normalize a sintomatologia, explique que os sintomas que está a sentir são comuns quando se vive uma situação idêntica à que está a viver.

7

Ajude a pessoa a aceitar as suas manifestações face ao trauma (e.g. tremores), e a perceber que estão associadas a reações e comportamentos orientados para a sobrevivência.

ABORDAGENS DIRETAS NO CONTROLO DA SINTOMATOLOGIA

1. GROUNDING SENSORIAL



Num contexto de segurança, solicite que a pessoa foque a sua atenção nos estímulos que a rodeiam e que perceciona através dos diferentes sentidos.

Exemplo: “Olhe para mim, consegue olhar para mim?”; “Sinta esta garrafa de água, está fria”; “Coloque os pés bem no chão, sinta os pés a fazer força no chão”; “Ana, Ana, consegue ouvir-me? Ana.” “Consegue olhar à sua volta, dizer-me o que está a ver / ouvir?”

2. GROUNDING COGNITIVO

Faça perguntas simples e factuais tendo em atenção para que sejam questões neutras, dado o contexto vivido. Tenha em atenção para não o fazer de modo a deixar a pessoa ainda mais ansiosa por não estar a conseguir responder. Fale suavemente e com calma. Normalize uma eventual dificuldade em responder.



Exemplo: “Como se chama?” “Que idade tem, Pedro?” “Qual é o seu curso?” “Está em que ano?” “Hoje tinha aulas? A que horas?”

ABORDAGENS DIRETAS NO CONTROLO DA SINTOMATOLOGIA

3. CONTROLO RESPIRATÓRIO



Modele uma respiração mais pausada, muito útil em situações de hiperventilação, ou quando a pessoa refere ter a sensação de não estar a respirar bem, devido à sintomatologia de ansiedade.

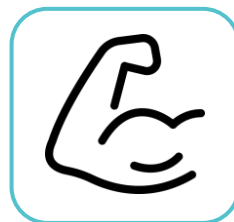
Exemplo: “Vou ajudá-la a respirar melhor. Consegue sentar/elevar o tronco? É importante que o faça para se sentir melhor. Faça comigo, vamos respirar pausadamente... inspire... e deite o ar fora... devagarinho, todo até ao final.... Novamente.... Inspira... (pequena pausa) Deita o ar fora, devagar... muito bem...”

4. RELAXAMENTO MUSCULAR

Peça para contrair e relaxar a parte do corpo que apresenta a sintomatologia de ansiedade, como falta de força, parestesias ou tensão.

Associe com os exercícios de controlo respiratório, quando possível e necessário.

Exemplo: “Para o(a) ajudar a recuperar a sensação de força nas pernas, vai sentar... Vai fazer força com os pés no chão, como se quisesse levantar, mas não precisa de levantar... Procure sentir bem os pés apoiados no chão... Vai agora contrair os músculos das pernas... Contraí... e relaxa... Novamente, contraí... e relaxa... Tente movimentar as pernas devagar... mexer os dedos dos pés...”



FASE 4: GESTÃO DA INFORMAÇÃO

1

Identifique **as preocupações e necessidades** imediatas da pessoa, como alojamento, alimentação, água, informação, assistência médica ou apoio emocional.

2

Dê informação sobre **colegas, família e amigos**, sobre os quais haja preocupação. Confirme sempre a informação com os profissionais competentes antes de a transmitir.

3

Dê informação sobre possíveis perigos e como se **proteger**.

4

Não utilize mentiras ou omissões como forma de estabilização. No entanto, não deve transmitir informações que não são da sua competência, **coloque a pessoa em contacto** com os profissionais de referência.

5

Promova para que a pessoa seja informada sobre o que está a acontecer, recursos disponíveis e eventuais procedimentos médicos ou médico-legais, subsequentes ao evento, quando necessário.



FASE 5: ASSISTÊNCIA PRÁTICA

- 1** Ajude a priorizar as **necessidades imediatas**: concentre-se numa preocupação de cada vez, por prioridades.
- 2** Apoie na elaboração de **objetivos realistas** que irão ajudar a diminuir o sentimento de incapacidade em lidar com a situação, e a promover a **esperança**.
- 3** Apoie na **resolução de problemas**.
- 4** Ajude a restabelecer a **perceção de controlo** necessária para uma recuperação eficaz.
- 5** Faculte informação **relevante e fidedigna**, possibilitando a tomada de decisão informada, sem pressionar a tomar decisões ou a resolver problemas da forma que lhe parece a si mais adequada. **Descentre-se** do seu quadro de referências. Não pense “se fosse eu preferia...”



FASE 6: LIGAÇÃO À REDE DE SUPORTE SOCIAL E FAMILIAR

1

Promova a conexão com a rede de suporte familiar e social existente, como amigos, familiares, serviços médicos, gabinete de apoio ao aluno, gabinete de psicologia, e Serviços da ULisboa.

2

Perceba se a pessoa tem alguma figura de referência na comunidade académica e se a mesma está disponível.

3

Se necessário e desejado ajude a identificar alguém significativo que possa vir ter com a pessoa.

Suporte instrumental: apoio e/ou aconselhamento na resolução de problemas.

Suporte emocional: apoio centrado no apoio emocional e partilha de sentimentos.



FASE 7: INFORMAÇÃO SOBRE COPING

1

Dê informação sobre as **reações de stress** mais prevalentes nos primeiros dias e sobre estratégias de *coping* saudáveis e adaptativas.

2

Prevenir a exposição a stressores subsequentes.

- Evitar divulgar a imagem pessoal nas redes sociais ou Media.
- Evitar a exposição excessiva aos Media.
- Falar apenas quando sentir vontade, não recontar o sucedido sempre que solicitado.

3

Exemplo de **estratégias de coping** adaptativas:

- Falar sobre a situação com alguém próximo, se sentir essa necessidade.
- Fazer uma alimentação saudável, exercício físico, caminhadas, estar em contacto com a natureza; descansar.
- Fazer atividades que habitualmente dão prazer, mesmo que sem muita vontade. Manter rotinas, mas não ser demasiado exigente.
- Evitar tomar decisões com impacto a médio e longo prazo, tomar apenas decisões para as próximas horas ou dias.
- Evitar consumo de álcool, outras drogas e automedicação.

4

Exemplo de estratégias para melhorar o **sono noturno**: Zz

- Deitar e levantar sempre à mesma hora;
- Reduzir o consumo de álcool, pois perturba o sono;
- Eliminar o consumo de bebidas com cafeína, a partir do final da tarde;
- Praticar exercício físico, mas sem ser perto da hora de dormir;
- Relaxar antes da hora de dormir, ouvindo música, lendo um livro, rezando;
- Limitar as sestas a 15 minutos e nunca depois das 16 horas.

5

Reflita sobre o regresso à Faculdade/Instituto, seja em contexto de trabalho ou de estudo, uma vez que pode ser um momento particularmente exigente, nomeadamente:

- Se o EPT foi do conhecimento da comunidade, é possível que exista alguma atenção indesejada, lembrar que com o passar dos dias, a atenção diminuirá. Enfatize que não deve ter receio de dizer que não se sente confortável em falar sobre o assunto, quando solicitado a fazê-lo.
- Se o EPT ocorreu na Faculdade/Instituto é normal que alguns locais, aulas, momentos do dia, ou até cheiros ou sons, recordem o EPT. Explicar que à medida que se vai confrontando novamente com esses estímulos, eles se vão tornando novamente estímulos neutros. No entanto, pode ser necessária ajuda profissional, se com o passar do tempo se continuar a sentir como se o EPT estivesse a acontecer novamente ou na iminência de acontecer.

6

Informe em que situações pode precisar de ajuda profissional: ⚠

- Apesar de serem muito comuns as alterações do sono, se não conseguir dormir mais do que uma noite, deve pedir ajuda, pois a ausência de sono pode ser muito desorganizadora.
- Se após os primeiros dias mantem RAS intensas.
- Se não consegue assumir as responsabilidades habituais de trabalho e/ou estudo, ou se comporta de forma muito distinta do habitual.
- Se tem necessidade de consumir álcool ou outras drogas para lidar com a sintomatologia, ou se faz automedicação.
- Caso surjam ideias, ou comportamentos, envolvendo fazer mal a si próprio ou a terceiros, deve ligar 112.

FASE 8: ENCAMINHAMENTO E REFERENCIAÇÃO

1

Garanta que a pessoa tem acesso ao nível de cuidados seguinte, quando necessário.

2

Em situações urgentes/emergentes considere contactar o Número Europeu de Emergência, 112, ou a Linha de Saúde 24, 808 24 24 24.

3

Identifique as situações que pela avaliação atual justificam fazer sinalização ao Sistema Nacional de Saúde, Emergência Social ou a respostas da ULisboa.

4

Informe como recorrer a apoio, se necessário. A ULisboa possui diversas respostas de apoio médico, psicológico e académico. Nas situações em que sejam avaliadas necessidades sociais prementes, pode ser feita a referenciação aos Serviços de Ação Social da ULisboa ou à Linha de Emergência Social, através do 144. Consultar Recursos para Encaminhamento e Referenciação, página 37.

5

Para apoio e orientação académica encaminhar aos serviços específicos, nomeadamente Conselhos Pedagógicos, Serviços Académicos e Gabinetes de Apoio a Estudantes.



Ligue **Aqui e Agora:**
Linha de Intervenção
Psicológica na Crise
da ULisboa, para
apoio e
aconselhamento na
referenciação.

210 493 499

3. A INTERVENÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

EMERGÊNCIAS PSICOLÓGICAS

Apesar de grande parte dos sinais e sintomas que surgem no momento da crise, ou face a um EPT, serem normativos e transitórios, é fundamental reconhecer as reações de *stress* que implicam necessidade de intervenção psicológica e/ou médica imediata.

De seguida, apresenta-se uma avaliação de sinais e sintomas baseada em protocolos de triagem desenvolvidos para identificar a gravidade das crises psicológicas e orientar a resposta adequada em contextos de intervenção em saúde mental (Burkle, 1996; Myer et al., 1992; Myer & Conte, 2006; Roberts, 2005). Nenhum dos sinais e sintomas deve ser descurado ou desvalorizado, devendo ser **referenciado quando não existe remissão da sintomatologia**.

Os fatores assinalados como “Fatores de risco importantes” devem ser referenciados para avaliação por profissional de saúde especializado, e a pessoa não deve ser deixada sozinha até que receba o apoio adequado, de forma a que a sua segurança seja garantida.

Apesar de apresentarem situações de risco ou perigo importantes para a sua saúde mental e/ou integridade física, algumas pessoas recusam ajuda médica. O medo do julgamento de terceiros, a falta de consciência sobre a gravidade do seu estado de saúde ou experiências anteriores negativas na área da saúde, podem contribuir para a resistência em aceitar ajuda.

Promover a **aceitação de ajuda exige tempo e disponibilidade emocional**, sendo um importante exercício de conexão humana: é fundamental adotar uma abordagem empática e estratégica, respeitando a autonomia da pessoa, mas enfatizando a necessidade de cuidado e segurança.

É fundamental criar um espaço de diálogo no qual a pessoa se sinta confortável para expressar o que está a sentir, e as suas dúvidas e receios face ao processo de ajuda, ajudando a minimizar os seus receios e a criar condições para que se sinta com capacidade de aceitar ajuda, percebendo-a como um passo importante na sua recuperação.

GERAIS

- Dificuldade de concentração ou tomada de decisão
- Pensamento acelerado ou confuso
- Ruminação excessiva (pensamentos repetitivos)
- Preocupação intensa e constante
- Alterações na memória
- Pensamentos, ou imagens, intrusivos sobre o EPT



FATORES DE RISCO IMPORTANTES

- **Ideação suicida ou homicida** (pensamentos sobre acabar com a própria vida ou de outros)
- **Delírios** (interpretação falsa ou delirante da realidade)
- **Dissociação / Desconexão da realidade** (despersonalização/desrealização severa)
- **Alucinações** (ver, ouvir ou sentir coisas que não existem)

Necessitam de atenção urgente/emergente

GERAIS

- Ansiedade intensa e persistente
- Medo irracional e desproporcional
- Tristeza profunda ou desesperança
- Frustração e irritabilidade aumentadas
- Alterações frequentes de humor



FATORES DE RISCO IMPORTANTES

- **Ataques de pânico incapacitantes** (dificuldade extrema em recuperar o controlo e/ou medo de morte iminente)
- **Desespero intenso e sem alívio** (sensação de que nada vale a pena)
- **Explosões emocionais descontroladas** (raiva extrema, choro incontrolável)
- **Anedonia grave** (incapacidade total de sentir prazer ou interesse por qualquer coisa)

Necessitam de atenção urgente/emergente

GERAIS

- Tensão muscular e dores de cabeça
- Sintomatologia somática
- Problemas gastrointestinais (náusea, diarreia, dor de estômago)
- Fadiga persistente ou insónia
- Suores frios ou tremores
- Aumento da frequência cardíaca, sensação de falta de ar ou hiperventilação, associados à ansiedade



FATORES DE RISCO IMPORTANTES

- **Sintomas neurológicos sem causa física aparente** (confusão severa, desmaios, perda de coordenação)
- **Sintomas cardiovasculares agudos** (palpitações severas, dor no peito intensa)
- **Desmaios recorrentes ou estado catatónico** (imobilidade total, ausência de resposta)

Necessitam de atenção urgente/emergente

GERAIS

- Isolamento social
- Irritabilidade e agressividade verbal
- Procrastinação extrema e apatia
- Aumento do consumo de álcool ou drogas
- Dificuldade em cumprir tarefas diárias básicas



FATORES DE RISCO IMPORTANTES

- **Tentativa ou ações de preparação do suicídio** (comportamentos de despedida; organização de pertences; preparação do material necessário)
- **Agressividade extrema ou comportamento violento**
- **Comportamentos autolesivos**
- **Fuga ou desejo de desaparecer**
- **Negligência total das necessidades básicas** (como alimentação, higiene, sono e segurança)

Necessitam de atenção urgente/emergente

QUANDO REFERENCIAR URGENTEMENTE?

- Se houver **risco iminente de suicídio ou homicídio**.
- Se a pessoa apresentar **sintomas psicóticos severos** (delírios, alucinações, perda total de contacto com a realidade).
- Se houver **comportamentos autolesivos graves** ou risco de danos físicos sérios.
- Se os sintomas forem **tão intensos que a pessoa não consegue ser funcional** no dia a dia.

Se algum destes sinais estiver presente, é essencial **acionar os serviços de emergência, através do Número Europeu de Emergência 112, ou encaminhar ao Serviço de Urgência**, preferencialmente com valência de psiquiatria.

112

ALGUMAS INDICAÇÕES PRÁTICAS PROMOTORAS DE ACEITAÇÃO DE AJUDA

(adaptado de St-Yves, Thompson, Bibeau, 2022)

CAPÍTULO II

- Comece por estabelecer uma relação de confiança, apresente-se e peça à pessoa que se apresente.
- Trate-a pelo nome.
- Mostre uma posição de distanciamento face à visão das pessoas que deram o alerta. Procure que seja a própria pessoa a explicar o que se está a passar. Mostre interesse em ouvir a sua versão da história.
- Mostre preocupação genuína, seja autêntico(a). Procure que a pessoa expresse o que está a sentir.
- Não desvalorize o que a pessoa está a sentir ou tente mudar a sua perspetiva face ao que está a viver (“Ainda é muito novo(a), vai ver que no futuro vai encontrar uma pessoa que goste realmente de si”)
- Não julgue, ao invés, procure compreender. Demonstre empatia e respeito. Compreenda as motivações, faça questões no sentido de aprofundar o conhecimento e a compreensibilidade sobre a perspetiva e vivência da pessoa.
- Explique que existe ajuda e que está ali para a ajudar.
- Procure diminuir a ativação emocional (ver Fase 3, Modelo PSP-ULisboa). Diminuir a ativação emocional permite à pessoa recuperar a capacidade de pensar e tomar decisões mais racionais.
- Modele a calma: tom de voz, linguagem corporal. Mostre-se tranquilo(a), mas firme, não seja confrontativo(a): não grite, discuta ou interrompa. O contágio emocional pode ocorrer em todos os sentidos, aumentando o risco para os(as) diferentes intervenientes.

URGÊNCIAS MÉDICO- LEGAIS

Nas situações de urgências médico-legais, como são exemplo, as agressões físicas, as situações de violência doméstica e as agressões sexuais, devem atender-se a alguns cuidados específicos.

Para além das RAS já abordadas anteriormente, é comum as vítimas de agressão sentirem culpa pelo sucedido, medo intenso, zanga, nojo e vergonha (sobretudo nas situações de agressão sexual), recusa em falar, recusa de contacto físico e dificuldade em confiar.

Se a situação ocorreu há menos de 72 horas, trata-se de uma urgência médico-legal, devendo ser alertados os serviços de emergência através do 112, e seguir as suas indicações. Até à chegada de ajuda especializada, devem ser proporcionados alguns cuidados específicos:

CUIDADOS A TER:

- Adote uma postura calma e empática, e não de raiva ou revolta para com o agressor ou agressora. Não pressione a pessoa a contar o que aconteceu, ou a fornecer detalhes, a investigação será feita a seu tempo pelas entidades competentes.
- Tenha especial atenção à forma como a pessoa reage ao toque, pode não ser sentido como um ato de cuidado.
- Ouça o relato da pessoa, acolhendo apenas o que a mesma sentir necessidade de partilhar.
- Diga à pessoa que não é culpada, e tenha especial atenção para não fazer perguntas que façam a pessoa sentir-se culpada pelo sucedido. Da mesma forma, não permita que outros o façam. São exemplos: “Então, e tu não gritaste?”; “Porque é que não te defendeste?”
- É importante ter presente que a maioria das vítimas de agressão reage de forma a sobreviver ao ataque.

- Nas situações de agressão sexual, há critério para a realização de uma perícia médico-legal nas primeiras 72 horas, pelo que a pessoa deve ser aconselhada a não lavar nenhuma parte do corpo; não mudar de roupa, ou se o fizer guardar a roupa usada num saco de papel; não pentear o cabelo; não urinar ou defecar e não comer nem beber.
- Deve ser tido em atenção que estes processos podem demorar algumas horas, e é preciso atender também ao conforto da pessoa e não apenas há necessidade de preservar indícios.
- Explicar que a ida ao Serviço de Urgência é importante não apenas para a recolha de indícios, mas para avaliação e cuidados médicos adequados, como exemplo, a realização de medicação profilática para doenças sexualmente transmissíveis, se necessário.
- Explicar os procedimentos legais, nomeadamente que tem um **prazo de 6 meses para apresentar queixa** junto de qualquer força de segurança, e que vítima e agressor(a), quando conhecido(a), serão chamados a prestar declarações. O mesmo não se aplica a **menores**, uma vez que se trata de um **crime público**.

4. RECURSOS PARA ENCAMINHAMENTO E REFERENCIAÇÃO

RECURSOS DA ULISBOA

Aqui e Agora: Linha de Intervenção Psicológica na Crise da ULisboa

Telefone: +351 210 493 499

A linha de intervenção psicológica na crise da ULisboa tem como destinatários todos os elementos da comunidade académica.

Horário de funcionamento: dias úteis entre as 9h30 e as 12h30 e as 14h e as 17h.

Atendida por psicólogos clínicos com formação em intervenção na crise, esta linha é um importante recurso, disponibilizando intervenção psicológica na crise, aconselhamento e apoio na referenciação.

Serviços de Psicologia e Psiquiatria

Estádio Universitário de Lisboa - Centro Médico da Universidade de Lisboa

Serviço de Apoio Psicológico e Consultas de Psiquiatria

Descrição: Acompanhamento psicológico individual e em grupo, incluindo apoio a estudantes com necessidades educativas especiais.

Website: <https://www.estadio.ulisboa.pt/atividade/psicologia>

Cidade Universitária

Email: cm.cidadeuniversitaria@estadio.ulisboa.pt

Telefone: +351 210 493 472 / 47

Morada: Av. Professor Egas Moniz - Lisboa

Polo da Ajuda

Email: cm.ajuda@estadio.ulisboa.pt

Telefone: +351 210 493 560

Morada: Av. da Universidade Técnica - 1300 - 666 Lisboa

Faculdade de Belas-Artes

Gabinete de Apoio Psicopedagógico

Email: apoio.psicologico@belasartes.ulisboa.pt

Morada: Largo da Academia Nacional de Belas-Artes, 1249-058 Lisboa

Website: https://www.belasartes.ulisboa.pt/wp-content/uploads/2021/04/E_2021_APOIOPSICOLOGICO_folheto.pdf

Faculdade de Ciências

Gabinete de Apoio Psicológico (GAPsi)

Email: gapsi@ciencias.ulisboa.pt

Telefone: +351 217 500 435 ou +351 217 500 000 (ext. 24125)

Morada: Campo Grande, 1749-016 Lisboa

Website: <https://ciencias.ulisboa.pt/pt/gapsi>

Faculdade de Direito

Gabinete de Apoio Psicológico (GAP)

Email: gap@aafdl.pt

Instagram: [@gapfdul](https://www.instagram.com/gapfdul)

Morada: Alameda da Universidade, 1649-014 Lisboa

Website: <https://www.fd.ulisboa.pt/alunos/apoio-ao-aluno/gabinete-de-apoio-psicologico/>

Faculdade de Farmácia

Gabinete de Apoio Psicológico

email: psicologa@ff.ulisboa.pt
[mais informações](#)

Faculdade de Medicina

Espaço S: serviço gratuito disponibilizado pelo Gabinete de Apoio ao Estudante, com acompanhamento psicológico e/ou vocacional, atualmente realizado online.

Website: <https://www.medicina.ulisboa.pt/espaco-s>

Sociedade Portuguesa De Grupanálise E Psicoterapia Analítica De Grupo
(comunidade FMUL)

http://www.medicina.ulisboa.pt/sites/default/files/inline-files/PROTOCOLO%20DE%20PARCERIA_S%C3%ADntese.pdf

Faculdade de Psicologia

Gabinete de Apoio Psicopedagógico ao Estudante (GAPE)

Email: gapefp@psicologia.ulisboa.pt

Telefone: +351 217 943 656 / +351 217 943 654

Morada: Alameda da Universidade, 1649-013 Lisboa

Instituto Superior de Agronomia

Serviço de Apoio Psicológico

Email: apoipsicologico.isa@gmail.com

Morada: Tapada da Ajuda, 1349-017 Lisboa

Website: [Consultas- estudantes.pdf](#)

Instituto Superior Técnico

Avaliação Psicológica; Psicoterapia e Aconselhamento de Adultos; Terapia Familiar; Sexologia

Email: saude@tecnico.ulisboa.pt

Contacto Alameda: 218419343 /640

Contacto TagusPark: 214233220

Website: [SAÚDE • Serviços de Saúde](#)

Serviços de Ação Social da Universidade de Lisboa (SASULisboa)

Morada: Edifício Cantina Velha

Av. Professor Gama Pinto - 1600-192 LISBOA

Email: geral@sas.ulisboa.pt

Contacto: +351 213 611 700

Website: [Serviços de Ação Social da Universidade de Lisboa](http://www.servicosdeacao-social-da-universidade-de-lisboa.pt)

Serviços Académicos e Gabinetes de Apoio ao Estudante

Faculdade de Arquitetura

Gabinete de tutoria ao aluno e mentoria

T. 213 615 027

E. geral.gta.m@fa.ulisboa.pt

Faculdade de Belas-Artes

Serviços Académicos

tel.: 213 252 100

e-mail: academicos@belasartes.ulisboa.pt

Faculdade de Ciências

Gabinete de Apoio ao Estudante

tel.: 217 500 067

e-mail: suporte@ciencia.ulisboa.pt

Programa de Bem-Estar

[mais informações](#)

Faculdade de Letras

Apoio para estudantes

Núcleo de Orientação de Carreira e Apoio ao Estudante

tel.: 217 920 023

email: mentoria@letras.ulisboa.pt

[mais informações](#)

Semana da Saúde Mental e do Bem-Estar 2024/25

4 a 8 de novembro 2024

[mais informações](#)

Faculdade de Medicina

Núcleo de Apoio ao Estudante (NAE)

Site: <https://www.medicina.ulisboa.pt/nucleo-de-apoio-ao-estudante>

Email: gab.estudante@medicina.ulisboa.pt

No NAE estão disponíveis projetos diversos, destinados a estudantes da FMUL, entre os quais se destaca:

Apoio à integração académica: [Mentoring](#) (apoio entre pares)

Promoção do sucesso académico: [Solvin'it](#) (peer teaching)

Apoio à tomada de decisão de carreira: [Mentoring 2.0](#) (mentoria profissional)

Faculdade de Medicina Dentária

Secção Académica

tel.: 217 922 619/26/30

email: academicos@fmd.ulisboa.pt

Faculdade de Psicologia

Apoios para estudantes

Gabinete de Apoio ao Estudante

[Mais informações](#)

Estatuto ENEE (Estudante com Necessidades Educativas Especiais)

[Mais informações](#)

Provedoria do Estudante

[Mais informações](#)

Comissão para a Igualdade de Género

[Mais informações](#)

Instituto Superior de Agronomia

Comissão para a Igualdade e Inclusão e Não Discriminação (CIGI)

email: cigi@isa.ulisboa.pt

Divisão Académica

Solicitação de estatuto de Estudante com Necessidades Educativas Especiais

Telefone: 213 653 119

email: enee.apoio@isa.ulisboa.pt

Associação de Estudantes (AEISA)

tel.: 213 653 319

email: apoioaoestudante@aeisa.pt

Instituto Superior Técnico

Núcleo de Apoio ao Estudante (NAPE)

tel.: 218 417 251

email: nape@tecnico.ulisboa.pt

[Mais informações](#)

Núcleo de Saúde

[mais informações](#)

Núcleo de Desenvolvimento Académico

[mais informações](#)

Estudantes com Necessidades Educativas Específicas

[mais informações](#)

Provedoria do Estudantes

[mais informações](#)

RECURSOS DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Em situação de emergência médica, deverá realizar-se o alerta através do número 112.

Em situações urgentes, deverá ser contactada a Linha de Saúde 24, através do **SNS 24 (808 24 24 24)**, que fará a triagem, aconselhamento e encaminhará de acordo com as especificidades da situação.

Para aceder aos cuidados de saúde primários, deve estar-se inscrito no “Centro de Saúde” da área de residência. Muitos estudantes estão deslocados, o que dificulta o acesso aos cuidados de saúde primários.

É através dos **cuidados de saúde primários** que é feita a referenciação para consultas de especialidade, como psicologia ou psiquiatria.

O **número de utente** é essencial para aceder aos serviços do Sistema Nacional de Saúde, quem tem Cartão de Cidadão Português não precisa de solicitar o número de utente.

Estudantes ou investigadores estrangeiros: o número é-lhes atribuído automaticamente quando se dirigirem a uma unidade pública de saúde, como um centro de saúde ou hospital, precisem ou não de cuidados de saúde no momento do pedido (República Portuguesa, s.d.).

ACORDOS DE PRESTAÇÃO DE SAÚDE

O Centro Médico do Estádio Universitário da ULisboa tem protocolo com:

SAMS - SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO - SOCIAL DO SINDICATO DOS BANCÁRIOS DO SUL E ILHAS

Beneficiários

- Docentes e respetivo agregado familiar
- Trabalhadores e respetivo agregado familiar
- Estudantes

Instalações abrangidas

- Centro Clínico de Lisboa (Rua Fialho de Almeida n° 21, Lisboa)
- Clínica SAMS|ISCTE-IUL (Campus Universitário do ISCTE-IUL, Lisboa)
- Hospital SAMS (Rua Cidade de Gabela, n°2, Lisboa)

Link Protocolo: <https://www.estadio.ulisboa.pt/info/protocolos>

CAPÍTULO III

O INTERVENTOR (O CUIDADO DE QUEM CUIDA)



1. AUTOCONHECIMENTO

A intervenção em PSP exige não apenas competências técnicas, mas a preparação para atuar de forma eficaz e segura.

Acompanhar alguém durante uma situação de crise, ou um evento potencialmente traumático, pode levar igualmente à exposição a estímulos intensos e emocionalmente exigentes. Presenciar manifestações de perda de controlo emocional ou sofrimento profundo, por exemplo, configura uma vivência emocional particularmente desafiadora. Conhecermo-nos, e percebermos como reagimos perante estes estímulos, é essencial para uma intervenção eficaz em PSP.

Refletir antecipadamente sobre quais serão as minhas reações e emoções em determinada situação é essencial a uma gestão emocional equilibrada, o que me permitirá focar nas emoções e necessidades da pessoa em crise.

2. ESTRATÉGIAS DE CUIDADO PESSOAL

Prestar PSP é um ato de cuidado, empatia, presença genuína e humanidade. Cuidar de si próprio(a) não é supérfluo ou “para quando houver oportunidade”, mas uma parte essencial da intervenção, ajudando não só a oferecer um apoio de qualidade, mas também a proteger o bem-estar e a saúde de quem proporciona este apoio.

As estratégias de cuidado pessoal são profundamente individuais, uma vez que cada pessoa tem necessidades específicas para alcançar o seu bem-estar. Uma caminhada ao ar livre em contacto com a Natureza; a leitura de um bom livro ou tempo passado com a família e/ou amigos/as, são possíveis estratégias de cuidado pessoal. O essencial é que cada um(a) possa identificar o que realmente o(a) ajuda a recuperar o equilíbrio e a restaurar o seu bem-estar físico e emocional.

Ainda assim, existem certos cuidados transversais que beneficiam a maioria das pessoas, independentemente das suas particularidades. Cuidar do corpo, manter uma alimentação saudável, praticar exercício físico, aplicar técnicas de relaxamento e garantir uma boa higiene do sono são práticas comprovadamente benéficas para a saúde global (APA, 2024). A integração destes hábitos na rotina diária pode gerar uma melhoria significativa na saúde física, mental e emocional.

É importante compreender o cuidado pessoal não apenas como uma série de ações, mas como uma **abordagem consciente e contínua** para manter o equilíbrio e a harmonia, sabendo que a mesma deve ser flexível e adaptável às exigências e necessidades de cada momento.

EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS DE CUIDADO PESSOAL

- Entre em contacto com as suas emoções, aprenda a reconhecê-las e reflita sobre as estratégias de regulação emocional que melhor funcionam consigo.
- Crie estratégias e rituais para o ajudarem a fazer a transição entre o tempo de trabalho ou estudo e o tempo de lazer, e vice-versa.
- Fortaleça as suas relações interpessoais, passe tempo com as pessoas que são importantes para si.
- Cuide do seu corpo: faça uma alimentação saudável, durma o número de horas necessário, pratique exercício físico regularmente e faça check-ups médicos regulares de acordo com a sua faixa etária e condições de saúde.
- Cuide da sua imagem pessoal, irá contribuir de forma positiva para o seu bem-estar e autoestima.
- Envolver-se em atividades que lhe deem prazer e o façam sentir realizado.
- Descanse sem culpa: descansar é saudável e necessário.
- Faça atividades que promovam o contacto com a Natureza.
- Desenvolva a capacidade de ter compaixão por si, não seja demasiado crítico(a) consigo próprio(a). Poderá refletir: “Se fosse com o meu melhor amigo ou a minha melhor amiga, como analisaria a situação? Seria tão crítico(a) como sou comigo mesmo(a)?

3. ESTRATÉGIAS DE COPING PROACTIVO

DURANTE A INTERVENÇÃO

Não fique sozinho(a), peça a alguém que o(a) acompanhe

Se não sabe como a pessoa que precisa de ajuda vai reagir, ou se tiver observado comportamentos de maior agitação, alerte alguém que vai fazer esta abordagem para que se mantenha por perto e possa colaborar consigo em caso de necessidade.

Quando sentir que se vai confrontar com estímulos muito exigentes, peça a alguém que também esteja envolvido na resolução da crise ou na situação que o(a) acompanhe.

Faça pausas estratégicas

Há momentos que podem ser demasiados avassaladores, pode ser útil afastar-se por breves instantes para “respirar fundo” e gerir as suas próprias emoções, deixando a pessoa em crise acompanhada e em segurança. Pequenos intervalos ajudam a recuperar o equilíbrio.

Solicite informação. Antecipe o que vai acontecer

Reunir informação sobre a situação de crise não só o(a) vai ajudar a realizar uma melhor intervenção em PSP, mas vai ajudá-lo(a) também a gerir melhor as suas emoções durante a intervenção.

Se tiver de entrar num espaço com estímulos potencialmente traumáticos, pergunte a quem já lá esteve o que vai encontrar com o máximo de detalhe possível. Esta antecipação do que vai ver, ajudá-lo-á a lidar melhor com estímulos exigentes. Os estímulos inesperados podem ser mais difíceis de lidar.

DURANTE A INTERVENÇÃO

Partilhe, reflita em conjunto

Não deixando de atender às condições de confidencialidade, partilhe a sua intervenção com quem sente que tem idoneidade e competência para o(a) ajudar a pensar sobre a situação de crise, refletindo sobre o que já fez, e o que ainda poderão ser alternativas ou estratégias a ponderar.

Procure mentoria e supervisão para lidar com as situações mais difíceis.

Defina limites

Perceba até onde se pode envolver sem comprometer a sua saúde mental. Se determinada situação afeta de forma significativa a sua saúde mental, coloque limites, e se necessário encaminhe de acordo com as necessidades avaliadas.

Refleta sobre a intervenção realizada

Analise a sua intervenção do ponto de vista técnico, poderá procurar intervenção ou supervisão nos seguintes locais: Gabinetes de Apoio Psicológico das Escolas ou nos Centros Médicos da Universidade de Lisboa (Centro Médico – *Campus Cidade Universitária* e Centro Médico – *Campus Ajuda*).

Monitorize a forma como se está a sentir

Monitorize a forma como se está a sentir nos dias seguintes. Apesar de alguns sinais e sintomas serem comuns nos primeiros dias, após estar envolvido num acontecimento potencialmente traumático, deve estar atento à forma como evoluem e ao sofrimento associado. Alguns desses sinais e sintomas são os seguintes (APA, 2022; Burkle, 1996; WHO, 2013):

Emocionais

- Sensação de vazio ou apatia, com perda de interesse em atividades habituais.
- Culpa ou autocritica excessiva, mesmo sem uma razão objetiva.
- Culpa de desempenho, ou sensação de não ter feito o suficiente.
- Sentimentos intensos e persistentes de ansiedade, tristeza ou desesperança.
- Irritabilidade aumentada, explosões de raiva ou impaciência excessiva.

Cognitivos

- Dificuldade de concentração, alterações na memória ou sensação de estar mentalmente "desligado".
- Pensamentos intrusivos e recorrentes sobre a situação.
- Dificuldade em tomar decisões.
- Crenças negativas sobre si próprio ("Sou incompetente", "Nunca conseguirei lidar com isto").

Físicos

- Alterações no sono, como insónias, pesadelos frequentes ou sonolência excessiva.
- Sintomas psicossomáticos, como dores de cabeça, tensão muscular, ou fadiga persistente.
- Alterações no apetite (comer em excesso ou perda significativa de apetite).

Comportamentais

- Evitamento de situações, locais ou pessoas que recordem a crise.
- Isolamento social e afastamento de amigos e familiares.
- Aumento do consumo de álcool, tabaco ou outras substâncias como forma de lidar com o que está a sentir.
- Diminuição do desempenho no trabalho, procrastinação ou erros frequentes.

Sinais de Alerta para Risco Elevado

- Pensamentos recorrentes sobre morte, suicídio ou homicídio (fazer justiça com as próprias mãos).
- Comportamentos autolesivos.
- Desconexão da realidade, sensação de estar "fora do próprio corpo" (dissociação).
- Explosões de agressividade ou comportamentos impulsivos perigosos.

Reforce as estratégias de cuidado pessoal

Partilhe os seus sentimentos com pessoas próximas. Se preferir, escrevê-los pode ser uma alternativa eficaz, ajudando-o a organizar os pensamentos e a regular as emoções.

Procure descansar e fazer uma alimentação saudável, mas não restritiva.

Mantenha as suas rotinas: pode ser organizador. Mas, não seja demasiado exigente consigo próprio.

Se apropriado, procure enfrentar os locais que lhe recordam o acontecimento.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). APA Publishing.

American Psychological Association. (2024). *Self-care for psychologists: Stress management strategies*. Retrieved from <https://www.apa.org/topics/mental-health/tips-psychologists-use>

Atwoli, L., Stein, D. J., King, A., Petukhova, M., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., . . . Collaborators, W. H. O. W. M. H. S. (2017). Posttraumatic stress disorder associated with unexpected death of a loved one: Cross-national findings from the world mental health surveys. *Depress Anxiety*, 34(4), 315-326. doi:10.1002/da.22579

Beja, M. J., Portugal, A., Câmara, J., Berenguer, C., Rebolo, A., Crawford, C., & Gonçalves, D. (2018). *Primeiros Socorros Psicológicos: Intervenção psicológica na catástrofe*. *Psychologica*, 61(1), 125-142.

Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*, 121(2), 369-375. doi:10.1542/peds.2007-1648

Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(10), 923-929.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. doi:10.1037/0022-006X.68.5.748

Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., & Watson, P. (2006). *Psychological First Aid: Field operations guide* (2nd ed.). National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.

Burkle, F. M. (1996). *Acute-Phase Mental Health Consequences of Disasters: Implications for Triage and Emergency Medical Services*. *Annals of Emergency Medicine*, 28, 119-128.

DeWolfe, J. D. (2000). *Training Manual for Mental Health and Human Service Workers in Major Disasters* (2nd ed.). Department of Health and Human Services.

Eisenman, D., Weine, S., Green, B., de Jong, J., Rayburn, N., Ventevogel, P., . . . Agani, F. (2006). The ISTSS/Rand Guidelines on Mental Health Training of Primary Healthcare Providers for Trauma-Exposed Populations in Conflict-Affected Countries. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 5-17. doi:10.1002/jts.20094

Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., . . . Schnyder, U. (2006). Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 256(3), 151-158. doi:10.1007/s00406-005-0621-7

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). *Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283-315.

IASC, Inter-Agency Standing Committee. (2007). *Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias*. IASC.

IFRC, International Federation of the Red Cross. (2009). *Module 5: Psychological First Aid and Supportive Communication*. In *Community-Based Psychosocial Support, A Training Kit*. International Federation Reference Centre for Psychosocial Support.

Levine, P. A. (2012). *Uma voz sem palavras: como o corpo libera o trauma e restaura o bem-estar*. Summus Editorial.

Myer, R. A., & Conte, C. (2006). Assessment for crisis intervention. *Journal of clinical psychology*, 62(8), 959-970.

Myer, R. A., Williams, R. C., Ottens, A. J., & Schmidt, A. E. (1992). Crisis assessment: A three-dimensional model for triage. *Journal of Mental Health Counseling*.

Nash, W. P., Boasso, A. M., Steenkamp, M. M., Larson, J. L., Lubin, R. E., & Litz, B. T. (2015). Posttraumatic stress in deployed Marines: Prospective trajectories of early adaptation. *Journal of abnormal psychology*, 124(1), 155-171. doi:10.1037/abn0000020

Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418. doi:10.1037/0022-006X.60.3.409

República Portuguesa. (s.d.). Pedir o número de utente do SNS. Portal do Governo de Portugal. <https://www.gov.pt/servicos/pedir-o-numero-de-utente-do-sns>

Roberts, A. R. (2005). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (3rd ed.). Oxford University Press.

Ruzek, J. I., Brymer, M. J., Jacobs, A. K., Layne, C. M., Vernberg, E. M., & Watson, P. J. J. o. M. H. C. (2007). Psychological first aid. 29(1), 17-49.

Ruzek, J. I., Young, B. H., Cordova, M. J., & Flynn, B. W. (2004). Integration of Disaster Mental Health Services with Emergency Medicine. *Prehospital and Disaster Medicine*, 19(1), 46-53. doi:10.1017/S1049023X00001473

St-Yves, M., Thompson, J., & Bibeau, L. (2022). *Communication as a weapon for resolving hostage and barricaded situations*. In *Police Psychology* (pp. 189-204). Academic Press.

Shultz, J. M., & Forbes, D. J. D. H. (2014). Psychological first aid: Rapid proliferation and the search for evidence. 2(1), 3-12.

Van Ommeren, M., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*, 83(1), 71-A.

World Health Organization (2003). *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health in Populations Exposed to Extreme Stressors*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2010). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. World Health Organization. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf>

World Health Organization (2011a). *Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers*. WHO Press.

World Health Organization. (2011b). *Psychological first aid: Guide for field workers*. World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505406>