

BMJ Best Practice

Resposta de saúde mental a desastres e outros incidentes críticos

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Visão geral	3
Introdução	3
Definições	3
Preparando-se para o desastre	3
Impacto de desastres na saúde mental	4
Assistência e rastreamento	4
Manejo do quadro agudo de respostas de saúde mental	5
Manejo de problemas de saúde mental em longo prazo	6
Função do manejo dos sistemas	7
Próximos passos	8
Recursos online	9
Referências	10
Aviso legal	14

Introdução

O manejo do estresse em incidentes críticos foi proposto como método para reduzir os problemas em curto e longo prazos (principalmente, mas não apenas, em caso de transtornos mentais) que podem ocorrer após um único evento distinto na vida ou uma perturbação pública.[1] [2] Advindas originalmente em decorrência das preocupações sobre soldados e primeiros socorristas, as dimensões de saúde mental decorrentes de desastres e outros incidentes críticos são hoje consideradas uma prioridade no planejamento, na resposta e pesquisa de desastres.

Vários grupos trabalharam em recomendações consensuais para o manejo de desastres e outros incidentes críticos. Um grupo de trauma nos EUA propôs uma estratégia de manejo.[3] The European Network for Traumatic Stress (TENTS) realizou um processo Delphi de três fases, e outras organizações também desenvolveram diretrizes em consenso.[4] [5] [6] [7] Do Chile, foi proposto um modelo semelhante com base em uma revisão bibliográfica.[8] Embora a base de evidências científicas para responder à saúde mental imediata e, em menor grau, em longo prazo subsequente ao trauma e ao desastre ainda esteja surgindo, o conteúdo deste tópico reflete as boas práticas nesta área com base no consenso e na experiência obtidas de especialistas.

Definições

Incidentes críticos variam de pequenos eventos, como ressuscitações cardíacas malsucedidas, a eventos de larga escala, como desastres. Essas ameaças graves são estressantes e podem causar uma grande variedade de doenças e sintomas imediatos e persistentes, tanto no nível individual quanto no organizacional. Incidentes críticos são definidos de forma diversa em contextos diferentes. Um fator comum entre as definições é que o evento ameaça a continuidade da vida do indivíduo ou a existência coletiva da comunidade.[9]

É válido situar incidentes críticos ao longo de um espectro. O estresse pode ser considerado um distúrbio no equilíbrio de um indivíduo e pode ser de origem fisiológica, psicológica, interpessoal ou ambiental. É qualquer evento que perturbe o senso de equilíbrio de uma pessoa, mas para o qual existem mecanismos de enfrentamento para recuperação.

Um trauma envolve exposição a morte ou risco de morte, lesão ou violência sexual. O trauma ocorre via um ou mais dos seguintes: vivenciar diretamente o evento traumático; testemunhar diretamente o evento vivenciado por outra pessoa; ou saber que o evento ocorreu a um parente ou amigo próximo.[10]

Finalmente, um desastre é um trauma que devasta uma comunidade. Para simplificar, somente desastres, os incidentes críticos maiores e mais complexos, serão descritos daqui em diante. No entanto, os princípios devem ser aplicados a todos os incidentes.[11]

Preparando-se para o desastre

Os profissionais da saúde fazem parte do grupo oficial de primeiros socorristas e devem ser envolvidos regularmente no treinamento de preparação para desastres realizado na comunidade e em hospitais. Uma atividade de educação continuada útil para profissionais da saúde é a leitura do Psychological First Aid Field Operations Guide.[12] [13] Ele fornece uma visão geral útil da resposta imediata a desastres. Outro recurso útil é o guia da Organização Mundial da Saúde (OMS) para primeiros socorros psicológicos.[14]

Desastres são situações caóticas nas quais as regras mudam repentinamente. Pode haver destruição de estradas, problemas em sistemas de comunicação e terríveis perdas de vida, e todos esses eventos podem tornar o funcionamento normal praticamente impossível. Embora não seja possível sabermos com certeza como o desastre mudará o cenário, pesquisas sobre desastres nos ensinaram os tipos de desafio que provavelmente enfrentaremos, além das maneiras pelas quais nossas reações a esses problemas podem não levar a uma solução.[15] Por exemplo, após um desastre, pessoas vão sozinhas ou levam outras vítimas para o hospital sem perguntar às autoridades quem está no comando. Isso significa que os sistemas de triagem têm muito menos chance de trabalhar à medida que os pacientes se aglomeram

em uma unidade mais próxima ou melhor. O treinamento pode ajudar nesta situação, mas deve prever as reações espontâneas de muitas pessoas.

Uma resposta organizada a um desastre envolve a avaliação das experiências passadas da comunidade devastada por desastres, uma avaliação das necessidades sobre sua situação atual e a integração dessas informações em protocolos preexistentes. De modo ideal, os médicos que são acionados já possuem treinamento pré-evento nesses protocolos ou estarão prontos para passar por um treinamento eficiente no momento certo.

Impacto de desastres na saúde mental

O impacto de desastres na saúde mental pode ser mais bem compreendido em relação temporal ao evento.^[11] O período agudo pode ser entendido como aquele que ocorre horas, dias ou nas primeiras semanas após o evento. Por outro lado, o período pós-agudo ocorre semanas, meses ou anos mais tarde. É difícil determinar precisamente o limite temporal entre esses dois períodos, mas, teoricamente, o período agudo pode ser considerado aquele em que os eventos ainda estão em curso. Já o período pós-agudo começa assim que a situação aguda se tranquiliza ou normaliza.

Durante o período agudo, reações sintomáticas, em vez de transtornos psiquiátricos, são a regra. Embora a recorrência de transtornos preexistentes seja possível durante o período agudo, não é, de outra forma, um momento em que o diagnóstico é adequado. Reações agudas podem envolver respostas de sofrimento (alterações no sentimento das pessoas); respostas cognitivas (alterações no modo de pensar das pessoas); e respostas comportamentais (alterações no comportamento das pessoas).^[16] Muitas dessas respostas são normativas e possivelmente adaptativas. No entanto, elas têm maior probabilidade de exigir atenção clínica se perdurarem ou principalmente se gerarem disfunção ou sofrimento excessivo. Embora a maioria das evidências sugira que as taxas de suicídio são elevadas principalmente nas áreas com exposição repetida a desastres,^[17] qualquer probabilidade de suicídio, apesar de incomum, justifica preocupação clínica urgente.

Se as respostas sintomáticas iniciais persistirem, elas poderão coalescer em novos transtornos psiquiátricos ao longo do tempo. Durante o período pós-agudo, diagnósticos psiquiátricos tornam-se o foco de atenção, semanas ou meses depois, pois inicialmente as respostas psicológicas adaptativas certamente terão perdido a utilidade. Os diagnósticos de preocupação mais comuns após um desastre agudo são transtorno do estresse pós-traumático, depressão maior e transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, embora transtornos decorrentes do uso de outras substâncias e reações de luto também possam ser comuns.^{[18] [19]} Dentre estes, os transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas são os que apresentam maior probabilidade de refletir recorrência que novos problemas iniciais.^[20]

Assistência e rastreamento

Na melhor das hipóteses, os serviços de saúde mental tendem a ser subutilizados, o que se deve, pelo menos em parte, ao estigma que continua a envolver problemas de saúde mental. No cenário pós-desastre, sobretudo agudamente, com tantos problemas práticos relacionados à recuperação que os sobreviventes enfrentam enquanto eles e suas comunidades, em geral, tentam literalmente reconstruir suas vidas, os problemas de saúde mental correm o risco de se tornarem cada vez menos prioritários que o normal à medida mesmo que se tornem mais difundidos. Assistência e rastreamento, especialmente no período agudo, são, portanto, essenciais para ajudar a conectar os sobreviventes aos serviços.^{[19] [21] [22]}

A assistência requer o deslocamento dos serviços de saúde mental para os cenários de saúde não mental, situando-se, em especial, entre a grande variedade de serviços pós-desastres oferecidos a uma comunidade, geralmente chamados de centros de assistência a famílias.^[18] Outros elementos da assistência incluem campanhas publicitárias, alcançando os indivíduos com assistentes sociais ou conselheiros de crise, fazendo parcerias com comunidades ou agências e identificando as populações-alvo para essas iniciativas.^[23]

O rastreamento ativo para diagnósticos psiquiátricos, especialmente na fase pós-aguda, é essencial, pois as sequelas na saúde mental decorrentes de trauma em massa geralmente não são tão evidentes quanto as lesões físicas resultantes.^[19] Portanto, em ambientes como centros de assistência a famílias, iniciativas

ativas de rastreamento e diagnóstico para quadros clínicos como transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e depressão maior são essenciais. Instrumentos de rastreamento podem ser usados com eficiência para estimular uma avaliação clínica por um profissional da saúde ou de saúde mental. Supondo que este último será de maior valia que o primeiro, seja no local ou nas proximidades, profissionais da saúde podem ser usados para avaliação inicial de indivíduos submetidos a um rastreamento, encaminhando casos mais desafiadores a profissionais de saúde mental, como ocorreria no ambiente da atenção primária. (Para uma revisão dos muitos instrumentos validados de rastreamento, consulte North and Pfefferbaum, 2013.)^[19]

Um excelente modelo para rastreamento que foi proposto para sobreviventes de lesões traumáticas tem muita aplicabilidade a sobreviventes de desastres e envolve o seguinte:

1. Rastreamento inicial nos dias logo após o trauma/desastre
2. Acompanhamento com rastreamento por telefone em aproximadamente 4 semanas para sobreviventes inicialmente considerados em risco
3. Agendar consultas de tratamento de forma pessoal para sobreviventes em risco considerados altamente sintomáticos.^[24]

Manejo do quadro agudo de respostas de saúde mental

Profissionais da saúde constituem um dos serviços colaborativos aos quais serão feitos encaminhamentos. Há uma probabilidade de que eles se deparem com vítimas de lesões ou perdas e pessoas que apresentam reações intensas aos fatos vivenciados. Logo após o incidente crítico, os profissionais da saúde precisam estabelecer um nível basal completo da saúde física e mental.^{[19] [25] [26]}

Logo após desastres agudos, as pessoas precisam reafirmar a continuidade da vida e unir-se a outras pessoas a fim de reparar as lesões causadas a si mesmas, às redes sociais e aos sistemas físicos.^{[25] [27] [28] [29]} A parte essencial do gerenciamento bem-sucedido de um incidente crítico é garantir que o incidente não destrua a pessoa nem a sociedade do indivíduo. Os principais pesquisadores de trauma dos EUA, cientes de que não havia uma técnica comprovada para intervenções de saúde mental após desastres, convocaram uma reunião a fim de avaliar quais estratégias tinham respaldo em evidências.^[3] Esse grupo identificou cinco elementos essenciais:

- Sentimento de segurança
- Estratégia para acalmar
- Sentimento de autoeficácia e eficácia da comunidade
- Conectividade
- Esperança.

Dois importantes centros de pesquisa colaboraram para converter esses 5 domínios em ações que os profissionais pudessem executar logo após um desastre. Os 5 princípios identificados na primeira fase do trabalho foram convertidos em 8 atividades principais:

- Contato e envolvimento
- Segurança e conforto
- Estabilização
- Coleta de informações
- Assistência prática
- Conexão com mecanismos de apoio social
- Informações sobre enfrentamento
- Vínculo com serviços colaborativos.

Essas atividades se traduzem na prática de primeiros socorros psicológicos, o que equivale, em saúde mental, aos primeiros socorros clínicos. Essas atividades capturam as intervenções básicas, essencialmente não técnicas, necessárias para lidar com reações psicológicas comuns ao desastre e, idealmente, evitar que se tornem transtornos psiquiátricos.^{[12] [13] [14]}

Como os sintomas geralmente tendem a regredir com o tempo, o manejo de suporte costuma ser aconselhável na fase inicial, exceto quando há problemas que causem risco de vida, como probabilidade

de suicídio e homicídio ou recorrência de transtornos psiquiátricos preexistentes. Pacientes vulneráveis, incluindo crianças, idosos e deficientes, precisam principalmente do auxílio de um ambiente de apoio, e o profissional da saúde, como parte do sistema colaborativo, pode encaminhá-los às pessoas no sistema que sejam responsáveis por alimentação, abrigo e conexão social. Em alguns casos, a experiência sugere que um tratamento criterioso com medicamento em curto prazo pode ajudar a aliviar os sintomas em alguns sobreviventes, especialmente aqueles com insônia ou ansiedade significativa, embora a base de evidência para isso ainda seja muito limitada.[18] [19] [30] Há pesquisas em andamento para encontrar medicações que possam prevenir o início de condições pós-traumáticas, como o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) em um estudo sobre o uso do antidepressivo paroxetina para prevenir que o TEPT se desenvolva nas vítimas recentes de trauma ortopédico.[31]

O gerenciamento de estresse em incidentes críticos (GEIC) foi conceituado como uma abordagem sistemática à crise, que envolve treinamento antes que os eventos ocorram e um debriefing após os eventos terem ocorrido.[32] Esta última atividade, o debriefing psicológico, é o componente do gerenciamento de estresse em incidentes críticos que foi estudado de forma mais completa. Ele consiste em uma intervenção de sessão única realizada por um profissional qualificado, na qual indivíduos ou grupos de indivíduos que foram expostos recentemente a um evento crítico analisam o ocorrido e como se sentiram a respeito, assim como possíveis problemas e sintomas que possam surgir no futuro.

Várias revisões sistemáticas foram realizadas a fim de examinar a efetividade do GEIC ou do debriefing psicológico.[1] [2] [25] [33] [34] [35] [36] A revisão Cochrane, finalizada pela primeira vez em 2001 e publicada na internet em 2002, concluiu que não havia evidências do efeito do tratamento.[34] A revisão recomendou a interrupção do debriefing psicológico de indivíduos e a apontou a necessidade de mais estudos da técnica em grupos. Uma revisão contemporânea da literatura concluiu que, na maioria dos casos, o GEIC é ineficaz e pode ser prejudicial para populações vulneráveis.[1] Na prática, algumas pessoas afetadas por desastres geralmente valorizam a oportunidade imediata de compartilhar suas experiências em um debriefing, seja individualmente ou em grupo, e, portanto, os sobreviventes ou socorristas podem e provavelmente devem ter a oportunidade de participar voluntariamente. O debriefing psicológico não deve ser obrigatório. O debriefing em grupo deve ser o mais homogêneo possível para evitar a exposição dos participantes a um novo trauma substancial.

Um número limitado de estudos avaliaram o debriefing em crianças.[37] Ainda faltam conclusões definitivas sobre os benefícios de intervenções nesses estudos devido a limitações metodológicas. Evidências anedóticas sugerem que o debriefing para crianças deve ser voluntário (com o consentimento de pais e cuidadores), não deve ocorrer imediatamente após o incidente e deve evitar retraumatização por meio do alívio das experiências do desastre. Por outro lado, há algumas evidências limitadas sugerindo que as terapias psicológicas, como a terapia cognitivo-comportamental, podem prevenir o início do TEPT em crianças expostas a trauma.[38]

Manejo de problemas de saúde mental em longo prazo

Uma discussão detalhada do tratamento em longo prazo de transtornos relacionados a desastres, como transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), depressão maior e transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas,[10] está além do escopo deste texto. No entanto, revisaremos brevemente o tratamento do TEPT, uma vez que este é provavelmente o transtorno relacionado ao trauma com o qual clínicos gerais e até mesmo profissionais de saúde mental estão menos familiarizados. Veja as diretrizes do US Departments of Defense and Veteran Affairs and American Psychological Association para obter revisões autorizadas de terapias para TEPT.[39] [40]

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a intervenção mais amplamente embasada para TEPT e dá origem a muitas psicoterapias relacionadas, como a terapia de processamento cognitivo e a terapia de exposição prolongada.[19] [25] [30] [36] [41] [42] A TCC é uma terapia de duração limitada que trata pensamentos e comportamentos muito específicos relacionados ao evento traumático. A TCC examina especificamente as crenças disfuncionais e os comportamentos que possivelmente predisuseram um sobrevivente a desenvolver uma doença como o TEPT.

A dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (EMDR) é uma intervenção que solicita aos sobreviventes de trauma a fazer movimentos oculares para frente e para trás ou ouvir tons bilaterais enquanto eles se concentram nas lembranças traumáticas; é recomendada em muitos algoritmos de TEPT.[36] [42] Embora grande parte do debate permaneça sobre se os movimentos oculares agregam algo à terapia, há teorias de que eles auxiliam no processamento e na desintensificação das lembranças. Ela tem sido usada em muitos contextos, incluindo no trabalho com refugiados sírios que apresentaram TEPT.[19] [43]

Há algumas evidências que dão suporte ao uso de TCC como parte do tratamento geral de crianças com sintomas contínuos gerados pela exposição a trauma não relacional.[44] [45] Um estudo com tamanho de amostra reduzido mostrou a eficácia em curto prazo do uso de TCC em relação a outras abordagens de suporte em adolescentes vítimas de desastre natural que perderam os pais e desenvolveram TEPT ou depressão maior.[46] Um possível benefício foi identificado para intervenções psicoterápicas em escolas, as quais incluem características da TCC, destinadas a crianças expostas a eventos traumáticos.[44] [45]

As recomendações sobre a importância dos tratamentos farmacológicos para sintomas de TEPT são conflitantes. As diretrizes de 2005 do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do Reino Unido estabelecem que o tratamento medicamentoso não deve ser usado como tratamento de primeira linha rotineiro para adultos com transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e recomendam terapia medicamentosa para pacientes que não se beneficiam da psicoterapia.[47] Do mesmo modo, o guia mhGAP de intervenção humanitária da Organização Mundial da Saúde sugere apenas o uso de medicamentos antidepressivos, como inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) e antidepressivos tricíclicos, caso psicoterapias (como TCC ou EMDR) não funcionem ou não estejam disponíveis (é também proibido o uso de tais medicamentos em crianças).[30] Por outro lado, a última atualização das diretrizes clínicas para TEPT da American Psychiatric Association em 2009 apoia o uso de ISRSs, bem como de outros antidepressivos (pelo menos no caso de TEPT não relacionado ao combate) e outros medicamentos psicotrópicos (por exemplo, antipsicóticos atípicos e agentes antiadrenérgicos, como a prazosina).[42] A Food and Drug Administration dos EUA aprovou dois ISRSs para uso no TEPT: sertralina e paroxetina. De modo geral, TEPT (e especialmente o TEPT crônico) provavelmente requer uma sequência ou combinação de psicoterapia e medicamento focada no trauma. Fontes adicionais de informações incluem [\[The European Network for Traumatic Stress\]](#) e [\[EFPA: resources\]](#) resistente.

Finalmente, estão surgindo evidências que apoiam o uso de psicoterapias pela Internet para tratamento de TEPT, que podem ser especialmente úteis nas áreas atingidas por desastres que não possuem recursos de saúde mental adequados e que tenham uma infraestrutura de Internet intacta e robusta.[48]

Função do manejo dos sistemas

É essencial que o planejamento de saúde mental seja incorporado no planejamento pré-evento, seja por associações profissionais, organizações de voluntários, agências de operações emergenciais ou departamentos de saúde. Isso requer muita defesa e persistência em nome dos profissionais de saúde mental, mas garante que, na ocorrência de um desastre, os serviços de saúde mental estão incluídos e integrados.

Com o desenrolar de cada incidente crítico, os grupos precisam avaliar o incidente específico e responder às necessidades essenciais.[49] [50] [51] Essas atividades exigem que os grupos colaborem para planejar e colocar as decisões em prática. Essas ações dependem do funcionamento de muitos sistemas naturais, entre eles, sistemas familiares, grupos religiosos, escolas e empresas. Esses grupos vão muito além do círculo de primeiros socorristas, para os quais foi desenvolvido o gerenciamento de estresse em incidentes críticos. Apoiar e coordenar esse complexo conjunto de organizações sociais, a maioria das quais deseja contribuir, é uma função central das autoridades de saúde e de saúde pública, tanto no planejamento quanto na resposta a incidentes críticos.[49] Uma resposta exemplar entre agências de saúde mental foi a coalizão de resiliência, que surgiu após o furacão Katrina.[52]

O manejo dos sistemas segue um conjunto de atividades semelhantes àsquelas do Psychological First Aid Field Operations Guide. No entanto, essas atividades são direcionadas para a criação de um recenseamento de grupos sociais, identificando suas funções normais e solicitando que os grupos as executem, assim como as novas funções necessárias para a recuperação após o trauma.

Em conformidade com o tom pragmático de primeiros socorros psicológicos, os profissionais da saúde devem se considerar, por extensão, humanitários em primeiro lugar e profissionais da saúde em segundo lugar. Do mesmo modo, os profissionais de saúde mental relacionada a desastres devem se considerar humanitários em primeiro lugar, profissionais da saúde em segundo lugar e profissionais de saúde mental em terceiro lugar.

Próximos passos

A equipe que desenvolveu o Psychological First Aid Field Operations Guide defende pesquisas sobre adaptação positiva e enfrentamento entre sobreviventes.[53] Trata-se de uma grande mudança em relação à pesquisa orientada a sintomas ou diagnósticos que domina a literatura sobre desastre. A hipótese é que a promoção de um sentimento de segurança e a aceleração do retorno a uma situação de conforto ajudem as pessoas a sentir que são capacitadas e competentes nos âmbitos individual e coletivo. A abordagem também deve criar habilidades para que as pessoas se sintam mais bem preparadas para enfrentar outros problemas da vida, apoiados por sua resiliência, em vez de se sentirem enfraquecidas por uma tragédia passada. Novos paradigmas de pesquisa serão necessários para testar essas hipóteses interessantes. Os instrumentos de rastreamento parecem ter uma função importante na ajuda para identificar pessoas com alto risco de desenvolvimento de doenças e que precisam de tratamento. Esses instrumentos precisarão ser aperfeiçoados para uso entre as populações e após muitos tipos de eventos. Por fim, permanece a necessidade de mais evidências para orientar o tratamento de sequelas agudas e de longo prazo advindas de eventos traumáticos.

Recursos online

1. [The European Network for Traumatic Stress](#) (*external link*)
2. [EFPA: resources](#) (*external link*)

Artigos principais

- Sever MS, Vanholder R; RDRTF of ISN Work Group on Recommendations for the Management of Crush Victims in Mass Disasters. Recommendation for the management of crush victims in mass disasters. Nephrol Dial Transplant. 2012;27(suppl 1):i1-i67. [Texto completo](#)

- Bisson JI, Tavakoly B, Witteveen AB, et al. TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. Br J Psychiatry. 2010;196:69-74. [Texto completo](#)

- World Health Organization. Psychological first aid: guide for fieldworkers. Geneva: WHO; 2011. [Texto completo](#)

- North CS, Pfefferbaum B. Mental health response to community disasters: a systematic review. JAMA. 2013;310:507-518.

- Gartlehner G, Forneris CA, Brownley KA, et al. Interventions for the prevention of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults after exposure to psychological trauma. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013. [Texto completo](#)

- Forneris CA, Gartlehner G, Brownley KA, et al. Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: a systematic review. Am J Prev Med. 2013;44:635-650. [Texto completo](#)

- Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, et al. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2016;10:CD012371. [Texto completo](#)

- American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). February 2017. [Texto completo](#)

- National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. March 2005. <http://www.nice.org.uk> [Texto completo](#)

Referências

1. Giddens JB. Critical incident stress debriefing/psychological debriefing: a critical review of the literature. San Diego, CA: Alliant International University; 2008.

2. National Institute of Mental Health. Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices. Washington, DC: NIMH; 2002.

3. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. Psychiatry. 2007;70:283-319.

4. Te Brake H, Dückers M, De Vries M, et al. Early psychosocial interventions after disasters, terrorism, and other shocking events: guideline development. Nurs Health Sci. 2009;11:336-343.

5. Sever MS, Vanholder R; RDRTF of ISN Work Group on Recommendations for the Management of Crush Victims in Mass Disasters. Recommendation for the management of crush victims in mass disasters. Nephrol Dial Transplant. 2012;27(suppl 1):i1-i67. [Texto completo](#)

6. Bisson JI, Tavakoly B, Witteveen AB, et al. TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *Br J Psychiatry*. 2010;196:69-74. [Texto completo](#)
7. Adesunkanmi AR, Lawal AO. Management of mass casualty: a review. *Niger Postgrad Med J*. 2011;18:210-216.
8. Figueroa RA, Marín H, González M. Psychological support for disaster victims: an evidence-based care model [in Spanish]. *Rev Med Chil*. 2010;138:143-151. [Texto completo](#)
9. Lock S, Rubin GJ, Murray V, et al. Secondary stressors and extreme events and disasters: a systematic review of primary research from 2010-2011. *PLoS Curr*. 2012;4. [Texto completo](#)
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington County, VA: American Psychiatric Association; 2013.
11. Katz CL. Disaster psychiatry: good intentions seeking science and sustainability. *Adolesc Psychiatry*. 2011;1: 187-196.
12. Brymer M, Layne C, Jacobs AK, et al. Psychological first aid field operations guide. 2nd ed. Los Angeles, CA: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD; 2006.
13. Auf der Heide E. The importance of evidence-based disaster planning. *Ann Emerg Med*. 2006;47:34-49.
14. World Health Organization. Psychological first aid: guide for fieldworkers. Geneva: WHO; 2011. [Texto completo](#)
15. Brewin CR, Rose S, Andrews B, et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2002;181:158-162. [Texto completo](#)
16. Institute of Medicine; Board on Neuroscience and Behavioral Health; Committee on Responding to the Psychological Consequences of Terrorism; et al. Preparing for the psychological consequences of terrorism: a public health strategy. Washington, DC: National Academies Press; 2003.
17. Reifels L, Spittal MJ, Dückers MLA, et al. Suicidality risk and (repeat) disaster exposure: Findings from a nationally representative population survey. *Psychiatry*. 2018 Jul 17:1-15. [Epub ahead of print]
18. Pandya A, Katz CL, Smith R, et al. Services provided by volunteer psychiatrists after 9/11 at the New York City family assistance center: September 12-November 20, 2001. *J Psychiatr Pract*. 2010;16:193-199. [Texto completo](#)
19. North CS, Pfefferbaum B. Mental health response to community disasters: a systematic review. *JAMA*. 2013;310:507-518.
20. North CS, Nixon SJ, Shariat S, et al. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *JAMA*. 1999;282:755-62.
21. Haga JM, Stene LE, Wentzel-Larsen T, et al. Early postdisaster health outreach to modern families: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5:e009402.
22. Brewin CR, Fuchkan N, Huntley Z, et al. Outreach and screening following the 2005 London bombings: usage and outcomes. *Psychol Med*. 2010;40:2049-2057. [Texto completo](#)

23. Hardiman ER, Jaffee EM. Outreach and peer-delivered mental health services in New York City following September 11, 2001. *Psychiatr Rehabil J*. 2008;32:117-123.
24. O'Donnell ML, Bryant RA, Creamer M, et al. Mental health following traumatic injury: toward a health system model of early psychological intervention. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:387-406.
25. Gartlehner G, Forneris CA, Brownley KA, et al. Interventions for the prevention of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults after exposure to psychological trauma. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013. [Texto completo](#)
26. Wessely S. What mental health professionals should and should not do. In: Neria Y, Gross R, Marshall RD, et al, eds. 9/11: Mental health in the wake of terrorist attacks. New York, NY: Cambridge University Press; 2006:543-569.
27. Erikson KT. Everything in its path: destruction of community in the Buffalo Creek flood. New York, NY: Simon & Schuster; 1976.
28. Fullilove MT. Psychiatric implications of displacement: contributions from the psychology of place. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1516-1523.
29. Wallace D, Wallace R. A plague on your houses: how New York was burned down and national public health crumbled. London: Verso; 1998.
30. World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. 2015. <http://www.who.int/> [Texto completo](#)
31. Borrelli J, Starr A, Downs DL, North CS. A prospective study of the effectiveness of paroxetine on the onset of posttraumatic stress disorder, depression, and health and functional outcomes after trauma. *J Orthop Trauma*. 2018 Sep 10. [Epub ahead of print]
32. Mitchell JT. Major misconceptions in crisis intervention. *Int J Emerg Ment Health*. 2003;5:185-197.
33. Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *Am J of Prev Med*. 2008;35:287-313.
34. Rose SC, Bisson J, Churchill R, et al. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD000560.
35. Magyar J, Theofilos T. Review article: debriefing critical incidents in the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2010;22:499-506.
36. Forneris CA, Gartlehner G, Brownley KA, et al. Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2013;44:635-650. [Texto completo](#)
37. Pfefferbaum B, Shaw JA; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter on disaster preparedness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52:1224-1238. [Texto completo](#)
38. Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, et al. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;10:CD012371. [Texto completo](#)
39. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DOD Clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress. June 2017. [Texto completo](#)

40. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). February 2017. [Texto completo](#)
41. Roberts N, Kitchiner NJ, Kenardy J, et al. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(3):CD007944.
42. Benedek DM, Friedman MJ, Zatzick D, et al. Guideline watch (March 2009): practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. March 2009. <http://psychiatryonline.org/> [Texto completo](#)
43. Acarturk C, Konuk E, Cetinkaya M, et al. The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2016;46:2583-2593.
44. Forman-Hoffman VL, Zolotor AJ, McKeeman JL, et al. Comparative effectiveness of interventions for children exposed to nonrelational traumatic events. *Pediatrics*. 2013;131:526-539.
45. Forman-Hoffman V, Knauer S, McKeeman J, et al; Agency for Healthcare Research and Quality (US). Child and adolescent exposure to trauma: comparative effectiveness of interventions addressing trauma other than maltreatment or family violence. February 2013. <http://www.ahrq.gov/> [Texto completo](#)
46. Chen Y, Shen WW, Gao K, et al. Effectiveness RCT of a CBT intervention for youths who lost parents in the Sichuan, China, earthquake. *Psychiatr Serv*. 2014;65:259-262.
47. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. March 2005. <http://www.nice.org.uk> [Texto completo](#)
48. Gaebel W, Großbimlinghaus I, Mucic D, et al. EPA guidance on eMental health interventions in the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Eur Psychiatry*. 2017;41:140-152.
49. Fullilove MT, Saul J. Rebuilding communities after disaster in New York. In: Neria Y, Gross R, Marshall RD, et al, eds. 9/11: Mental health in the wake of terrorist attacks. New York, NY: Cambridge University Press; 2006:164-177.
50. Mitchell JC. Case and situation analysis. *Sociol Rev*. 1983;31:187-211.
51. Sullivan MA, Fullilove MT. Case study methodology and the study of rare events of extreme youth violence: a multilevel framework for discovery. In: Moore MH, Petrie CA, Bragga AA, et al, eds. *Deadly lessons: understanding lethal school violence*. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2003:351-363.
52. Hansel TC, Osofsky HJ, Langhinrichsen-Rohling J, et al. Gulf Coast Resilience Coalition: an evolved collaborative built on shared disaster experiences, response, and future preparedness. *Disaster Med Public Health Prep*. 2015;9:657-65.
53. Vernberg EM, Steinberg AM, Jacobs AK, et al. Innovations in disaster mental health: psychological first aid. *Prof Psychol Res Pr*. 2008;39:381-388.

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Craig L. Katz, MD

Clinical Professor of Psychiatry, Medical Education, System Design and Global Health
Director, Program in Global Mental Health, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York City, NY
DIVULGAÇÕES: CLK is the national consultant for Advanced Recovery Systems. CLK is an author of references cited in this topic.

// Reconhecimentos:

Professor Craig L. Katz would like to gratefully acknowledge Dr R. Gregg Dwyer and Dr Mindy T. Fullilove, previous contributors to this topic. MTF is the author of some studies referenced in this topic. RGD declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Carol North, MD

The Nancy and Ray L. Hunt Chair in Crisis Psychiatry and Professor of Psychiatry
Director, Division of Trauma and Disaster, The University of Texas Southwestern Medical Center Dallas, TX
DIVULGAÇÕES: CN is the author of some studies referenced in this topic.

Chris Brewin, PhD

Professor of Clinical Psychology
Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College, London, UK
DIVULGAÇÕES: CB is the author of one study referenced in this topic.