

Intervenções da psicologia na tragédia da Boate Kiss, uma experiência para refletir

Rosana Conceição de Lima Bauer

::: Tenente-Coronel da reserva da Aeronáutica, atualmente trabalhando no Batalhão de Aviação da Brigada Militar do Rio Grande do Sul :::

A tragédia da Boate Kiss foi uma das experiências mais dolorosas vividas pela sociedade gaúcha de Santa Maria, quando em 27 de janeiro de 2013, universitários comemoravam suas formaturas e foram surpreendidos por um incêndio fulminante, que viria a por fim à vida e aos sonhos de 242 jovens, enquanto deixava sequelas graves em mais de 680.

O incêndio foi causado pelo acendimento de um sinalizador de efeito pirotécnico, por um integrante da banda que se apresentava na boate, o qual provocou o fogo nas estruturas do teto que eram compostas de material inflamável e tóxico.

Considerada a segunda maior tragédia ocorrida no Brasil, em número de vítimas, sendo superada apenas pela tragédia do Gran Circus Norte-Americano, ocorrida em 1961, em Niterói, com 503 vítimas, também foi classificada como o terceiro maior desastre em casas noturnas do mundo.

Catástrofes como esta podem ser recorrentes, evitar a morte em massa de pessoas requer o envolvimento de profissionais, autoridades e da comunidade em geral. O Serviço de Seleção de Pessoal Militar da Marinha do Brasil (SSPM) reu-

niu psicólogos na Jornada de Psicologia, para refletir sobre o papel dos psicólogos nas situações de desastres e delimitar modos de intervenção mais qualificados.

Um aspecto muito importante para o entendimento da tragédia implica conhecer algumas das mais relevantes ameaças encontradas no cenário da boate, dentre elas: a boate lotada de pessoas; um sistema de proteção acústica perigoso; a obstrução das saídas de emergência; o calor do ambiente interno; a ausência de fatores de proteção, como indicadores de saída e luzes de emergência; o descaso com normas e procedimentos por parte, tanto dos proprietários da boate como do poder público; e como um aspecto pertinente à cultura brasileira, a total ausência de uma cultura de segurança.



Em meio ao sofrimento das famílias foram sendo tomadas medidas de socorro, principalmente por médicos e psicólogos locais, assistentes sociais e Defesa Civil para dar continência ao desespero que assolou toda uma cidade.

Dentre as intervenções observadas, percebemos algumas que ajudaram a população a enfrentar a crise, outras, porém foram de tal forma desordenadas e confusas que possivelmente, por si só, acrescentaram mais sofrimento ao cenário.

Mas a gestão da crise era frágil, pessoas que nunca haviam enfrentado uma crise de grande magnitude foram responsáveis por gerenciar esta que ocupava uma dimensão incomensurável, por esta razão, com alguns insucessos.



Erros intoleráveis

Dentre as ações coordenadas pela Defesa Civil, resalto alguns dos dilemas mais graves:

1. O reconhecimento dos corpos:

Entende-se que, uma vez tendo falecido no incêndio, as vítimas deveriam ser identificadas e entregues às famílias, entretanto, este processo não carecia de pressa, pois, um objetivo maior deveria ser atingido, ou seja, a preservação da saúde das famílias, já em extremo sofri-

mento. Para que isso fosse possível seria primordial que o tempo de exposição e o grau de complexidade da exposição aos corpos fossem circunscritos aos mais íntimos, mas o que aconteceu foi muito diferente.

O que aconteceu em Santa Maria refletiu falta de habilidade dos segmentos ligados ao processo de identificação dos corpos que, mobilizados pela grandiosidade do evento se apressaram em dar uma resposta imediata às famílias, sem, no entanto, cuidar para que elas não fossem expostas desnecessariamente.

Assistimos a uma situação esdrúxula, na qual as famílias foram autorizadas a entrar em contato visual com uma cena dramática; olhar para os mais de 230 corpos, largados no chão, sem nada que os cobrissem ou protegessem e, dentre estes, encontrar aquele que era o seu ente querido.

Este episódio acabou por configurar o próprio trauma, tão forte e superlativo que expos quase a totalidade das famílias enlutadas à permanência e amplificação do estímulo doloroso.

Por entender que o tempo de exposição à cena traumática é um fator predisponente ao adoecimento psíquico, podendo intensificar a predisposição ao desenvolvimento do TEPT (Transtorno de Estresse Pós - Traumático), foi considerado um fator de agravamento do sofrimento psicológico.

Esperava-se que, enquanto fossem conduzidas as identificações e o reconhecimento dos corpos pelo IML, que fossem



dispensados às famílias atendimento psicológico humanitário.

As famílias devem ser preparadas para o momento do reconhecimento dos entes. Psicólogos, preparados para desempenhar esta tarefa, acompanharão as famílias em todo o processo, desde o momento em que se apresentam à família, até o momento do reconhecimento, quando a emoção atinge seu ponto dor máxima.

Outros dois problemas foram observados durante a gestão da crise:

2. Envolvimento de jovens alunos de Psicologia nos momentos mais dramáticos do socorro psicológico:

Esta condição contrariou o previsto na ética do psicólogo que entende que para que uma intervenção seja realizada, o profissional deve estar devidamente habilitado. Muito embora o momento fosse de grande sofrimento, a complexidade da situação exigia a presença de especialistas e profissionais maduros.

Observamos a presença de muitos jovens alunos que, ao invés de auxiliarem as famílias, demonstraram tamanha dor e manifestaram sua condição de vítima também. Enquanto, debruçados sobre os

familiares, chorando juntos, os profissionais nada puderam fazer, senão expressar uma condição humana de solidariedade, mas, para que isso fosse possível, não seria necessário que fossem psicólogos, pelo contrário, amigos e pessoas da família poderiam ter ocupado este lugar com mais intimidade.

3. Ausência de controles sobre os focos que requeriam o socorro psicológico:

Após um dia inteiro de "gerenciamento de crise", os gestores ainda não tinham uma planilha com os locais que necessitavam do socorro psicológico nem das pessoas que lá deveriam estar. Não havia o mapeamento das necessidades e não havia sido feito nenhuma espécie de treinamento para os profissionais. As pessoas que foram envolvidas no socorro dos corpos, junto à Defesa Civil, não haviam recebido nenhuma forma de preparo para realizar as intervenções psicológicas.

O Socorro psicológico

A realidade mostra que, nesses momentos, é necessário ter equipe de saúde mental, especialmente com perfil de atenção primária. Isso não implica a ausência de especialistas em nível terciário na equipe, que deve incluir como base psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, e não somente médicos.

Segundo o Dr. Christian Kristensen (2005), as intervenções de socorro psicológico devem seguir a uma série de pressupostos que orientam as práticas fazendo o reconhecimento das teorias já consagradas pela Psicologia.

Dentre as questões importantes, é preciso considerar que as intervenções devem seguir uma sequência, serem resultado de avaliação criteriosa das demandas e ainda, contarem com a disponibilidade dos recursos humanos com capacitação técnica.

Mobilizados com a grandiosidade do evento, psicólogos pesquisadores do Núcleo de Estudos do Estresse Pós - Traumático (NEPT), decidiram organizar uma capacitação para qualificar os voluntários que acompanhavam os familiares. Foram três turmas de 80 pessoas, nos dois primeiros dias após o incêndio, com o apoio da FAB e da Clínica WP em Santa Maria.



Christian Haag Kristensen

Renato Caminha e Marina Caminha

A capacitação de profissionais foi imediatamente iniciada pelo grupo, que trabalhou, no primeiro dia, de forma autônoma, uma vez que os gestores da crise não conseguiram visualizar a importância das medidas a serem adotadas.

Foi seguido um roteiro que incluía aprender sobre as respostas comuns à exposição a eventos estressores, diferenciar as reações de estresse agudo e Transtorno de Estresse Agudo (TEA), conhecer e fundamentar os princípios de abordagens imediatas e os primeiros socorros psicológicos, a abordagem do Transtorno de Estresse Agudo, em princípios gerais e as considerações básicas das intervenções.

Outro aspecto enfatizado foi a preocupação com as condições emocionais dos socorristas e

cuidadores, que, segundo Caminha (2005), são profissionais que estão suscetíveis ao adoecimento psíquico, caso não tenham sido preparados e amparados ou mesmo pela exposição emocional própria das intervenções em catástrofes.

Tendo como consideração a experiência dos profissionais especialistas, as intervenções de socorro psicológico devem guiar-se por objetivos como:

- Estabelecer conexão de forma não-intrusiva e empática;
- Promover segurança imediata e contínua;
- Prover bem-estar físico e emocional;
- Acalmar e orientar pessoas emocionalmente sobrecarregadas ou em sofrimento;
- Auxiliar pessoas a manifestar especificamente suas necessidades e preocupações imediatas, obtendo informações adicionais somente quando apropriado;
- Oferecer informação que auxilie em lidar de forma eficaz com os aspectos psicológicos do evento traumático;
- Oferecer assistência prática e informações para auxiliar na satisfação de necessidades e preocupações imediatas; e
- Conectar pessoas tão logo quanto possível às redes de apoio social, incluindo membros familiares, amigos, vizinhos e recursos na comunidade. Isso vai ampliar as respostas adaptativas de *coping* e encorajar adultos, crianças e famílias para assumir papel ativo no processo de recuperação.

Importante também é ser claro sobre sua disponibilidade e, quando apropriado, estabelecer

a ligação com outros profissionais da equipe de resposta, com serviços locais e organizações.

Três aspectos essenciais dos Primeiros Socorros Psicológicos:

1. Provisão de necessidades básicas;
2. Orientação sobre o desastre e os trabalhos de recuperação; e
3. Redução da hipervigilância fisiológica por meio de técnicas de relaxamento, evitação de estímulos perturbadores e, ocasionalmente, uso de medicamentos.

Na gestão da crise devem ser considerados alguns aspectos muito importantes na intervenção imediata após o desastre:

- **Mobilização de apoio** - Reunião de familiares e amigos e provisão de serviços profissionais necessários.
- **Fornecimento de informações** - Sobre recursos disponíveis estratégias para lidar com o problema.
- **Uso de técnicas eficazes de comunicação de risco** - Para fornecer informações precisas e necessárias para os sobreviventes de maneira calma e honesta, **sem aumentar a ansiedade**.
- **Após a exposição a eventos traumáticos** - Estimular indivíduos seguir vida de modo normal, evitando o isolamento.
- **Em casos de desastre natural ou produzido pelo homem** - Abordagens em saúde pública nos locais e comunidades afetados devem ter componentes educacionais e de ajuda aos necessitados.

São fatores não recomendados na psicoterapia do TEA – Transtorno de Estresse Agudo e TEPT – Transtorno de Estresse Pós - Traumático (Caminha, 2005):

- Não trabalhar com um modelo impositivo de sessões para com o paciente, adapte as técnicas ao seu paciente não o seu paciente às técnicas.
- Não forçar a narrativa, não exigir que o paciente conte sobre o ocorrido, respeitar o tempo dele e a solidificação de aliança e confiança terapêutica, não abra mão, entretanto, do estabelecimento de objetivos e metas.
- Não direcionar a fala do paciente quando ele estiver produzindo narrativas, não questionar detalhes ou minúcias diretamente. Se a narrativa for global e pouco específica questionar se há algum detalhe que o paciente considere relevante descrever no momento.
- Não exija que o paciente volte a temática central se ele apresentar certa predileção em fugir do assunto principal apenas indique sobre a dificuldade que ele está tendo em falar. É válido lembrá-lo de seus objetivos e metas (Caminha, 2005)
- Não confronte o paciente com relação a certas contradições produzidas na narrativa apenas escute sua fala.
- Não reprima possíveis manifestações emocionais, pelo contrário, estimule-as aproveitando para identificar, novamente não

"A maioria das reações são transitórias e com sintomas dissipando-se em até um mês para 42% das pessoas e, em até um ano para 23% das pessoas. Somente 30% das pessoas submetidas ao trauma apresentaram sintomas crônicos por mais de um ano."

Fonte: www.partes.com.br/2014/01/25/um-minuto-de-silencio-para-as-vitimas-da-boate-kiss



de modo impositivo, os possíveis pensamentos e seus significados tão logo o paciente tenha aberto a "guarda emocional".

- Não esboce reações de perplexidade diante de narrativas fortes, não produza juízo de valores diante do narrado, por exemplo, se uma paciente narrar um violento estupro o terapeuta fizer cara de horrorizado ou emitir sentenças do tipo, "ele disse isso, que horror".
- Não se obrigue a atender o caso, lembre-se que pacientes com TEA e TEPT tendem a narrar acontecimentos horríveis mas você não deixará de ser um bom terapeuta se encaminhar o caso diante da impossibilidade de lidar com narrativas horrendas.
- Não tente lidar sozinho com o caso diante de dificuldades, busque ajuda de um colega, busque supervisão e apoio técnico.

Considerações Finais

A maioria das pessoas expostas a um evento traumático **NÃO desenvolve** Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) ou Transtorno de Estresse Agudo (TEA), assim como depressão, dependência de substância ou qualquer outro transtorno mental.

Segundo Friedman (2006) **TEA e TEPT são o resultado de falhas no processo de manejo e recuperação das vítimas após a exposição ao estressor traumático.**

Uma revisão de 160 estudos demonstra que 2/3 vítimas não desenvolverão nenhum transtorno crônico clinicamente significativo.

A maioria das reações são transitórias e com sintomas dissipando-se em até um mês para 42% das pessoas e, em até um ano para 23% das pessoas. Somente 30% das pessoas submetidas ao trauma apresentaram sintomas crônicos por mais de um ano.

São reações comuns durante os primeiros dias, até semanas as seguintes:

- Reações emocionais: choque, medo, luto, raiva, ressentimento, culpa, vergonha, desesperança, desamparo, entorpecimento;
- Reações cognitivas: confusão, desorientação, indecisão, dificuldade, concentração, diminuição memória, auto-responsabilização, memórias indesejáveis.
- Reações físicas: tensão, fadiga, insônia, reação sobressalto, náusea, perda do apetite, alterações desejo sexual, frequência cardíaca aumentada.
- Reações interpessoais: irritabilidade, isolamento, reclusão, desconfiança, sentir-se rejeitado ou abandonado, distanciamento, necessidade de controle exagerado.

Estamos numa trajetória de trabalho para reforçar as bases das intervenções psicológicas nos eventos de grande magnitude da dor. Entretanto, a maioria dos psicólogos tem pequena experiência e baixo envolvimento profissional com o tema. Assim também, a formação ainda é incipiente e são raros os cursos.

Valorizar, no entanto, o que já foi construído pode ser a boa prática, capaz de estimular a integração dos profissionais em torno de ideias fortes e sustentadas por princípios científicos.

O que não podemos mais aceitar é a introdução precoce e despreparada de profissionais inseguros e frágeis, fazendo o trabalho fragmentado, orientados somente pela intuição.

Estes momentos requerem maior certeza, segurança e firmeza profissional, fatores essenciais para dar ao socorro psicológico o contorno que necessita para ser eficaz.

Referências:

CAMINHA, Renato M. Transtorno de Estresse Pós-Traumático: da neurobiologia à terapia cognitiva. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

KRISTENSEN, Christian Haah, Estresse Pós-Traumático: Sintomatologia e Funcionamento Cognitivo. Tese apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Abril, 2005.

RANGÉ, Bernard e Colaboradores. Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.



Rosana Conceição de Lima Bauer
Tenente Coronel da reserva da Aeronáutica, atualmente
trabalhando no Batalhão de Aviação da Brigada Militar do Rio
Grande do Sul