

## 11 DE SETEMBRO DE 2001: vivenciando o transtorno do estresse pós-traumático<sup>a</sup>

Agnes OLSCHOWSKY<sup>b</sup>  
Úrsula Vogel SCHMITZ<sup>c</sup>

### RESUMO

Este artigo visa obter maior conhecimento sobre o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) após sua autora haver vivenciado a tragédia ocorrida em Nova Iorque em setembro de 2001. O artigo tem o objetivo de relatar essa experiência vivida após tais atentados terroristas relacionando-a ao TEPT na tentativa de interpretar e compreender o evento a partir dessa vivência pessoal. Pode-se, assim, contribuir para o atendimento aos clientes que buscam suporte e consolo após a vivência de traumas e ter-se-á condições de socorrê-los com maior conhecimento, obtendo recursos para o seu enfrentamento e ajudando-os na procura do funcionamento integrado e do bem estar.

**Descritores:** Enfermagem. Transtornos de estresse pós-traumáticos. Saúde mental.

### RESUMEN

*Este artículo aspira a un mayor conocimiento sobre el Trastorno del Estrés Pos-Traumático (TEPT) tras su autora haber vivido la tragedia ocurrida en Nueva York, en septiembre 2001. El artículo tiene por objetivo relatar esta experiencia vivida luego de los atentados terroristas relacionándola al TEPT así como interpretar y comprender el evento a partir de esta experiencia personal. De esta manera, se puede contribuir para la atención a los clientes que buscan soporte y consuelo tras la experiencia de traumas y se tendrá condiciones de socorrerlos con mayor conocimiento, obteniendo recursos para enfrentarla y ayudándolos en la búsqueda del funcionamiento integrado y del bienestar.*

**Descriptorios:** Enfermería. Trastornos por estrés postraumático. Salud mental.

**Título:** 11 de septiembre de 2001: vivenciando el trastorno del estrés pos-traumático.

### ABSTRACT

*This article searches for a broader knowledge on the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) after the author has experienced the tragedy occurred in September 2001 in New York. The article aims at reporting this life experience after the terrorist attacks by relating it to the PTSD as well as trying to interpret and to understand the event from the point of view of this personal experience. Thus, it is possible to contribute to the care of the clients who look for support and comfort after trauma experience and to help them with more knowledge by getting resources to face it and helping them in the search for both an integrated performance and well being.*

**Descriptors:** Nursing. Stress disorders, post-traumatic. Mental health.

**Title:** September 11, 2001: experiencing post-traumatic stress disorder.

<sup>a</sup> Artigo baseado no trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem: 11 de setembro de 2001 - vivenciando o transtorno de estresse pós-traumático, apresentado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2002.

<sup>b</sup> Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora pela Universidade de São Paulo.

<sup>c</sup> Enfermeira do Hospital Santo Antônio – Porto Alegre, RS

## 1 INTRODUÇÃO

Este artigo busca situar e ilustrar um tema bastante conhecido na área psiquiátrica, que despertou a curiosidade de milhares de pessoas após os atentados ocorridos no dia 11 de setembro de 2001, na cidade de Nova Iorque, nos Estados Unidos da América. O estudo busca maior conhecimento sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, uma síndrome psiquiátrica caracterizada por sintomas de ansiedade em resposta a uma situação perigosa ou catastrófica. Na atualidade, esse tema é de grande importância, considerando as tragédias mais recentes como Tsunami, as explosões nos metrô de Madri e Londres, que configuram-se em vivências traumáticas que envolvem populações que poderão necessitar de ajuda profissional para o enfrentamento desses eventos.

Somos profissionais da área de saúde mental e morávamos na cidade de Nova Iorque quando os prédios da *World Trade Center* foram atingidos por aviões e presenciamos de perto todo o horror de um atentado terrorista.

Após aquele dia, em setembro, perdemos a paz e, pela primeira vez, pensamos seriamente na possibilidade de morrer de repente. Esses sentimentos nos influenciaram e, a partir daquele momento dramático, percebemos que passamos a sofrer com o trauma, identificando uma ansiedade imensa.

Participando de palestras acerca do assunto, começamos a compreender sobre a complexidade do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e de seu tratamento. Ouvindo a respeito dos sintomas, das causas e do quão comum e freqüente é o TEPT, percebemos que estávamos com sintomas típicos e explícitos desse transtorno psiquiátrico.

Essa situação causou-nos surpresa e desconcerto, pois, como a maioria dos profissionais da saúde, pensávamos sermos imunes às doenças e transtornos que tratamos na população em geral. Foi a primeira vez que per-

cebemos a necessidade de ajuda e, que talvez, não possuíssemos condições de ajudar aos que precisassem do nosso apoio.

Devido ao conhecimento obtido através da experiência vivenciada e o que esse dia significou para nós, temos como objetivo relatar a experiência vivida após os atentados terroristas ocorridos em 11 de setembro de 2001, na cidade de Nova Iorque, relacionando-a com o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, a fim de analisar as intervenções direcionadas para esse transtorno psiquiátrico.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo se caracteriza como um Relato de Experiência sobre os atentados terroristas de 11 de setembro de 2001, realizado na cidade de Nova Iorque, nos Estados Unidos da América, buscando interpretar e compreender o evento a partir da nossa vivência pessoal, relacionando o fenômeno vivido com o Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Trata-se de um estudo descritivo e tem o intuito de revelar determinada realidade por meio de descrições sobre o objeto estudado<sup>(1)</sup>.

A partir da nossa vivência em 11 de setembro, de materiais coletados em revistas, jornais e livros referentes ao TEPT e das notícias sobre a queda das torres gêmeas, pretendemos explicar e embasar teoricamente esse relato de experiência. O estudo poderá contribuir para a implementação de cuidado psiquiátrico aos indivíduos com TEPT, aprimorando as ações de Saúde Mental.

## 3 NOVA IORQUE: 11 de setembro de 2001

Como de hábito, levantamos cedo na manhã do dia 11 de setembro. Já eram 8h30min quando escutamos o porteiro do prédio onde morávamos falar de um jeito preocupado, que algo tinha acontecido no *World Trade Center* (WTC).

Ligamos a TV e vimos uma das torres gêmeas em chamas. Os repórteres diziam que testemunhas viram um avião bater na torre, outros julgavam que tivesse sido um monomotor. E, perguntamos: como um acidente pode acontecer com um céu tão azul e com tamanha visibilidade?

Ligamos para o Brasil, dizendo que o WTC estava em chamas. Em seguida a TV mostrava a cena do avião batendo na torre. Ficamos estarelecidas com o que víamos: outro avião acabara de chocar-se com a outra torre. Desse momento em diante, permanecemos em casa, pasmas, chocadas, amedrontadas com o que estava acontecendo.

Conseguíamos avistar as torres do prédio de onde morávamos e vimos aquela cena chocante, que vai nos acompanhar para o resto da vida: as torres em chamas e uma nuvem de fumaça crescente nos céus. De repente, uma das torres desabou. Havia incredulidade nos olhos de todos! Um dos mais famosos prédios do mundo sumia da história.

Por algum tempo ficamos sem pensar em nada, sem perceber o desespero dos outros, sem ver o caos que se instalava. Em frente à televisão permanecemos por quase quatro horas, acompanhando as notícias. Somente no início da tarde tomamos coragem de enfrentar o medo e ir até a clínica onde realizávamos estágio. Lá, encontramos nossos colegas, todos muito chocados, alguns chorando muito e outros completamente alienados.

Novamente em casa, ficamos um bom tempo olhando para a nuvem gigantesca de fumaça que pairava sobre a ilha. Nada parecia coerente e não conseguíamos pensar friamente no acontecido. Parecíamos extasiadas, sedadas.

A TV repetia, a todo o momento, as imagens dos atentados ocorridos pela manhã e olhávamos para aquilo sem senso crítico algum. Havia um silêncio amedrontador.

Depois de falar, finalmente, com a família no Brasil, começamos a chorar e des-

pertar para o momento. Pegamos no sono, no chão, encolhidas de medo, despertando a qualquer som estranho.

### 3.1 Nossa vida depois do terror

No dia seguinte aos atentados, acordamos cansadas, sem ânimo para nada e com imensa vontade de chorar. Sentíamos raiva das pessoas que causaram os atentados por acabarem com a paz e abalarem nossa sanidade, por matar gente, por adoecer pessoas, por nos fazerem ter medo de morrer.

Vimos na TV todas as cenas chocantes por inúmeras vezes, chorando muito, tremendo e, só então começamos a entender que aquelas cenas eram reais.

Nas semanas que sucederam aos atentados, era visível nosso abatimento. No trabalho, as pessoas estavam diferentes, distantes e mal conseguíamos manter um diálogo por muito tempo. No estágio, começamos a assumir praticamente todos os pacientes que tinham consulta, para não pensar demais no medo e na ansiedade que sentíamos.

Chegávamos em casa, depois de um longo dia de trabalho, e chorávamos sempre.

Foi difícil realizarmos uma ação terapêutica com os clientes, já que estávamos tão abaladas quanto eles. Não queríamos pensar na morte, mas ela nos rondava todos os dias e essa sensação continuou durante meses.

De tanto ouvir as pessoas falarem sobre morte, começamos a aderir à idéia e pensar que realmente todos poderíamos morrer em breve. Quando pensávamos no futuro, no Brasil, não vinha imagem nenhuma, tudo o que víamos era uma escuridão.

Nos três meses que permanecemos em Nova Iorque após os atentados, convivemos diariamente com as conseqüências destes. Nas lojas, teatros e outros lugares públicos, policiais armados revistavam a todos completamente, nos metrô faziam paradas

imprevistas para investigações, nos jornais as últimas notícias alertavam sobre ameaças iminentes de novos atentados terroristas, e de semana em semana a cidade voltava a ficar em estado de alerta máximo, com policiamento ostensivo.

Tamanho era o nervosismo e vigilância frente aos acontecimentos que, mesmo morando muito próximo de um aeroporto internacional e acordando e dormindo ao som de aviões decolando e pousando, depois dos atentados passamos a ouvir com atenção todos os aviões que passavam próximo. Tivemos pesadelos com aviões, mortes, atentados, durante quase dois meses.

Em meados de outubro, com uma ansiedade já fora de controle, começamos a sentir palpitações fortíssimas e uma sensação de compressão no peito. Passamos mais de mês marcando no calendário quantos dias faltavam para voltar ao Brasil, e, à medida em que o dia do embarque se aproximava, íamos ficando mais ansiosas. Estávamos mais emotivas, tanto pela saudade quanto pelo medo de pôr os pés no aeroporto e no avião.

No dia do embarque não conseguíamos comer, tendo dores horríveis de estômago. Sabíamos que os sintomas eram decorrentes do medo e da ansiedade crescente, em relação ao embarque. Depois, já dentro do avião, passamos doze horas de tensão, não conseguindo dormir e comer.

De volta ao Brasil, fomos sentindo os temores aliviarem, e os pensamentos negativos sendo trocados por positividade.

Atualmente, após quatro meses do retorno, temos apenas algumas respostas desagradáveis referentes ao trauma sofrido. Ainda dói muito ver as imagens dos atentados e sempre choramos com elas. Outra questão é a ansiedade em relação a aviões. Nunca tivemos medo de voar. Hoje, não podemos escutar um avião passando, pois nenhum passa despercebido. Fazemos o possível para evitá-los, para não ouvir o barulho, para não vê-los no céu.

### 3.2 A conscientização da presença de TEPT

Percebemos que precisávamos de ajuda quando participamos de uma palestra para profissionais da psiquiatria, no *NYSPI (New York State Psychiatry Institute)*, a respeito do TEPT.

Fomos à palestra pelo interesse em saber o que era o TEPT, pois, após os atentados, os jornais, emissoras e hospitais usavam incessantemente essa sigla. À medida que a palestra transcorria e a palestrante falava sobre sintomas, métodos de intervenção terapêutica e questionários para diagnóstico do trauma, nos identificávamos com o paciente traumatizado. Assim, após leitura exaustiva, procura de artigos, publicações e diversas outras palestras, nos autodiagnosticamos com TEPT.

Lendo livros de psiquiatria e com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) em mãos, realizamos uma auto-análise das respostas que vínhamos tendo em relação aos atentados de setembro. Sabendo, então, que o TEPT era uma resposta emocional a um evento traumático, caracterizado por situação perigosa ou catástrofe, e que o DSM-IV incluía, nos exemplos, os atentados terroristas, identificamos os atentados de 11 de setembro de 2001 como sendo eventos perigosos, catastróficos e traumáticos.

Tínhamos pesadelos diários relacionados aos atentados e várias vezes acordávamos de sobressalto, não conseguindo mais dormir, com medo de reviver as imagens horríveis dos pesadelos. Ou não conseguíamos dormir mais ou tínhamos dificuldade em acordar pela manhã, sem vontade para trabalhar, passear, viver.

Tudo o que recordasse os atentados era apagado da memória, à medida do possível, não conseguindo ler nada mais sobre o assunto e nem ouvir. Começamos a evitar todo e qualquer assunto relacionado àquele dia.

Identificamos respostas características, porém normais do TEPT – medo intenso, impotência e terror – pois sentíamos medo do desconhecido, da morte, da insanidade e havia a sensação de impotência frente a tudo o que estávamos presenciando.

O quadro sintomático completo esteve presente por mais de um mês e vários sintomas permaneceram por mais de três meses. Os sintomas causaram sofrimento e prejuízo percebidos no nosso funcionamento social, ocupacional. Não realizávamos mais nenhuma das atividades que antes nos eram prazerosas.

Há outra categoria de respostas ao trauma, aplicável aos eventos de 11 de setembro, que é a resposta social/interpessoal ao estresse. Os sintomas característicos são: isolamento social havendo reduzido senso de comunidade e falta de confiança, aumento do conflito interpessoal, evitamento à intimidade, aos metrô, a prédios altos, a elevadores, a áreas próximas ao atentado, que fez com que as pessoas dos outros bairros evitassem ir a Manhattan<sup>(2)</sup>.

Considerando o fato de morarmos na ilha de Manhattan, o nosso medo era o de ir aos outros bairros, porque, para isso, era preciso viajar de metrô e fazer a travessia por pontes e túneis até o local desejado. Após os atentados não fomos a nenhum prédio alto da cidade. Também, nenhum avião passava no céu sem que o olhássemos, pois qualquer avião parecia ter um barulho diferente, parecia estar voando mais baixo do que o normal, ou indo para outra direção. Também estávamos em estado hipervigil, analisávamos as pessoas na rua e nos metrô. Ficávamos horas olhando para a ponte perto de casa para ver se havia algum movimento suspeito.

Quanto aos sintomas fisiológicos, sentíamos freqüentes dores de estômago, emagrecemos alguns quilos, pois não conseguíamos comer. Sentíamos palpitações, aperto no peito, sensação de sufocamento, estáva-

mos cansadas e exaustas, mesmo fazendo as mesmas atividades.

Analisando as fases de resposta ao trauma, percebemos, hoje, que durante a fase de choque não conseguíamos assimilar o que estava acontecendo, permanecendo com humor embotado e incapacidade de perceber a realidade. Na fase intrusiva, recordávamos o trauma sem fazer força, sempre tendo como consequência as respostas de alarme exageradas, que duraram um pouco mais de três meses. Entre os pesadelos e dificuldades em relação ao sono, nos preocupávamos com a vida, tínhamos medo da morte e de não voltar ao Brasil.

Acreditamos que no Brasil conseguimos elaborar o trauma vivido, passando para a fase em que conseguimos lamentar o ocorrido, mas, além disso, também fazer novamente planos para o futuro.

#### 4 O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) está inserido, na Psiquiatria, entre os transtornos de ansiedade, que se subdividem em: pânico com ou sem agorafobia; fobia social; fobia simples; transtorno obsessivo-compulsivo; estresse pós-traumático e de ansiedade generalizada<sup>(3)</sup>.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático é definido pelo *Mosby's Medical, Nursing & Allied Health Dictionary*, como transtorno psiquiátrico caracterizado por uma resposta emocional aguda a um evento traumático ou situação severa de estresse ambiental – desastres naturais, acidentes de avião, graves acidentes<sup>(4)</sup>.

As características essenciais do TEPT, baseadas nos diagnósticos do DSM-IV, abrangem a exposição do cliente a um evento traumático, no qual o indivíduo apresente pelo menos dois dos quesitos que se seguem: viveu, testemunhou ou foi confrontado com um evento que envolveu morte ou ferimento

sério, real ou ameaçado, em uma ameaça à integridade física própria ou dos outros; a resposta envolveu medo intenso, impotência ou terror e o evento traumático é revivido, e existe uma esquiva de estímulos associados com o trauma e um entorpecimento da capacidade geral de reposta<sup>(5)</sup>.

O DSM-IV cita alguns eventos traumáticos que, vivenciados diretamente, são possíveis desencadeadores de TEPT: combate militar, assalto à mão armada, ataque sexual, seqüestro, ataque terrorista, tortura, desastres naturais, entre outros<sup>(6)</sup>.

Após a vivência do trauma, podem ocorrer vários sintomas fisiológicos, considerados previsíveis no indivíduo que vivencia o TEPT. As queixas físicas normalmente se direcionam aos órgãos vitais: dores de estômago, taquicardia, falta de apetite, sensação de aperto na garganta e de falta de ar, exaustão, sudorese, palpitações.

O indivíduo passa a ter dificuldades de concentração no trabalho, ocorrem sintomas de depressão, e passa a temer problemas mais sérios, que o levem à morte súbita ou à insanidade. O indivíduo se encontra normalmente em hipervigilância e insônia, muitas vezes acompanhado de depressão e até mesmo de ideação suicida<sup>(3)</sup>. Além da insônia e dos pesadelos, o indivíduo pode apresentar episódios de despertar súbito, e os pesadelos podem se repetir identicamente, noite após noite<sup>(7)</sup>.

São respostas comuns ao trauma<sup>(8)</sup>:

- a) fase de choque: a resposta imediata ao evento desencadeador do trauma vai desde uma crise de medo até a incapacidade perplexa de assimilar a experiência vivida e seu significado;
- b) fase da negação: depois do choque, indivíduos podem permanecer em uma fase de negação por semanas e até meses, para então demonstrar alguma resposta emocional. Os sintomas característicos da negação são:

amnésia, torpor, sintomas somáticos, perturbações no sono, retraimento e hiperatividade;

- c) fase intrusiva: alguns indivíduos vivenciam diretamente essa fase, sem passarem pela negação. Recordam-se espontaneamente do trauma, muitas vezes com respostas de alarme exageradas, afeto instável, excitação crônica, sonhos, perturbações no sono, preocupação, pensamentos intrusivos;
- d) fase de elaboração do trauma: o indivíduo passa a avaliar os significados envolvidos no evento traumático e suas memórias, lamenta o ocorrido e faz novos planos para lidar com o futuro;
- e) fase de aceitação: quando o indivíduo reconhece o impacto do trauma, mostra planos positivos para o futuro, volta ao trabalho com dedicação anterior e retoma as atividades de lazer.

Há vários métodos para se tratar o TEPT. O ideal é que a pessoa recebesse uma assistência psicológica imediatamente após o desastre. O profissional da saúde que lida com o cliente deve afirmar que as respostas ao estressor são normais e apontar alternativas para solucionar as questões específicas relacionadas ao estresse<sup>(8)</sup>. Flaherty, Channon e Davis propõem, ainda, alternativas de tratamento ao indivíduo com TEPT<sup>(8)</sup>:

- a) assistência imediatamente após um desastre: busca afirmar à pessoa que suas reações ao trauma são normais. É possível a administração de algum fármaco temporário para alívio dos sintomas da ansiedade;
- b) assistência após a contenção: busca ajudar a pessoa a reorganizar sua vida, auxiliando a procura de abrigo, emprego, transporte, serviços legais, entre outros;

- c) grupos de apoio: pode ser uma maneira de o indivíduo expressar seus sentimentos e ter apoio e conforto tanto dos profissionais da saúde, quanto de outros membros do grupo, afirmando, assim, que suas respostas são normais e também temporárias;
- d) esforços psicoterapêuticos: têm o intuito de fazer com que o indivíduo relacione o evento traumático e outros conflitos de sua vida e reconheça essa conexão;
- e) tratamento farmacológico: considerado quando os sintomas relacionados ao TEPT são severos ou não se reduzem com o passar do tempo.

## 5 O PAPEL DA ENFERMEIRA PSIQUIÁTRICA

Clientes que sofrem de transtornos de ansiedade, em geral, estão em contato com a realidade e reconhecem que seu comportamento é inadequado, não conseguindo, contudo, desvincular-se dele.

As intervenções concentram-se em ajudar o cliente a identificar e descrever sensações básicas, relacionar experiências atuais do cliente com experiências relevantes do passado, explorar como o paciente reduziu a ansiedade e quais ações produziram o alívio, encorajar a atividade física para descarregar energia e focalizar, no cliente, a responsabilidade de mudança. Essas intervenções se estruturam através do relacionamento terapêutico, que tem como objetivo o crescimento do paciente, permitindo que ele se adapte ao estresse, vivenciando-o como indivíduo único<sup>(5)</sup>.

Desse modo, o profissional deve ter competência para estabelecer um relacionamento interpessoal e ter sensibilidade para trabalhar com pessoas, proporcionando uma relação de ajuda que envolva sinceridade, consideração positiva ao indivíduo e empatia.

A empatia é a capacidade de ingressar na vida de outra pessoa, perceber adequadamente seus sentimentos e significados, sendo um elemento essencial no relacionamento terapêutico entre a enfermeira e o cliente. A enfermeira, através desse processo de ajuda, busca promover e manter um comportamento e funcionamento integrado do cliente. Ambos desenvolvem uma experiência de aprendizagem mútua na obtenção do *insight* e mudança de comportamento, possibilitando a adaptação ao estresse vivido<sup>(5)</sup>.

Nesse processo, o enfermeiro tem a si mesmo como ferramenta principal, ou seja, deve conhecer a si mesmo para escutar e compreender o que o cliente sente.

A enfermeira deve dispor de objetivos que visem à ajuda para erradicar a ansiedade do cliente ou desenvolver e prover adaptações frente à ansiedade instalada, em seu atendimento aos clientes com TEPT. O fundamental para o indivíduo com TEPT é relacionar-se e ter o apoio de uma enfermeira que seja dedicada, haja com simpatia e, principalmente, gere empatia.

A empatia exige que o enfermeiro deixe de lado suas opiniões e valores pessoais para ingressar sem preconceitos no mundo de outra pessoa, envolvendo sensibilidade para os sentimentos do cliente, facilitando o compartilhamento dos pensamentos, idéias e emoções experienciados. Desse modo, as intervenções buscam promover o desenvolvimento do *insight* nos pacientes, ajudando-os a dominar suas ansiedades, a aumentar sua independência e sua responsabilidade e a desenvolver mecanismos de luta construtivos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após exaustiva leitura e com nossa vivência do 11 de setembro de 2001, concordamos com Stuart e Laraia que afirmam:

O TEPT obviamente é um conceito em evolução. Contudo, a controvérsia que

envolve esse diagnóstico tende a continuar, enquanto existirem dúvidas quanto aos tipos de eventos que podem ser considerados traumáticos, como eles são percebidos e interpretados e como diferem entre si os recursos pessoais e as respostas de enfrentamento<sup>(5:320)</sup>.

Desse modo, acreditamos que os enfermeiros da área da saúde mental devem ter em vista que os sintomas subjetivos desencadeados no TEPT são extremamente desgastantes e intensos no indivíduo que os vivencia. Com base nessa premissa, percebemos a necessidade de provermos um atendimento mais humanizado e, também, de ajudar, de modo mais integral e empático, os indivíduos que vivenciam um trauma.

A eficiência do enfermeiro no trabalho com pacientes psiquiátricos, em geral, está bastante vinculada aos seus conhecimentos, suas habilidades na clínica e à capacidade que possui de realizar uma introspecção e auto-avaliar-se. Munido dos resultados de sua auto-avaliação, o enfermeiro conseguirá melhor relacionamento interpessoal com o cliente, pois, ambos também se interligam por emoções que irão afetar o resultado terapêutico almejado.

Mediante nossa vivência em 11 de setembro, pudemos conhecer melhor o TEPT, tanto na teoria quanto na prática. Entendemos melhor os desgastes psicológicos e fisiológicos porque passam os indivíduos com esse transtorno, facilitando a compreensão daquilo que tantos profissionais da área afirmam ser a característica importante e imprescindível no cuidado em saúde mental: a **empatia**.

A empatia ocorre quando conseguimos nos colocar no lugar de outra pessoa e, no nosso caso, colocar-se no lugar do outro foi acompanhado pelo fato de vivermos situação traumática semelhante.

A nossa experiência, associada à reflexão apresentada neste estudo, possibilitou-nos analisar e compreender a importância da escuta e de estar com os indivíduos em so-

frimento psíquico, ou seja, mediante o relacionamento terapêutico, em que se constrói numa relação de **empatia**, caminhar para o outro, que é único e singular. Assim, o enfermeiro estabelece uma relação de confiança e respeito genuíno, e com seus conhecimentos teórico/práticos e suas vivências busca cuidar de pessoas que necessitam de ajuda, respondendo às suas necessidades e expectativas.

Hoje, avaliamos que tivemos uma resposta normal ao trauma vivido e que qualquer pessoa pode sofrer de um Transtorno de Estresse Pós-Traumático ao longo de sua vida. Acreditamos que conversar, gerar empatia, estar com o cliente e afirmar que suas respostas são normais e compreensíveis é o melhor caminho para a resolução do trauma e amenização ou extinção das respostas desencadeadas. Portanto, este estudo, com certeza, oferece subsídios teórico/práticos essenciais à enfermagem, e também, certamente, terapêuticos para indivíduos que passem por uma situação traumática. A vivência do trauma possibilitou-nos o entendimento das experiências dos clientes como únicas, na qual acolhimento, parceria, sensibilidade, escuta são diretrizes essenciais nas ações dos profissionais da saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- 1 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987. 175 p.
- 2 Parson ER. Victims of disasters: helping people recover-from acute distress to healing and integration. [s.l.:s.n.]; 2001. Available from: URL: <<http://www.sourcemaine.com/gift/html/victims.html>>. Accessed at: 25 Sept 2001.
- 3 Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1992. 465 p.
- 4 Anderson KN, Anderson LE, editores. Mosby's medical, nursing & allied health dictionary. 6ª ed. St. Louis (MO): Mosby; 2002. 2134 p. Posttraumatic stress; p. 1381.

- 5 Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. 6ª ed. Porto Alegre (RS): ART-MED; 2001. 958 p.
- 6 Jorge MR. DSM-IV: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. 830 p.
- 7 Kapczinsky F, Quevedo J, Izquierdo I. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2000. 272 p.
- 8 Flaherty JA, Channon RA, Davis JM. Psiquiatria: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1990. 479 p.

---

**Endereço da autora/Author's address:**  
Agnes Olschowsky  
Rua São Manoel, 963  
90.620-110, Porto Alegre, RS  
*E-mails:* [agnes@enf.ufrgs.br](mailto:agnes@enf.ufrgs.br)

Recebido em: 07/04/2005  
Aprovado em: 13/09/2005

---