

---

# Suporte psicológico no pós-acidente aeronáutico: relato de uma intervenção em uma torre de controle

Dâmaris Campos Teixeira<sup>1</sup>, Fernanda Cunha Cardoso<sup>2</sup>

1 Psicóloga formada pela UFMG, Pós Graduada em Gestão de Pessoas, Especialista em Fatores Humanos, Elemento Certificado-Fator Humano Psicológico pelo CENIPA, com nove anos de experiência em Psicologia no Gerenciamento da Segurança Operacional do Sistema de Controle do Espaço Aéreo.

2 Psicóloga formada pela UNESP, Especialista em Fatores Humanos, Elemento Certificado-Fator Humano Psicológico pelo CENIPA, com 19 anos de experiência em Psicologia no Gerenciamento da Segurança Operacional do Sistema de Controle do Espaço Aéreo e membro ativo da ABRAPAV.

---

**RESUMO:** O presente artigo tem como objetivo apresentar os resultados de uma intervenção no pós-acidente aeronáutico realizada com uma equipe de controladores de tráfego aéreo de uma torre de controle. A fim de assegurar a manutenção da saúde ocupacional do controlador de tráfego aéreo, bem como assinalar suas capacidades e limitações, o Corpo de Psicologia Aplicada à Segurança Operacional atua em diversas atividades, dentre elas o Suporte Psicológico no Pós-Acidente Aeronáutico. A finalidade dessa ação é favorecer que o sujeito que tenha vivenciado uma experiência traumática organize seus pensamentos e inclua estratégias de enfrentamento apropriadas à prevenção do Transtorno de Estresse Pós-Traumático [TEPT]. Participaram da intervenção uma equipe com três profissionais de psicologia capacitados e credenciados pelo Centro de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos [CENIPA] e Departamento de Controle do Espaço Aéreo [DECEA] e quatro controladores de tráfego aéreo presentes no momento do acidente aeronáutico. A metodologia utilizada, *Critical Incident Stress Debriefing* [CISD], foi realizada em grupo. Concluiu-se como resultado da intervenção que a técnica escolhida foi apropriada para o contexto, uma vez que houve diminuição da angústia dos participantes por meio da resignificação do trauma.

**Palavras Chave:** 1. *Critical Incident Stress Debriefing* [CISD] 2. Controladores de Tráfego Aéreo 3. Suporte Psicológico no Pós-Acidente Aeronáutico 4. Transtorno de Estresse Pós-Traumático [TEPT].

## Psychological support in aeronautical post-accident: report of an intervention in a control tower

**ABSTRACT:** This article aims to present the results of an intervention in the post-accident aeronautic accomplished with a team of air traffic controllers of a control tower. In order to ensure the maintenance of the occupational health of the air traffic controller, as well as to indicate its capabilities and limitations, the Psychology Applied to Operational Safety Department acts in several activities, among them, the Psychological Support in the Aeronautical Post-Accident. The purpose of this action is to enable the subject who has experienced a traumatic experience to organize their thoughts and to include appropriate coping strategies for prevention of Post-traumatic Stress Disorder [PTSD]. Participated in the intervention a team with three psychology professionals trained and accredited by the Center for Research and Prevention of Aeronautical Accidents [CENIPA] and Department of Airspace Control [DECEA] and four air traffic controllers present at the time of the aeronautical accident. The methodology used, *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD), was carried out in a group. It was concluded as a result of the intervention that the technique chosen was appropriate for the context, since there was a decrease in the distress of the participants through the re-signification of the trauma.

**Key words:** 1. *Critical Incident Stress Debriefing* [CISD] 2. Air traffic controllers 3. Psychological Support in the Aeronautical Post-Accident 4. Post-traumatic Stress Disorder [PTSD].

**Citação:** Teixeira, DC, Cardoso, FC. (2019). Suporte psicológico no pós-acidente aeronáutico: relato de uma intervenção em uma torre de controle. *Revista Conexão Sipaer*, Vol. 10, N°. 2, pp. 15-20.

### 1 INTRODUÇÃO

Mudanças provenientes no contexto laboral, decorrentes da incorporação de novas tecnologias, estratégias gerenciais, como produzir mais, melhor e com o menor custo possível, aliadas a um estilo de vida peculiar do século XXI, têm trazido novas psicopatologias aos trabalhadores.

Para minimizar o impacto de novas modalidades de adoecimento, pesquisas mostram uma crescente preocupação com a assistência, prevenção e vigilância da saúde do trabalhador, bem como com uma constante busca por políticas de saúde e segurança no trabalho mais eficazes. No site da Secretaria de Previdência do Ministério da Economia, pode-se observar que, no ano de 2017, o terceiro maior motivo de afastamentos dos trabalhadores brasileiros foram os Episódios Depressivos (mais de 43 mil casos), ficando atrás apenas da Dorsalgia (dor nas costas) e Fratura de Perna, que afastaram 83 mil e 79 mil trabalhadores, respectivamente (BRASIL, 2018).

Seguindo esse raciocínio, na aviação, a saúde física e mental é uma das preocupações vigentes em relação aos seus profissionais. Tal cuidado perpassa a questão da saúde do trabalhador e ganha reforço na Segurança Operacional. Há necessidade de que o profissional esteja saudável para que desempenhe bem seu papel e proporcione um serviço de navegação aérea seguro.

No contexto do Controle do Espaço Aéreo Brasileiro, que é frequentemente permeado por alterações constantes, o cuidado com a saúde ocupacional do controlador de tráfego aéreo (*Air Traffic Controller* - ATCO) é uma realidade que se faz presente. Para tanto, existe um suporte de profissionais de psicologia aplicada ao controle de tráfego aéreo que, sob a coordenação da Seção de Fatores Humanos do Departamento de Controle do Espaço Aéreo [DECEA], legisla, coordena e supervisiona as ações dos profissionais de psicologia aplicada aos Fatores Humanos nos regionais brasileiros. Nesse sentido, há aproximadamente duas décadas, a Psicologia introduziu seus trabalhos no Sistema de Controle do Espaço Aéreo Brasileiro [SISCEAB], marcando o início do desenvolvimento das suas atividades no Terceiro Centro Integrado de Defesa Aérea e Controle de Tráfego Aéreo [CINDACTA III]. Entretanto essa atuação era, por vezes, solitária, fosse pelo desconhecimento da novidade da proposta e da atuação da Psicologia pelas demais especialidades do efetivo, ou pela escassez de profissionais disponíveis e capacitados para atuarem em tal contexto. Em virtude disso, o DECEA solicitou ao Instituto de Psicologia de Aeronáutica psicólogos que pudessem atuar no próprio departamento e demais regionais brasileiros, os quais deram seguimento ao trabalho já em andamento. No ano de 2015, a publicação da Instrução do Comando da Aeronáutica [ICA] 63-36 “Atividades de Fatores Humanos, Aspecto Psicológico, no Gerenciamento da Segurança Operacional” trouxe um marco na história da Psicologia no DECEA, quando a atuação dos profissionais de Fatores Humanos desse departamento foi normatizada. Assim, foi consolidado um Corpo de Psicologia, no qual todos os psicólogos do sistema passaram a atuar com o mesmo objetivo, dividindo o mesmo setor dos regionais brasileiros, fortalecendo as ações estabelecidas e, principalmente, enaltecendo e legitimando as atividades desempenhadas. Atualmente, o Corpo de Psicologia em toda a jurisdição nacional conta com um efetivo de aproximadamente 30 psicólogos com capacitação e treinamento para atuação em segurança operacional, que desenvolvem um trabalho específico junto aos controladores de tráfego aéreo subordinados ao Comando da Aeronáutica.

Conforme previsto na ICA supracitada, entre outras atividades, estão previstas para o profissional de psicologia desenvolver o Suporte Psicológico Pós-Acidente e Incidente Aeronáutico. Em consonância com a tal legislação, este trabalho visa apresentar uma experiência de Suporte Psicológico Pós-Acidente Aeronáutico junto aos Controladores de Tráfego Aéreo de uma torre de controle.

## 2 SUPORTE PSICOLÓGICO NO PÓS-ACIDENTE AERONÁUTICO

Nas diversas situações que se efetivam diante do trabalho na aviação, a vivência do risco, enquanto possibilidade de um evento indesejável ocorrer e suas consequências, não se realiza somente no momento em que o profissional sofre ou presencia um acidente (CARDOSO, 2008). Compreende-se que a possibilidade de perda ou dano proveniente de uma circunstância é vivenciada constantemente mesmo na condição potencial do acidente no contexto de quem executa trabalhos no mundo aeronáutico. Portanto, a natureza do trabalho, em si, configura-se como um agente estressor, pois pode ser interpretada como uma ameaça para o profissional. Sendo assim, há uma busca incessante em conservar a saúde mental dos controladores de tráfego aéreo a fim de que se mantenham saudáveis e exerçam suas funções de maneira a prover um serviço de controle de tráfego aéreo seguro.

O Corpo de Psicologia lança um olhar cuidadoso com o escopo de acompanhar a saúde mental dos ATCO e desenvolve trabalhos direcionados a corroborar com a manutenção da segurança operacional através do cuidado com a saúde ocupacional destes profissionais. As atividades começam a partir do momento em que o controlador de tráfego aéreo inicia seu estágio prático operacional no órgão de controle ao qual foi designado para trabalhar e vão até após o momento de sua habilitação, quando o profissional possui autonomia para exercer o seu trabalho como controlador de tráfego aéreo. Sendo assim, em eventos que fogem ao contexto da normalidade das operações correntes, tais como incidentes e acidentes aeronáuticos, os profissionais de psicologia intervêm tanto no suporte psicológico pós-incidente ou acidente aeronáutico, quanto na investigação dos fatores contribuintes para a ocorrência do evento, levando-se em conta não apenas a falha ativa do operador, mas também as falhas latentes do sistema como um todo, abordando aspectos organizacionais e psicossociais.

Destarte, após a vivência de um acidente aeronáutico, há necessidade de se trabalhar rapidamente a fim de identificar problemas e necessidades imediatos, prevenindo, assim, o adoecimento desse trabalhador. De acordo com Greggio *et al.* (2015), identificar precocemente junto àqueles que passaram por um evento traumático e proporcionar suporte especializado oportunizam ao profissional detectar e intervir antes do desenvolvimento de um transtorno psiquiátrico, além de possibilitarem um cuidado mais adequado à vítima. O suporte psicológico, neste sentido, ajuda a normalizar a experiência vivenciada, uma vez que a verbalização favorece a ressignificação dos fatos. Ademais, sabe-se que a tradução do trauma em palavras dá suporte para o sujeito enxergar o acidente através de outra perspectiva, possibilitando a organização dos pensamentos e incluindo estratégias de enfrentamento apropriadas (SAVOIA, 2011).

Uma das preocupações após uma vivência de um acidente aeronáutico é o desenvolvimento de algum tipo de psicopatologia por parte dos operadores. Porém apenas a vivência de um trauma não é bastante para o adoecimento. Existem outros fatores que podem favorecer o surgimento de uma doença, tais como a percepção do evento traumático, características de personalidade do

indivíduo, grupo familiar, presença de traumas anteriores, estratégias de enfrentamento do trauma e apoio social após o evento (GREGIO *et al.*, 2015). Paralelamente, Camara Filho (1999) aponta e discute a desproteção a incalculáveis estressores como um fator intrínseco a algumas profissões, estando potencialmente relacionadas ao desenvolvimento de alguns transtornos psiquiátricos. Soma-se a isso o mencionado por Almeida *et al.* (2012), quando diz que a maior incidência de desenvolvimento de doenças relacionadas ao trabalho ocorre na população a qual realiza trabalhos arriscados e que envolvem vidas humanas, tais como profissionais de segurança pública (bombeiros, policiais), pilotos e médicos, fato corroborado pela *American Psychiatric Association* no “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5” (2014), a qual cita que os profissionais suscetíveis a cenários traumáticos têm maiores chances de adoecer.

No dia em que o controlador de tráfego aéreo vai para o seu ambiente de trabalho, ele não espera se deparar com um acidente aeronáutico, embora tenha consciência e treinamento para agir na ocorrência desses eventos. Entretanto, imediatamente após o trabalhador encontrar-se em um contexto de sinistro, considera-se que ele vivenciou uma situação de estresse agudo, aquele em que o organismo é submetido ao experienciar uma situação atípica, ou seja, a qual foge à normalidade e não é esperada. Como consequência da exposição a uma situação traumática, alguns indivíduos podem desenvolver sintomas incapacitantes que fazem parte de duas condições denominadas Transtorno do Estresse Agudo [TEA] e Transtorno do Estresse Pós-Traumático [TEPT].

De acordo com o DSM-5 (APA, 2014), o TEA pode acontecer no período de até um mês decorrente do evento, momento em que o sujeito submetido ao trauma pode apresentar alguns sintomas de intrusão, evitação e excitação. No primeiro tipo de sintoma, há revivescência de memórias regulares e involuntárias do evento traumático, trazendo sofrimento psicológico intenso, tais como sons, odores, data do evento, ou amnésia temporária acerca de partes do evento. Podem surgir, ainda, sonhos periódicos impactantes relativos ao episódio, *flashbacks* (quando a pessoa revive o trauma), percepção ou sensação da realidade alterada ao sentir-se aturdido e, ainda, reações fisiológicas profunda a estímulos internos ou externos que remetam à situação traumática. Os sintomas de evitação, por sua vez, são os esforços que o sujeito faz para distanciar-se de sentimentos, pensamentos ou memórias associadas ao evento, como esquivar-se de localidade, diálogos ou de pessoas que provoquem memórias do evento. Quanto ao terceiro tipo de sintoma, o de excitação, pode ser observado por meio de queixas como alteração do ciclo sono vigília, hipervigilância, dificuldade de concentração, reações de sobressalto (como acordar assustado à noite e assustar-se durante o dia) e nervosismo constante ou explosões exageradas.

O TEA distingue-se do TEPT, pois o padrão sintomático no primeiro ocorre dentro de um mês após a ocorrência do evento e cessa dentro do período de 30 dias (APA, 2014). Caso os sintomas persistam, seja pela falha do sistema adaptativo, seja pela intensidade do estímulo estressor, a psicopatologia pode ter progredido, caracterizando o Transtorno do Estresse Pós-Traumático. O TEPT pode ser definido como “uma resposta tardia e/ou protraída a um evento ou situação estressante de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica.” (BRASIL, 2001, p.181). Já Raboni (2010) define esse transtorno como uma soma de sintomas consequentes da experiência traumática de um fato real ou imaginário, direta ou indiretamente, o qual sugere um perigo à integridade física do próprio sujeito ou à de terceiros.

Outrossim, ainda de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), o indivíduo desenvolve, além dos sintomas descritos para o TEA, sequelas negativas sobre a cognição e o humor, como negativismo exacerbado, culpa seguida de pensamentos distorcidos persistentes e exagerados sobre a causa ou consequência do trauma, estado emocional negativo persistente seguido de medo, horror, raiva, culpa ou vergonha, desinteresse em participar de atividades importantes anteriormente prazerosas, impressão de distanciamento ou estranhamento com relação às pessoas, incapacidade de experimentar emoções positivas como alegria, satisfação e amor e comportamento imprudente e autodestrutivo. No momento em que a pessoa se recorda do fato, revive o episódio como se estivesse ocorrendo naquele momento e com a mesma sensação de dor e sofrimento vivido na primeira vez. Essa recordação, conhecida como revivescência, desencadeia alterações neurofisiológicas e mentais por mais de um mês.

Para que seja diagnosticado o TEPT, os sintomas descritos acima devem causar sofrimento e prejuízos significativos na vida da vítima, passando pelo físico e pelo psicológico, atingindo o social e o ocupacional, além de não serem derivados de efeitos de outro transtorno físico ou mental, ou relativos ao uso de substâncias psicoativas (APA, 2014). Ainda de acordo com o DSM-5 (APA, 2014), frequentemente as pessoas acometidas por TEPT desenvolverão outras comorbidades, como transtornos depressivo, bipolar e de ansiedade.

### 3 RELATO DE INTERVENÇÃO

#### 3.1 O CONTEXTO

O acidente ocorreu por volta das 15 h 30 min (Horário de Brasília), logo após a decolagem da aeronave, levando sete pessoas a óbito. Na ocasião, havia quatro controladores de tráfego aéreo na torre de controle, que assumiram o serviço aproximadamente duas horas antes do acidente. A quantidade de tráfego era compatível para o dia e horário e não havia má formação meteorológica, ou seja, a operação ocorria dentro dos parâmetros da normalidade. Desses profissionais, três estavam no ambiente operacional e testemunharam visualmente o acidente. Após o fato, todos os controladores se reuniram, dividiram as tarefas e iniciaram os procedimentos previstos para o pós-acidente aeronáutico.

### 3.2 ATUAÇÃO DO CORPO DE PSICOLOGIA

O Corpo de Psicologia foi acionado e, de imediato, realizou contato com o Comandante da Unidade orientando que todos os controladores fossem afastados da escala operacional até que a intervenção em grupo com toda a equipe fosse realizada. Tal procedimento adotado pelo Corpo de Psicologia vai em consonância com o apresentado em “*Critical Incident Stress Debriefing: Keeping Your Flight Crew Healthy*” que “como a pessoa se sente emocionalmente antes do ocorrido pode determinar como ela responderá individualmente durante ou após o acidente” (TROIANI, BOLAND, 1992, p. 21). Sendo assim, o operador é afastado de outra possível fonte estressora e a segurança da operação é resguardada.

Em seguida, o Corpo de Psicologia se reuniu e definiu papéis e responsabilidades para as ações do Suporte Psicológico a ser realizado. Foram deslocados três psicólogos Elementos Credenciados - Fator Humano para o órgão operacional e a intervenção foi realizada com toda a equipe presente no dia do acidente.

### 3.3 METODOLOGIA

A intervenção utilizada foi o *Critical Incident Stress Debriefing* [CISD], elaborada por Jeffrey T. Mitchell, em 1983, e é empregada para assistir indivíduos, em grupo ou individualmente, a elaborar suas respostas ao estresse vivenciado. Seu objetivo é fazer com que a pessoa que vivenciou o evento traumático ou o testemunhou tenha uma visão mais acurada acerca dos seus sentimentos e que os profissionais capacitados possam auxiliá-los a lidar com os efeitos físicos e psicológicos do episódio traumático. Ademais, é assegurado aos participantes um espaço para que eles possam verbalizar seus sentimentos relacionados à situação vivenciada e receber informações relativas ao gerenciamento do estresse relativo à ocorrência traumática.

Seguindo um protocolo próprio, com início, meio e fim, os profissionais, ao utilizarem o CISD, auxiliam a equipe de participantes a retornar as suas atividades pessoais e laborais o mais breve possível. A técnica supracitada, conforme Guimarães *et al.* (2007), descrita em “*A técnica de debriefing psicológico em acidentes e desastres*”, consta de sete fases, iniciando pela introdução, quando é abordado o papel do grupo de dar suporte. No segundo momento do grupo, os fatos são elencados e os participantes descrevem o que estavam fazendo durante o processamento de sua experiência. No passo seguinte, são convidados a expressar seus primeiros pensamentos em reação à situação. Na sequência, iniciam-se os relatos acerca das reações emocionais, enquanto no quinto passo são expostos presença de sintomas físicos e emocionais. Nas duas fases finais, a de informação e reentrada, são abordadas, respectivamente, informações acerca da síndrome de resposta ao estresse e fechamento dos trabalhos com outras informações e encaminhamentos apropriados, caso necessário.

Ressalta-se que, na realização da técnica, foram alocados profissionais capacitados para a prática e familiarizados com a metodologia. Em consonância com Davis (2013), na intervenção realizada junto a uma equipe de ATCO pelo Corpo de Psicologia, foram utilizadas, além do protocolo do CISD, algumas estratégias e passos na execução, citados a seguir:

- a) Avaliação do impacto do acidente aeronáutico no pessoal de apoio e sobreviventes. No caso descrito, a técnica foi realizada com controladores de tráfego aéreo que podem ser caracterizados como pessoal de apoio;
- b) Identificação de problemas imediatos que envolvem segurança. Imperou-se que, imediatamente após o acidente, os ATCO envolvidos fossem retirados da posição operacional e que a equipe de serviço fosse substituída da escala operacional;
- c) Motivação que os participantes expressassem seus sentimentos, emoções e experiências vivenciadas no acidente, explicitando a eles que aquele era o momento para que falassem, sob garantia da confidencialidade do processo;
- d) Realização da psicoeducação, quando foi explicado aos participantes as possíveis reações físicas, fisiológicas e psicológicas que poderiam acontecer nos próximos dias, além da validação das reações que foram expressas pelos mesmos;
- e) Oferecimento aos participantes de material escrito que os auxiliasse a retomarem as atividades cotidianas por meio do conhecimento dos comportamentos adaptativos e soluções de respostas à crise ou trauma vivenciado;
- f) Identificação das experiências positivas que eles puderam obter com relação à técnica.
- g) Orientação aos chefes dos participantes em relação à conduta a ser tomada, como motivar os envolvidos retornassem às suas atividades de rotina o mais brevemente possível.

Essa técnica é mais eficaz e os participantes têm mais benefícios quando sua aplicação ocorre dentro de um período de 24 a 72 h após a ocorrência da experiência traumática (GUIMARAES *et al.*, 2007). Segundo Mitchell (1988 *apud* DAVIS, 2013), quando esse tempo é prorrogado, a aplicação do CISD torna-se menos eficaz.

### 3.4 RESULTADOS

Foi observado que, durante a explanação da técnica e seguindo os passos da intervenção, houve diminuição da resistência do grupo para a realização do trabalho. Salienta-se a importância de o público-alvo compreender o objetivo da intervenção, que é minimizar o impacto do evento traumático na vida dos participantes, criando um ambiente seguro e de confiança entre os membros do grupo. Ademais, os profissionais envolvidos no suporte psicológico pós-acidente aeronáutico não serão os mesmos a realizarem a investigação com fins de prevenção, objetivando manter a neutralidade e confidencialidade em relação à técnica aplicada no pós-acidente e não influenciar a visão do investigador.

No decorrer da técnica, foram descritos pelos participantes alguns sintomas de TEA e TEPT citados anteriormente. Foram identificadas reatividade emocional durante e após o evento, tais como vômito, taquicardia, *flashbacks*, alterações no ciclo sono vigília e choro.

Ao final da técnica, foi observada e pontuada pelos componentes do grupo uma diminuição da angústia inicial, uma vez que foi possível a verbalização dos fatos e espelhamento nos sintomas dos demais participantes. A partir de então, os psicólogos ofereceram uma escuta individualizada para aquele elemento do grupo que sentisse necessidade. Na ocasião, um dos participantes voluntariou-se e, após a Orientação Psicológica, foi encaminhado à Junta Especial de Saúde [JES] da unidade hospitalar da localidade a fim de que suas condições psicofísicas fossem avaliadas. Salienta-se que esse controlador de tráfego aéreo não estava na posição operacional e que, mesmo assim, apresentou desconforto psicológico e impacto em relação ao acidente. Dois controladores de tráfego aéreo foram afastados da escala operacional pela JES.

Por fim, ao comandante foi oferecida uma escuta individualizada. Além de informações acerca do TEPT, ele foi orientado a buscar o serviço do Corpo de Psicologia caso tivesse informações de mudanças no comportamento e no desempenho operacional do efetivo presente no dia do acidente.

#### 4 CONCLUSÃO

Após o acidente aeronáutico que levou sete pessoas a óbito ter sido testemunhado pela equipe de serviço de uma torre de controle, o Corpo de Psicologia atuou rapidamente a fim de que todas as vítimas fossem substituídas da escala operacional até que a intervenção fosse realizada. Neste contexto, a técnica do CISD mostrou-se apropriada, permitindo que sintomas fossem identificados e verbalizados e, conseqüentemente, o trauma vivido pudesse ser compreendido e ressignificado.

Observou-se que houve demanda de encaminhamento para a Junta Especial de Saúde e afastamento de dois controladores de tráfego aéreo da escala operacional, o que corrobora a orientação de que após um acidente aeronáutico o ATCO deve ser retirado e imediatamente substituído da escala operacional até que um profissional de psicologia capacitado e credenciado realize uma avaliação.

Entende-se que não se pode apontar previamente quem será atingido ou não pelo evento traumático e se os envolvidos desenvolverão sintomas de psicopatologia a partir de então. Deve-se levar em conta a história pregressa dos participantes (envolvimento em outros eventos traumáticos, por exemplo), traços de personalidade, vulnerabilidade e resiliência, e que, dependendo da estratégia utilizada para superar o trauma, podem favorecer ou não o desenvolvimento do TEPT. Paralelamente, é aconselhável que todos os envolvidos no acidente, direta ou indiretamente, sejam monitorados nos próximos meses acerca do seu comportamento e desempenho operacional, pois nenhuma técnica garante que o profissional estará isento de futuro adoecimento.

Ademais, o CISD auxilia no processo de 'reentrada' do profissional ao local de trabalho. Então, o Corpo de Psicologia emitiu uma orientação ao Comandante da unidade de que aqueles controladores de tráfego aéreo que, após o suporte psicológico pós-acidente aeronáutico não estivessem impactados, voltassem para a escala operacional o mais brevemente possível. Assim, é de suma importância que a técnica seja realizada por profissional capacitado e que ela não seja utilizada para qualquer fim, a fim de prevenir possível mau uso e banalização da mesma.

#### REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C.W.N.C. et al. Transtorno por estresse pós-traumático como causa de acidente de trabalho. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. 2012;10(1):100-105
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BRASIL. Secretaria de Previdência do Ministério da Economia. Auxílios-doença acidentários e previdenciários concedidos segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças – CID10 - 2018 Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatisticas/tabelas-cid-10/>. Acesso em 6 jan. 2019.
- BRASIL. Comando da Aeronáutica. Departamento de Controle do Espaço Aéreo. Instrução do Comando da Aeronáutica (ICA) 63-36. Atividades de Fatores Humanos, Aspecto Psicológico, no Gerenciamento da Segurança Operacional. Rio de Janeiro, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.
- CAMARA FILHO, J.W.S. Transtorno de estresse pós-traumático: características clínicas e sociodemográficas em policiais militares e suas famílias. 2012, 97 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.
- CARDOSO, F.C. O acompanhamento psicológico no pós-acidente – uma experiência em um serviço de controle de tráfego aéreo. Trabalho apresentado na III Jornada Latino Americana de Segurança de Voo, Recife-PE, 2008.
- DAVIS, J.A. Critical incident stress debriefing from a traumatic event: Posttraumatic stress following a critical incident. *Psychology Today*, 2013. Disponível em: <https://www.psychologytoday.com/blog/crimes-and-misdemeanors/201302/critical-incident-stress-debriefing-traumatic-event>. Acesso em 8 jan. 2019.

- GREGIO, C. et al. Saúde mental em emergências e transtorno de estresse pós-traumático. In: A intervenção psicológica em emergências: fundamentos para a prática. São Paulo: Summus, 2015, p. 259-29.
- GUIMARÃES, L. et al. A técnica de debriefing psicológico em acidentes e desastres. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15 (1), Jan-Jun 2007, 1-12p.
- RABONI, M. Tratamento para transtorno do estresse pós-traumático com a técnica EMDR® (Eye Movement Desensitization and Reprocessing): seus efeitos nos aspectos psicológicos, cognitivos e na arquitetura do sono. 2010, 168 f. Tese (Doutorado em Ciências)- Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.
- SAVOIA, M.G. Resenha de: Peres, J. (2009). Trauma e superação. O que a psicologia, a neurociência e a espiritualidade ensinam. *Psicologia USP*, v.22, n.1, p.289-292, 2011. Disponível em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/12038>. Acesso em 6 jan. 2019.
- TROIANI, T.A., BOLAND, R.T. Critical Incident Stress Debriefing: Keeping Your Flight Crew Healthy. *The Journal of Air Medical Transport*. 1992, p. 21-24.

....